Changing Health
Liderando la transformación de la gestión sanitaria
2022

El papel de los procesos: elemento clave de la gestión basada en valor

Prof. Jaume Ribera

IESE Business School – 28 de marzo del 2022

IESE Business School
University of Navarra

Boehringer Ingelheim

Dirección de Operaciones (en una escuela de gestión)

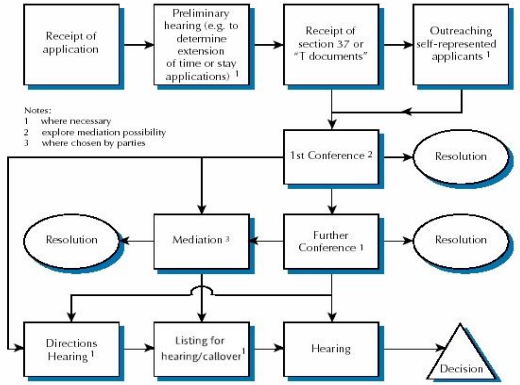
- **Las Operaciones** consisten en el arte y la ciencia de hacer “cosas” (productos, servicios, experiencias,…).
- La Dirección de Operaciones estudia la forma en la que las organizaciones producen estos bienes y servicios y busca cómo mejorarlo.
- (Casi) todo lo que vestimos, comemos, bebemos, leemos, usamos para sentarnos, movernos, jugar, experimentamos, disfrutamos, … es el fruto de los directores de operaciones que han organizado su aprovisionamiento, producción, transporte, … Todo ha sido “producido”.
- Las operaciones existen en todos los departamentos, empresas, hogares,….

¿Cómo hacemos las “cosas”?

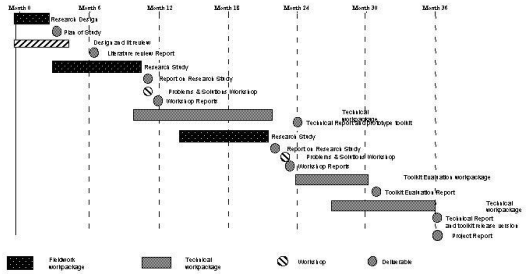
PLANIFICACIÓN

IMPROVISACIÓN

PROCESOS
Repetitivos, bien definidos



PROYECTOS
Su objetivo es crear un “producto” único



Normalmente trabajamos con combinaciones de estos tres modos de funcionamiento

El Propósito del Propósito en Salud

- ¿Qué intentamos conseguir con y para las personas (ciudadanos, pacientes, …) que servimos? ¿Qué es valor para ellas?
- Determinar la razón acordada por la que trabajamos juntos en un sistema de salud, una institución, … que permita alinear distintos servicios y profesionales, permita enfocar su atención cuando trabajan en un entorno de ruido y distracciones, y les proporcione una buena regla de decisión cuando no haya otra mejor.
- Candidatos para este propósito común:
  - El “valor”
  - La triple meta (triple aim)
- ¿Qué aspectos de valor se esperan conseguir en esta parte del sistema?
- ¿Cuáles se conseguirán en otras partes del sistema?
- ¿Qué hacemos aquí para crear valor para las personas?
- Diseño de un sistema operativo - procesos

La visión de valor (según M. Porter)

- La **gestión de la salud basada en el valor es uno de los temas más importantes en la transformación del cuidado de la salud en la actualidad**. Los enfoques basados en el valor para organizar la atención se consideran fundamentales para mejorar los resultados de salud de los pacientes en todo el mundo y controlar los costos de atención médica desbocados.
- El concepto central de la gestión de la salud basada en el valor es que, en el re**diseño de los sistemas de prestación de atención médica**, el principio fundamental **debe ser generar valor para los pacientes.**
- Definimos el valor como los **resultados** que son **importantes para los pacientes** y los **costos para lograr esos resultados**.

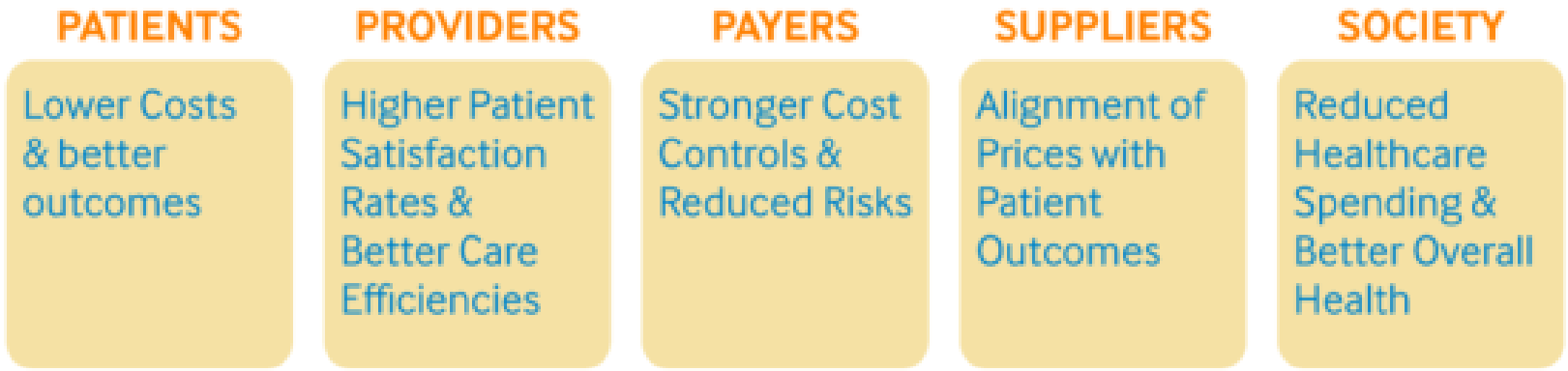
https://www.isc.hbs.edu/health-care/value-based-health-care/Pages/default.aspx (24/3/22)

El concepto de “valor” en salud

$$Valor = \frac{Resultados\ en\ salud}{Costes\ incurridos}$$

El valor siempre debe estar definido centrado en el cliente, y en un sistema de atención de salud que funcione bien, la creación de valor para los pacientes debe determinar el retorno para todos los demás agentes del sistema.

M. Porter, 2010



Elementos necesarios en un sistema basado en valor

- **Organizar la atención en torno a las condiciones médicas** → La prestación de atención se organiza según las condiciones médicas de los pacientes o segmentos de la población.
- **Medir los resultados y el costo para cada paciente** → Los resultados y el costo se miden para cada paciente.
- **Alinear el reembolso con el valor** → Modelos de reembolso que recompensan tanto los mejores resultados como la eficiencia de la atención, como los pagos combinados.
- **Integración de Sistemas** → Prestación regional de atención organizada en torno al encaje del provisor adecuado, el tratamiento correcto y el entorno apropiado.
- **Geografía de la Atención** → Centros nacionales de excelencia en la atención de pacientes de extrema complejidad.
- **Tecnologías de la información** → Un sistema de tecnología de la información diseñado para apoyar los principales elementos de la agenda.

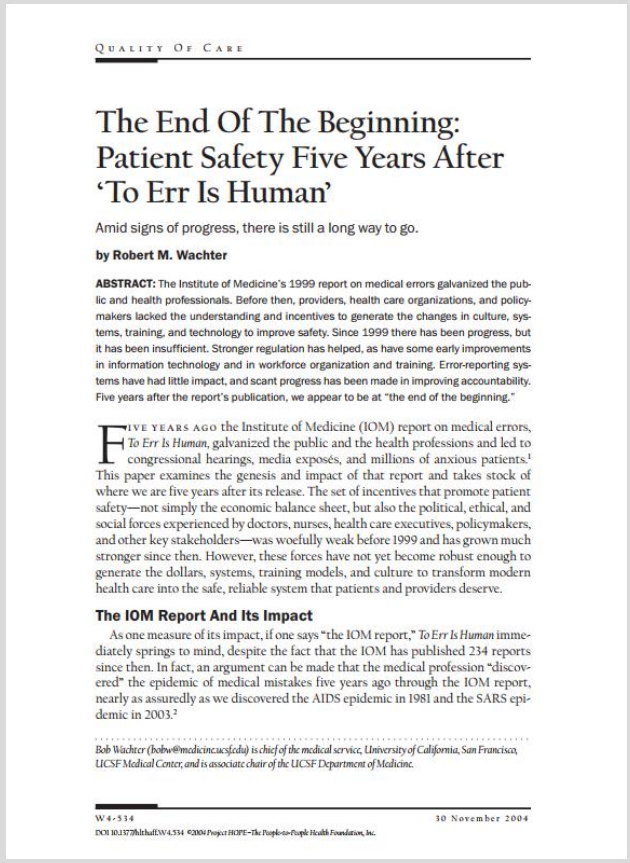
https://www.isc.hbs.edu/health-care/value-based-health-care/Pages/default.aspx (24/3/22)

Dominios de “valor” en la atención en sanidad

- **Accesible:** que permite el acceso al sistema a las personas que lo necesitan, sin barreras geográficas, económicas, culturales, de género,…
- **Segura:** evitando el daño a los pacientes generado por la atención que está destinada a ayudarles.
- **Efectiva:** los servicios que se prestan se apoyan en evidencia científica, se prestan a los que pueden beneficiarse de ellos y se limitan a aquellos que tienen pocas posibilidades de beneficiarse, es decir, evitando la subutilización y la mala utilización.
- **Centrada en el paciente:** Proporcionado atención que es respetuosa y sensible a las necesidades y preferencias individuales de los pacientes, asegurando que las decisiones clínicas tienen en consideración los valores del paciente
- **Puntual:** Reduciendo las esperas y eliminando las demoras que pueden resultar perjudiciales tanto para quienes reciben la atención como quienes la prestan.
- **Eficiente:** Eliminando todo despilfarro de recursos, energía, tiempos, esfuerzos,….
- **Equitativa:** Proporcionando una atención que depende de la necesidad y que no varia en calidad según las características personales como género, etnia, ubicación geográfica, y capacidad económica.
- …

Adaptado del Institute of Medicine

”Primum non nocere”



QUALITY OF CARE

The End Of The Beginning: Patient Safety Five Years After 'To Err Is Human'

Amid signs of progress, there is still a long way to go.

by Robert M. Wachter

ABSTRACT: The Institute of Medicine's 1999 report on medical errors galvanized the public and health professionals. Before then, providers, health care organizations, and policymakers lacked the understanding and incentives to generate the changes in culture, systems, training, and technology to improve safety. Since 1999 there has been progress, but it has been insufficient. Stronger regulation has helped, as have some early improvements in information technology and in workforce organization and training. Error-reporting systems have had little impact, and scant progress has been made in improving accountability. Five years after the report's publication, we appear to be at "the end of the beginning."

FIVE YEARS AGO the Institute of Medicine (IOM) report on medical errors, *To Err Is Human*, galvanized the public and the health professions and led to congressional hearings, media exposés, and millions of anxious patients.[1] This paper examines the genesis and impact of that report and takes stock of where we are five years after its release. The set of incentives that promote patient safety—not simply the economic balance sheet, but also the political, ethical, and social forces experienced by doctors, nurses, health care executives, policymakers, and other key stakeholders—was woefully weak before 1999 and has grown much stronger since then. However, these forces have not yet become robust enough to generate the dollars, systems, training models, and culture to transform modern health care into the safe, reliable system that patients and providers deserve.

The IOM Report And Its Impact

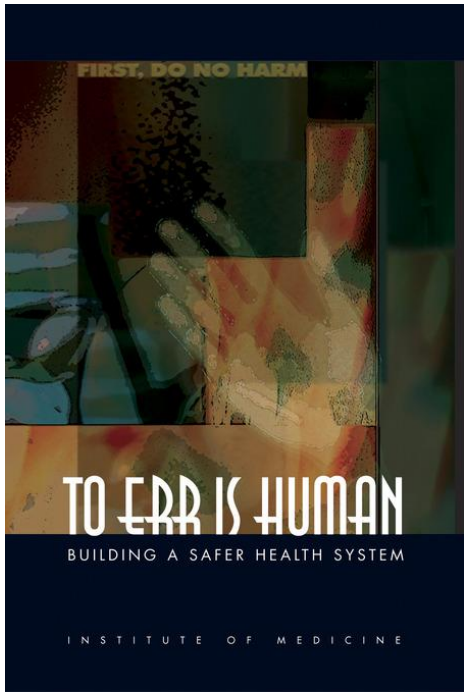
As one measure of its impact, if one says "the IOM report," *To Err Is Human* immediately springs to mind, despite the fact that the IOM has published 234 reports since then. In fact, an argument can be made that the medical profession "discovered" the epidemic of medical mistakes five years ago through the IOM report, nearly as assuredly as we discovered the AIDS epidemic in 1981 and the SARS epidemic in 2003.[2]

Bob Wachter (bobw@medicine.ucsf.edu) is chief of the medical service, University of California, San Francisco, UCSF Medical Center, and is associate chair of the UCSF Department of Medicine.

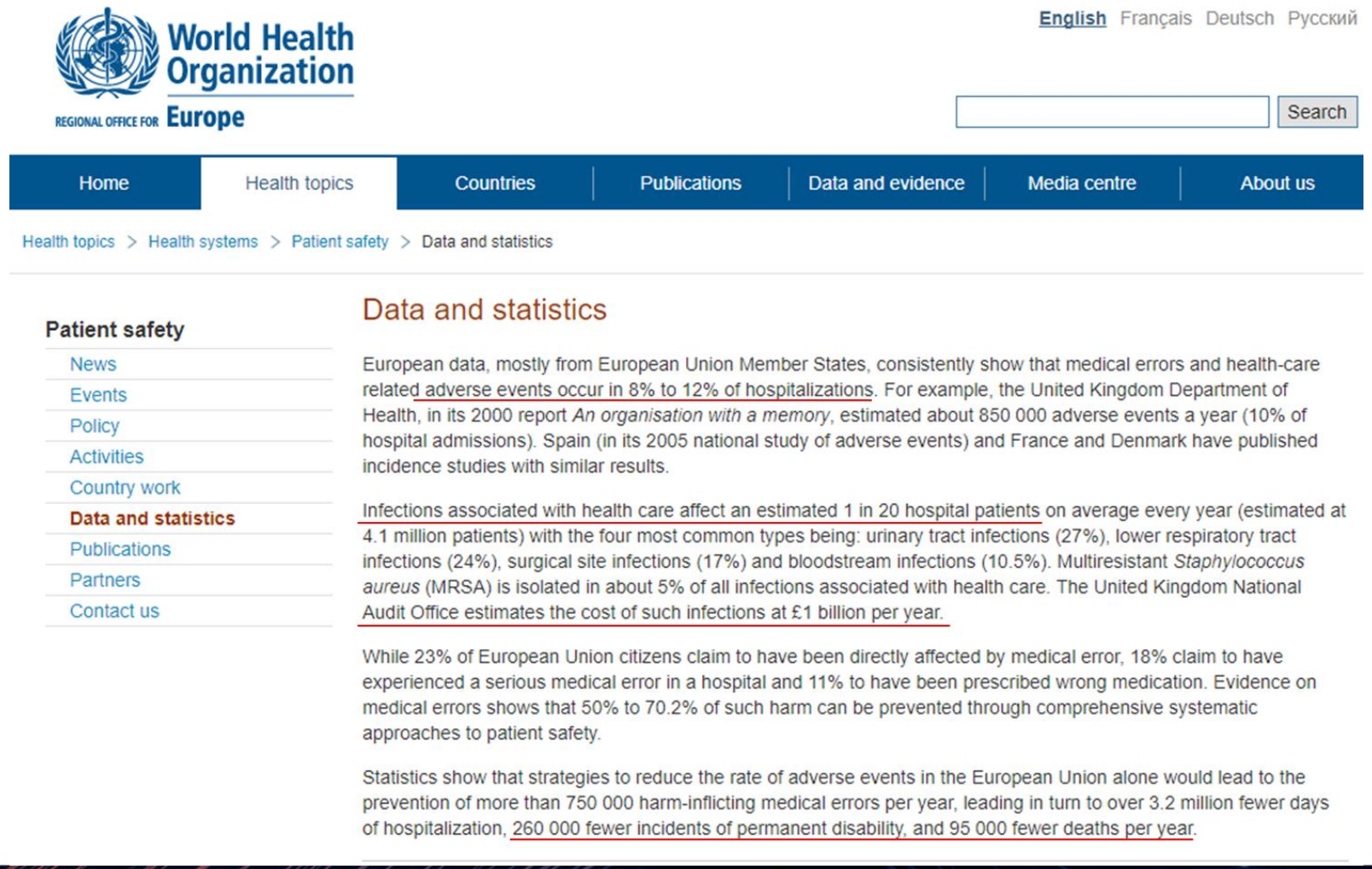
DOI 10.1377/hlthaff.W4.534

Notas de progreso en 5 años:

Dimensión	
Regulación	A-
Reporte de errores	C
Tecn. Información	B-
Responsabilidad y mala praxis	D+
Personal & formación	B



”Primum non nocere”



World Health Organization
REGIONAL OFFICE FOR Europe

English Français Deutsch Русский

Search

Home | Health topics | Countries | Publications | Data and evidence | Media centre | About us

Health topics > Health systems > Patient safety > Data and statistics

Patient safety

- News
- Events
- Policy
- Activities
- Country work
- **Data and statistics**
- Publications
- Partners
- Contact us

Data and statistics

European data, mostly from European Union Member States, consistently show that medical errors and health-care related adverse events occur in 8% to 12% of hospitalizations. For example, the United Kingdom Department of Health, in its 2000 report *An organisation with a memory*, estimated about 850 000 adverse events a year (10% of hospital admissions). Spain (in its 2005 national study of adverse events) and France and Denmark have published incidence studies with similar results.

Infections associated with health care affect an estimated 1 in 20 hospital patients on average every year (estimated at 4.1 million patients) with the four most common types being: urinary tract infections (27%), lower respiratory tract infections (24%), surgical site infections (17%) and bloodstream infections (10.5%). Multiresistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) is isolated in about 5% of all infections associated with health care. The United Kingdom National Audit Office estimates the cost of such infections at £1 billion per year.

While 23% of European Union citizens claim to have been directly affected by medical error, 18% claim to have experienced a serious medical error in a hospital and 11% to have been prescribed wrong medication. Evidence on medical errors shows that 50% to 70.2% of such harm can be prevented through comprehensive systematic approaches to patient safety.

Statistics show that strategies to reduce the rate of adverse events in the European Union alone would lead to the prevention of more than 750 000 harm-inflicting medical errors per year, leading in turn to over 3.2 million fewer days of hospitalization, 260 000 fewer incidents of permanent disability, and 95 000 fewer deaths per year.

Atención centrada en el paciente

Death Takes a Weekend

Perri Klass, M.D.

I wanted my mother to write this essay. My mother was a writer all her life — novels, memoirs, essays, even blog entries — and in recent years she'd written some articles about aging and illness, about the indignities of becoming less independent.[1,2] So when she got sick, I decided that when she was better, I would urge her to write a piece about being in the hospital — about pain and fear and comfort and cure, but also about unexpected revelations of hospital routine and custom, as seen from the patient's perspective. I even kept a list of topics for her, and the first one was the hospital weekend. Not too charged, I thought, not too personal — a good way to broach the subject of being a patient and to write about a practical problem while touching on the fear and pain underneath. She would write it when she was better, when she was home, when she was cured. But there was no comfort and no cure, so here I am.

From the physician's perspective, weekends in the hospital are all about coverage. I remember, during residency, feeling that the attendings brought in doughnuts for weekend rounds because the

world owed us something for being there, holding the fort. I came to take it for granted that hospital life slows on the weekend. And I remember a moment in my early years of doing primary care when it suddenly seemed vital to get an MRI and a neurology consult and a psych evaluation for a child as the clock ticked down to Memorial Day weekend. I called in favors, begged and borrowed, boasted about having managed it, as if I had personally evaluated, treated, and cured the problem, against impossible odds. I guess I assumed that patients and families must understand the hurdles: weekends are harder and slower, things don't necessarily get done.

But when you're sick and scared, or when your parent or child is sick and scared, it can be shocking to hear, over and over, about the ways that weekends are slower and things don't get done. The sick person's calendar is marked out in difficult days and sleepless nights, or in agonizing hours, but it takes no notice of

ple, I learned about the daunting outpatient blood-draw system at one hospital, where she had to give her name and wait to be called to register at one desk, then wait to be called to check in at a second desk, where they'd give her one of those restaurant pagers that buzz and light up when your turn comes. Since my mother was increasingly deaf as well as legally blind, she couldn't always hear when her name was called, and she worried about missing her cue. She also hated mechanical devices and regarded the pager as likely to explode in her hands. She asked me repeat-

at the people who persisted in directing soft-spoken questions to me, as if what I'd said was, "I'll answer for her, she can't speak for herself, but let's just keep our voices down so we don't disturb the poor dear."

Then she got so sick that she really couldn't answer for herself. And I wasn't trying to make the medical system speak to her more clearly — I just wanted her cared for and attended to. And my old vision of hospital week-

Every time the weekend comes around, you relearn that the hospital is not actually about patients. It's about doctors and nurses, physical therapists and nutritionists — people who are busily living their normal lives, when from the patient's side, nothing is normal.

ends turned inside out. Instead of identifying with the residents who were stuck working on the weekend, heroically cross-cover-

¿Qué valoran los pacientes (clientes)?

La visión de Porter:

$$Valor = \frac{Resultados\ en\ salud}{Costes\ incurridos}$$

La visión operativa del paciente:

$$Valor = \frac{Calidad\ +\ Servicio}{Coste}$$

La visión motivacional del paciente:

(Marca)

$$Valor = \frac{Resultados\ +\ Procesos\ +\ Aspectos\ emocionales}{Coste\ +\ Otros\ inconvenientes\ +\ Riesgo}$$

¿Qué valoran los pacientes?

Dimensión	%
Que un doctor les escuche	85%
Tener un médico atento y compasivo	71%
Tener un médico que se explique bien	69%
Acceso a la atención conveniente y rápido	47%
Interacciones positivas con el personal	41%
Poder hablar sobre el costo de la atención y la necesidad de pruebas y tratamiento	29%
Que los médicos sean transparentes con sus posibles conflictos de interés	22%
Que el médico ofrezca opciones holísticas de atención	8%
Que el consultorio médico se encargue de coordinar la atención	6%
Tener un médico que comparta idioma y cultura	4%
Que el médico me de opciones	4%

What Do People Want from Their Health Care? A Qualitative Study

Leana S. Wen and Suhavi Tucker
Research | Vol. 7, 2015 | June 25, 2015

Abstract

Summary: Existing research on the patient experience has focused on patients in the hospital and other medical settings. We investigate the perceptions of people who may not self-identify as being patients. This innovative approach of the "street study" aims to understand what people want from health care. This cross-sectional descriptive study population was made up of adult volunteers who were randomly selected at four types of settings in Washington, DC: coffee shops, metro stops, senior centers, and community centers. Participants were asked to recall a positive and negative experience with health care and to explain the factors that made it such. They were also asked what can be done to most improve health care in the US. Data were analyzed using grounded theory methodology. Of the 51 subjects interviewed, 28 were female and 23 were male, with an age range of 20-89. Of the 12 themes identified, the three most cited as being critical to their health care experiences are having a doctor who listens to them, who is caring and compassionate, and who explains well. When people are asked about their health care experiences, they speak about the interaction between them and their doctors. The doctor-patient relationship remains at the heart of people's perceptions of health care. Thus, the authors believe that innovations that aim for patient-centeredness should aim to strengthen the doctor-patient relationship.

Keywords: Doctor-patient relationship, patient-centered care, patient-centered innovation, research methodology, patient interviews.

Citation: Wen LS, Tucker S. What do people want from their health care? A qualitative study. J Participat Med. 2015 Jun 18; 7:e10.

Published: June 18, 2015.

Competing Interests: The authors have declared that no competing interests exist.

Disclosures: There was no direct funding for this study. Dr. Wen is the founding director of Who's My Doctor, a nonprofit campaign calling for transparency in medicine, and a member of the advisory council of the Lown Institute and Patient Centered Outcomes Research Institute.

¿Qué valoran los pacientes?

Table 3 Multivariate predictors of unqualified willingness to recommend the hospital*

Dimension of care†	Odds ratio‡	99% confidence interval
Treatment with respect and dignity	3.4	(2.8 to 4.2)
Confidence and trust in providers	2.5	(2.1 to 3.0)
Courtesy and availability of staff	2.5	(2.1 to 3.1)
Continuity and transition	1.9	(1.5 to 2.2)
Attention to physical comfort	1.8	(1.5 to 2.2)
Coordination of care	1.5	(1.3 to 1.8)
Having enough say about treatment	1.4	(1.1 to 1.6)
Information and education	1.2	(1.0 to 1.5)
Emotional support	1.2	(1.0 to 1.5)
Inclusion of family and friends	1.2	(1.0 to 1.5)
Regard for patients	0.8	(0.6 to 1.0)

ORIGINAL ARTICLE

What do patients value in their hospital care? An empirical perspective on autonomy centred bioethics

S Joffe, M Manocchia, J C Weeks, P D Cleary

What Patients Really Want From Health Care

Allan S. Detsky, MD, PhD

- Relaciones con los cuidadores y las organizaciones de salud
- Confianza con el sistema
- Control en la toma de decisiones y respeto
- Información retrospectiva y de futuro. Buena comunicación
- Compasión
- Amabilidad, escucha, empatía, honestidad, contacto humano

¿Qué valoran los pacientes?

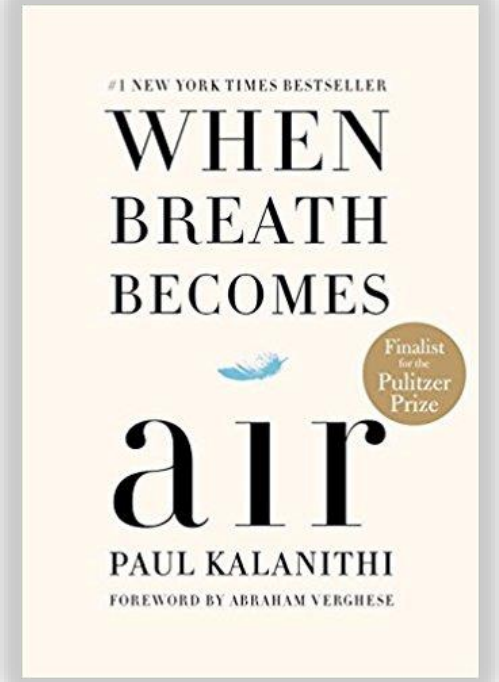
- Recuperar la salud
- Prevención de futuras enfermedades
- Aliviar la enfermedad y los síntomas
- Atención a tiempo
- Amabilidad
- Esperanza y certeza
- Continuidad, elección & coordinación
- Acceso a familia y amigos

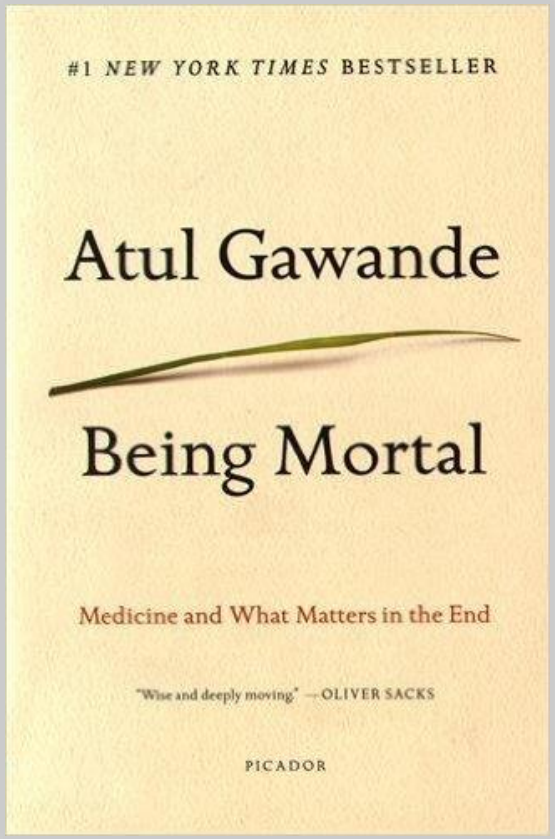
- Habitaciones individuales
- Sin costes adicionales
- Acceso a la major medicina (referencias)

Con mucha menor importancia:

- Eficiencia,
- Equidad,
- Estadísticas agregadas,
- Costes reales,
- Impacto en el PIB, …

Calidad de vida y Calidad de muerte





¿Qué valoran los pacientes?

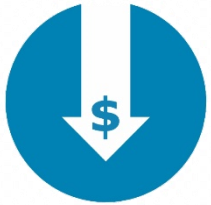
- En un sistema de salud cada componente puede ofrecer distintas proposiciones de valor al paciente a lo largo de su **“viaje”.**
- Puede ser imposible identificar una única definición de valor para una población heterogénea. En otras industrias, las organizaciones “segmentan” y se enfocan en proporcionar un tipo de valor a un segmento de mercado.
- Es muy difícil identificar lo que los pacientes valoran en sus interacciones con diversas partes del sistema si no se les involucra.
- Las varias organizaciones/servicios que sirven grupos diferentes de población en diferentes procesos de su enfermedad tendrán que definir **qué valor quieren prestar** y cómo **diseñar los procesos para conseguirlo.**
- Un requisito esencial para poder ofrecer una atención integrada de salud es la determinación de **qué aspecto del valor será proporcionado por quién y donde.**

El “triple aim” (triple objetivo)

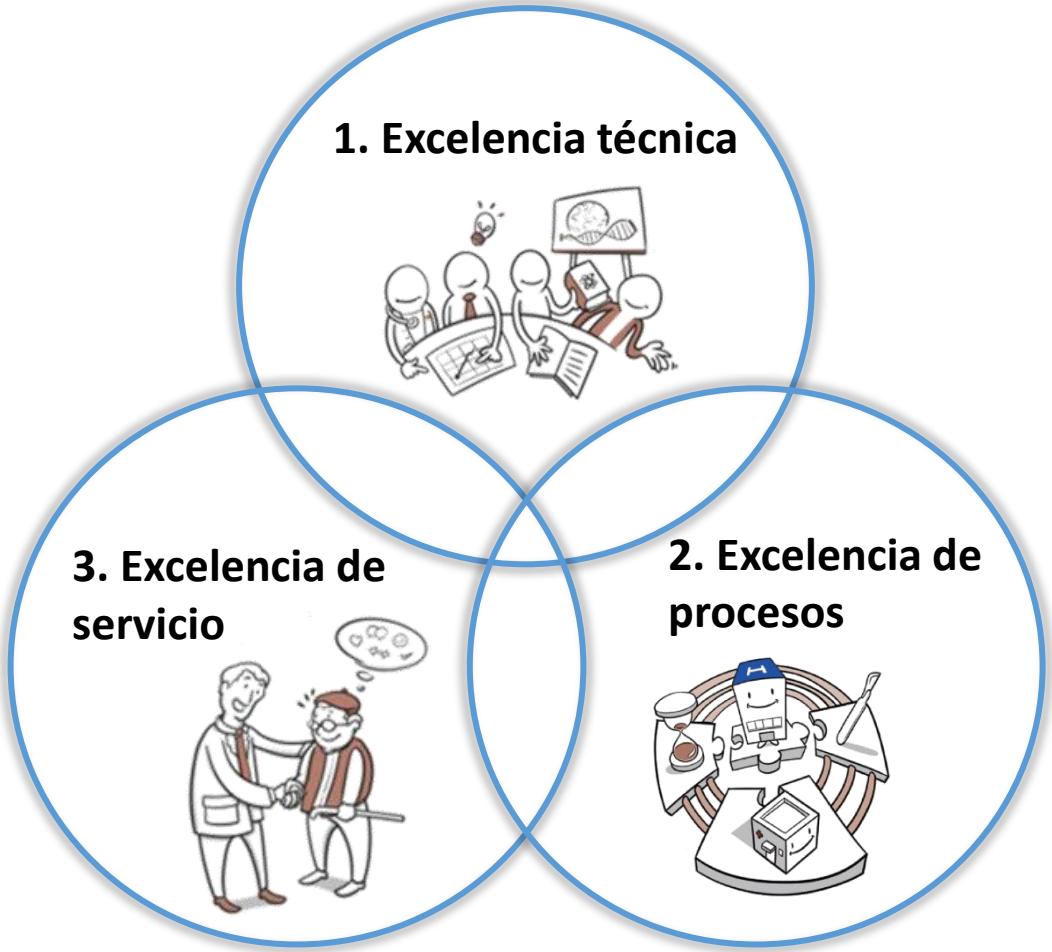
La salud de la población

La experiencia del paciente

Coste per capita



Las dimensiones de la excelencia operativa



Capacidad de monitorización y control

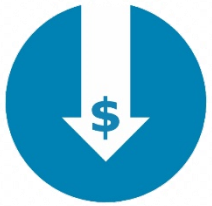
El “Quadruple Aim”

La experiencia del profesional

La salud de la población

La experiencia del paciente

Coste per capita



La cuarta meta (profesionales)

¿Qué valoran los profesionales?

La visión motivacional:

¿QUÉ? ¿CÓMO? ¿POR QUÉ?

$$Valor = \frac{Salario\ y\ otros\ beneficios + Calidad\ del\ puesto\ de\ trabajo + Propósito}{Tiempo + Esfuerzo + Riesgo}$$

La cuarta meta (profesionales)

¿Qué valoran los profesionales?

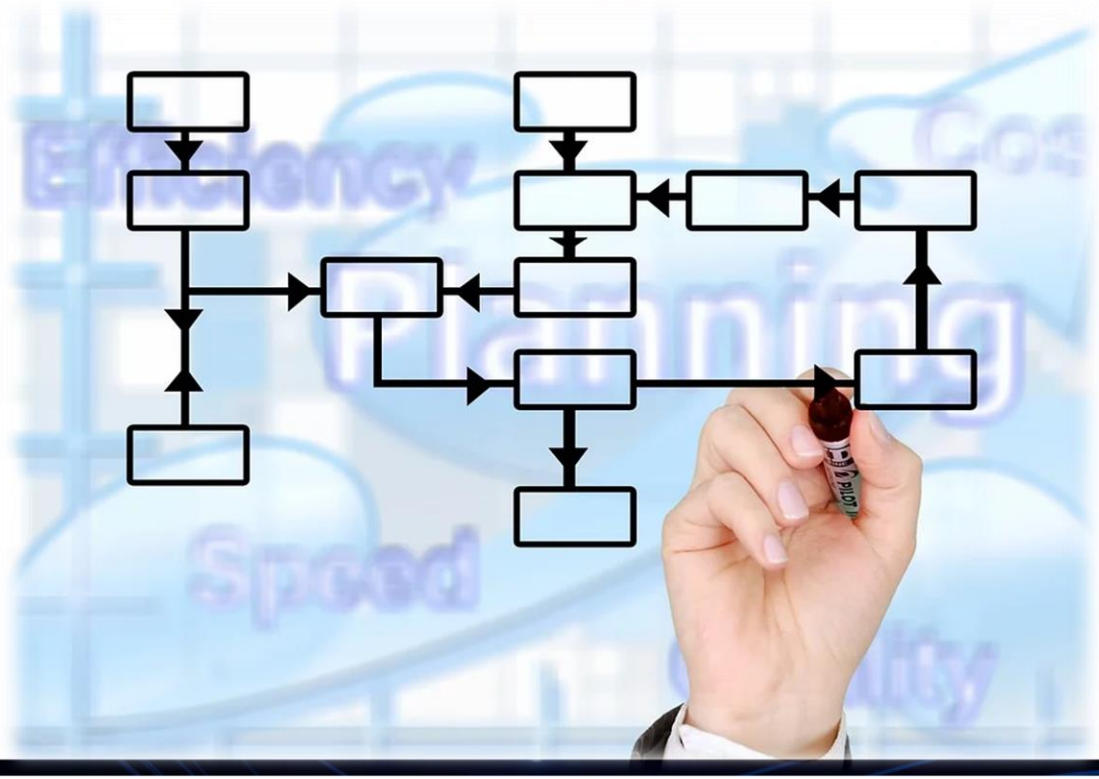
Los valores individuales de Schwartz:

- ✓ Autoridad/Poder
- ✓ Capacidad, Éxito, Logro
- ✓ Placer
- ✓ Estímulo intelectual
- ✓ Pensamiento crítico, Autonomía
- ✓ Equidad, Justicia Social
- ✓ Altruismo, Benevolencia
- ✓ Moralidad, Tradición
- ✓ Profesionalismo, Conformidad
- ✓ Estabilidad, Seguridad
- ✓ Trascendencia, Espiritualidad

Las dimensiones de la excelencia operativa

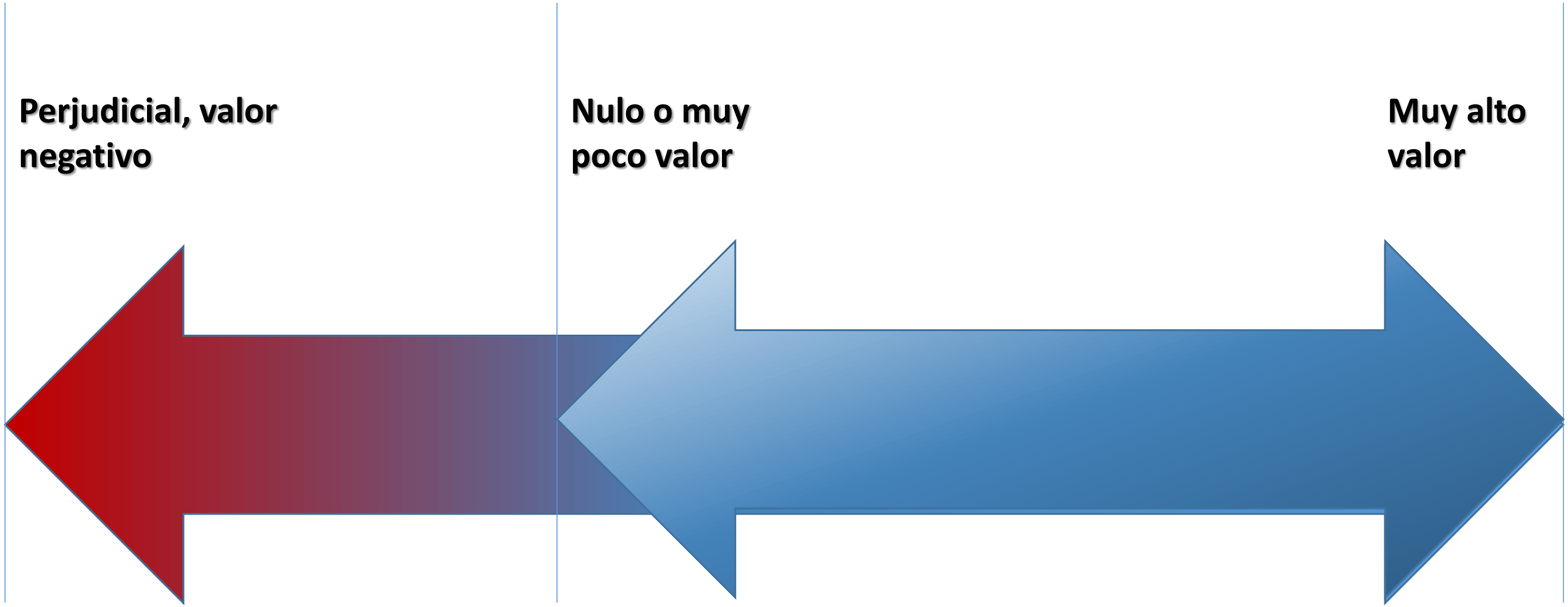
Capacidad de monitorización y control

Las dimensiones de la excelencia operativa



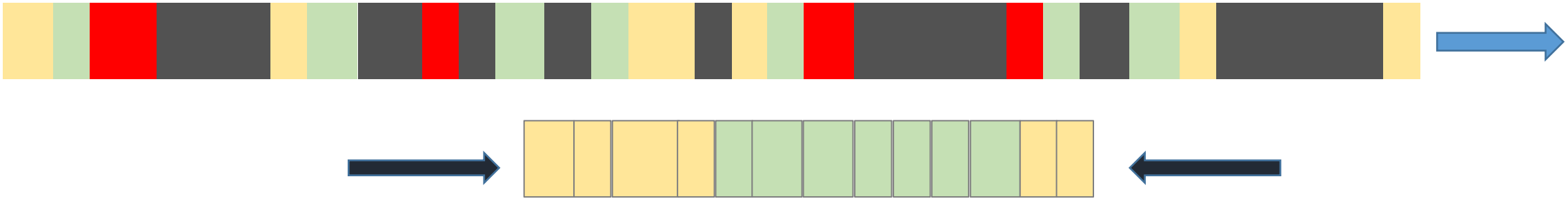

Control
Define
Measure
Analyse
Improve
DMAIC
1
2
3
4
5
https://www.hopkinsmedicine.org/news/articles/capacity-command-center-celebrates-5-years-of-improving-patient-safety-access
SJD COMMAND CENTER
36
21
0
3
9
24
2
2

Valor y despilfarro



Clasificación de actividades, tiempos, esfuerzos, …

Valor añadido (VA)	Tratando al paciente, realizando una prueba, …
Necesario (pero No-VA)	Registro, datos del seguro, transportar al paciente a radiología, …
No Necesario (y No-VA)	Repetición de prueba, repetir preguntas, rellenar impresos…
Demoras, esperas, …	Doctor tratando otro paciente, no se localiza al especialista,…



MUDA: Waste elimination

1. **D**efectos
2. **S**obreproducción
3. **E**speras
4. **T**alento mal aprovechado
5. **T**ransportes
6. **E**xistencias
7. **M**ovimiento
8. **P**roceso innecesario

Ohno's traditional muda's

Otra clasificación de despilfarro en salud

5%

- **Despilfarro en producción** – ineficiencias en la "producción" de "unidades de salud". E.g., tiempo de enfermería para una tarea determinada, uso excesivo de reactivos en un laboratorio, …

50%

- **Despilfarro por caso** – uso innecesario o sub-optimo de los recursos en el proceso de un paciente. E.g., Repetición de exploraciones de imagen porque no se encuentra la primera, duplicación de pruebas de laboratorio porque el doctor del hospital no tiene acceso a los resultados de primaria (o no confía en ellos), …

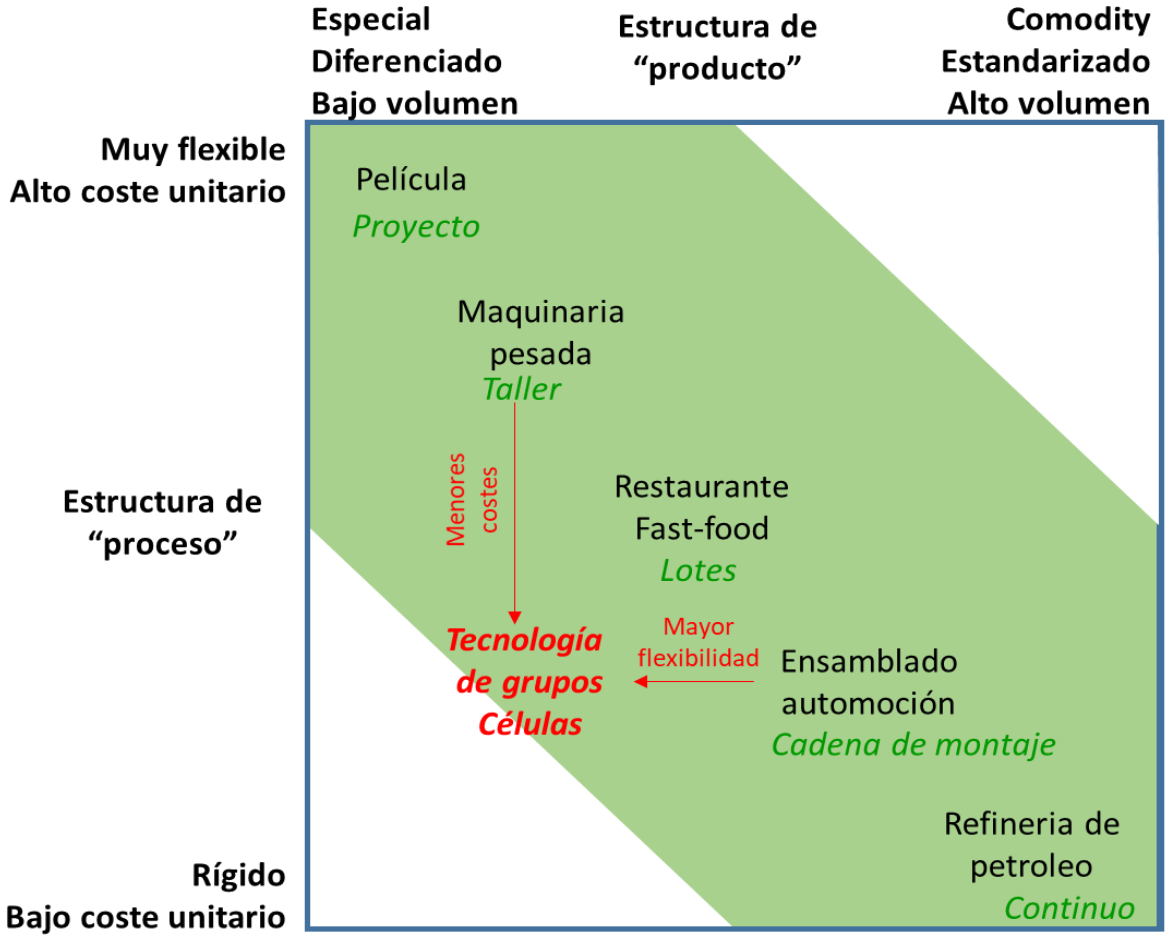
45%

- **Despilfarro de población** – casos en la población en los que la actividad es innecesaria, ineficiente, no efectiva o prevenible. E.g., intervenciones intensivas al final de la vida, visitas al centro hospitalario por temas que podrían ser resueltos en primaria, obesidad, diabetes mal controlada, tabaquismo, ….

James & Poulsen, The Case for Capitation, HBR Jul-Aug. 2016

Dirección de Operaciones – tipos de procesos

- El nivel de estandarización posible (hacia a la derecha) depende de la etapa de conocimiento sobre el proceso.
- Para muchas enfermedades, el nivel de conocimiento es todavía limitado, muy variable de una enfermedad a otra, y evoluciona con el tiempo, lo que dificulta el enfoque.
- Una forma de crear enfoque es agrupar productos similares en "grupos".
  Otra es dividirlos en partes (módulos) y tratarlos por separado, ensamblándolos según sea necesario.



Modos de atención en urgencias

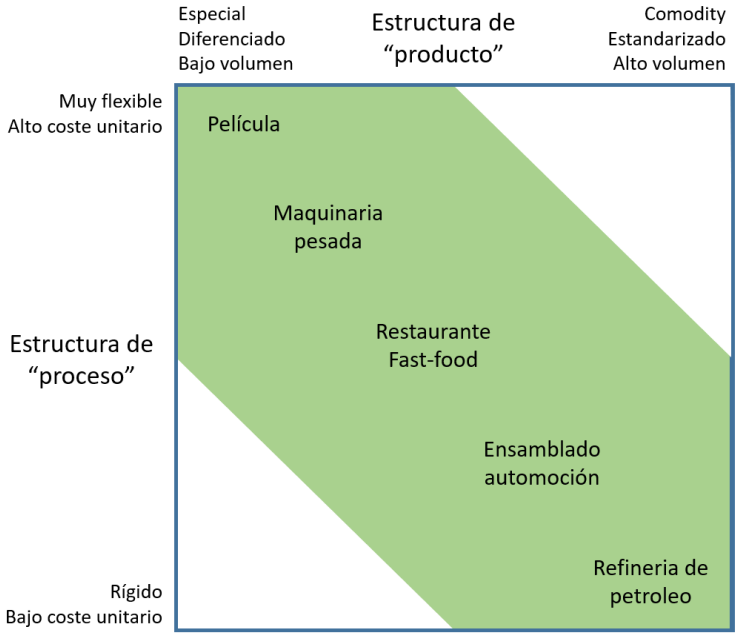
- ❖ **Triage & Registro**
1. **Reanimación**
2. **Cuadro agudo o complicaciones**
3. **Estable, posible empeoramiento**
4. **Sin riesgo de funciones vitales**
5. **Pacientes no urgencia**

Canadian Triage & Acuity Scale

	Canadian	
Level	Serv. Time (min)	Fractile
1	immed.	98%
2	Nurse: 0 / Phys : 15	95%
3	30	90%
4	60	85%
5	120	80%

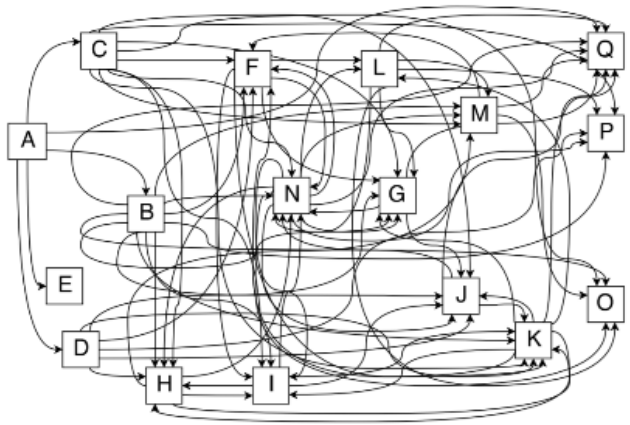
Clasificación por tecnología de grupos

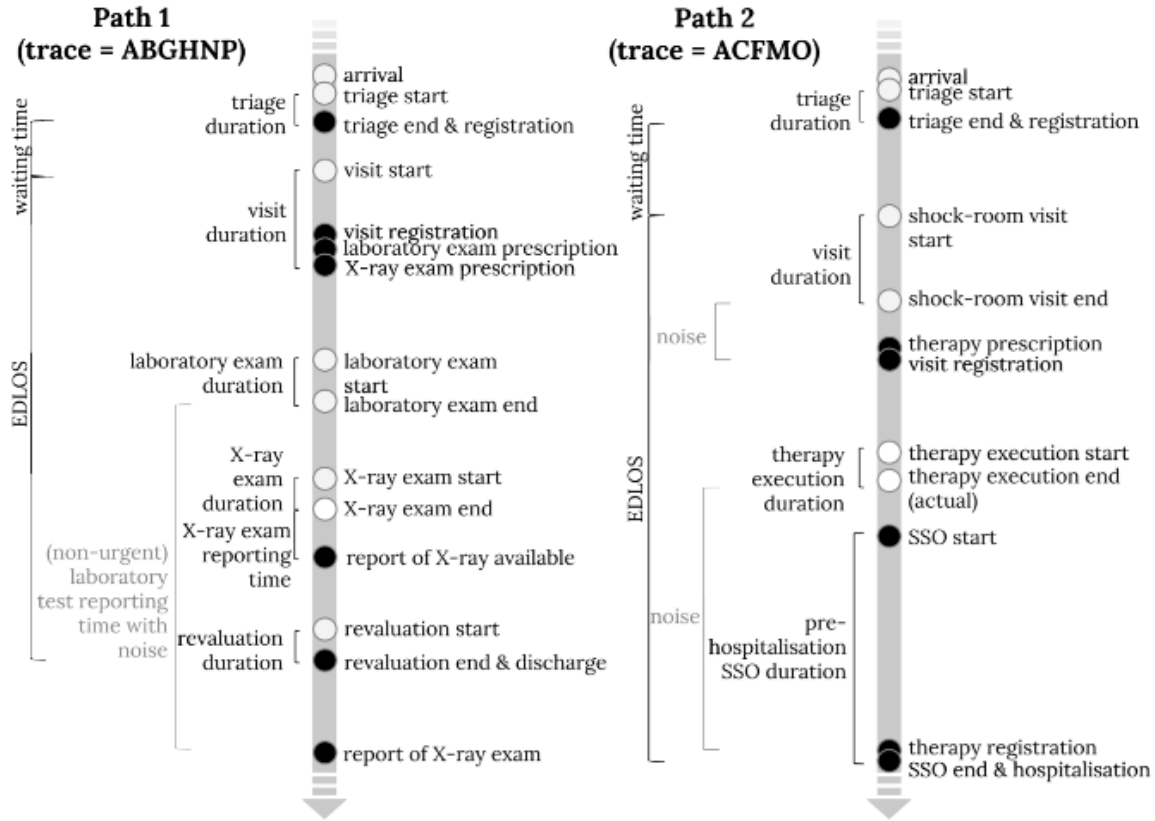
- Complejidad
- Nivel de consulta/tests esperados
- Tiempo de atención esperado
- Constantes vitales
- Nivel de dolor
- Edad
- Género



Process mining – rutas de pacientes

Id	Description	Class	ED comp.	Timestamps
A	Triage	Triage	✓	t_E
B	Medical visit	Visit	✓	t_E
C	Shock-room	Visit	✓	t_E
D	MCA visit	Visit	✓	t_E
E	Paediatric fast-track	Discharge		t_P
F	Therapy	Tests & Care	✓	t_P, t_E
G	Laboratory exams	Tests & Care	✓	t_P, t_R
H	X-ray exams	Tests & Care	✓	t_P, t_R
I	Computed tomography (CT)	Tests & Care		t_P, t_R
J	Ecography	Tests & Care		t_P, t_R
K	Specialist visit	Tests & Care		t_P, t_R
L	Short-Stay Observation (SSO)	Tests & Care	✓	t_S, t_E
M	Pre-hospitalisation SSO	Tests & Care	✓	t_S, t_E
N	Revaluation visit	Revaluation	✓	t_E
O	Hospitalisation	Discharge	✓	t_E
P	Discharge (ordinary)	Discharge	✓	t_E
Q	Interruption	Discharge		t_E





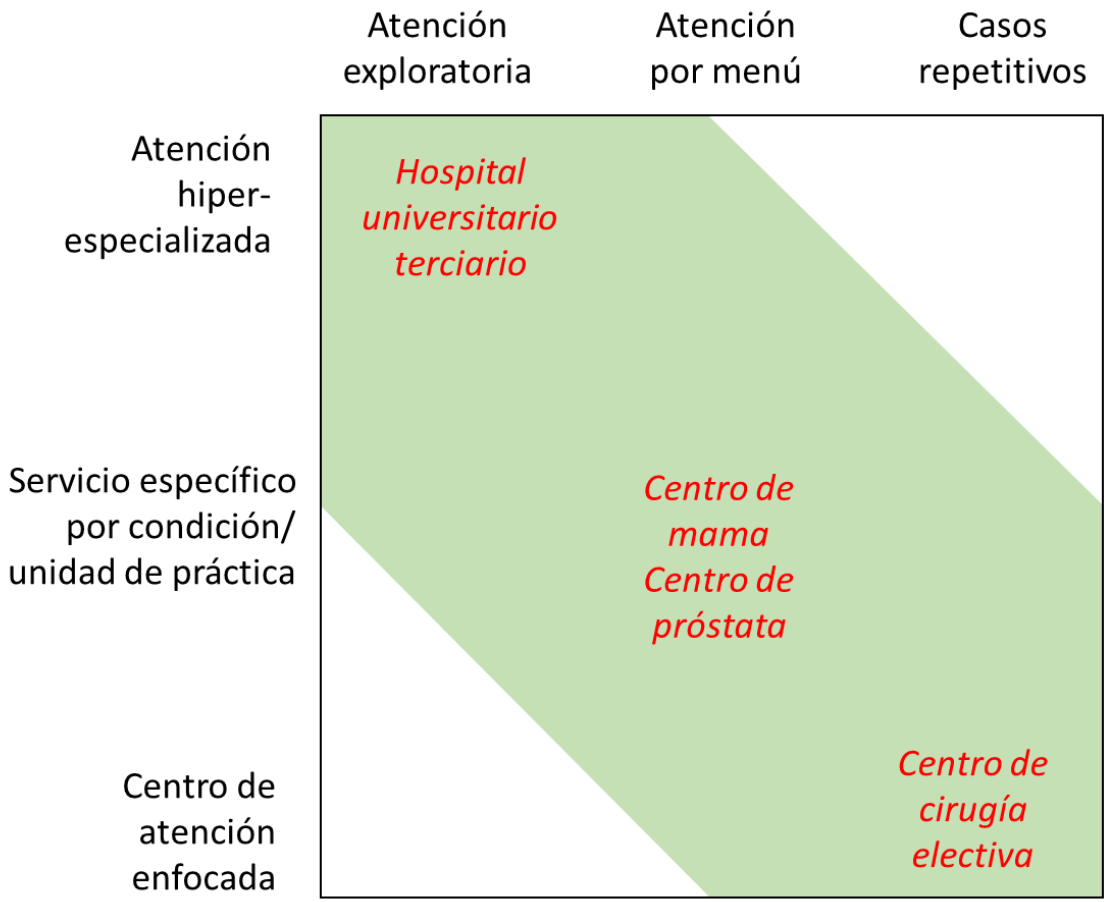
- **Determinar *clusters* y grupos de pacientes**
- **Organizar el proceso del paciente según las rutas necesarias**

Estados de conocimiento

Estado	Nombre	Comentario	Descripción
8	Completo	Nirvana	Conocimiento de todas las possibles interacciones
7	Saber por qué	Ciencia	Completa caracterización científica, causas y efectos
6	Caracterización	Posibles equilibrios	Conocer el impacto de cambios pequeños
5	Proceso capaz	Receta local	Control en un ámbito limitado
4	Control media	Posible método científico	Control posible, pero no preciso. Mucha variabilidad.
3	Medida	Pre-tecnológico	Variable medida, pero no controlada
2	Consciencia	Puro arte	Algunas variables influyentes detectadas
1	Ignorancia		Fenómeno no conocido. Todo parece aleatorio.

R. E. Bohn, Measuring and managing technological knowledge, Sloan Managmenet Review, Fall 1994.

Tipos de procesos segun nivel de conocimiento



R. M. J. Bohmer, Managing Care, Berret-Koehler, 2021.

Palancas de control operativo

1. **El proceso de atención** – Secuencia de decisiones y tareas para diagnosticar y tratar un posible problema de salud o prevenir uno futuro
2. Equipo profesional clínico y de gestión
3. Infraestructura – recursos técnicos y de apoyo
4. Palancas de control

- Especificación y estandarización
- Secuencia, sencillez, conexión, linealidad, aprendizaje (ADN TPS)
- Segmentación
  - *Especialización*
  - *Estandarización de partes*
  - *Ubicación – donde se hace qué*

R. M. J. Bohmer, Managing Care, Berret-Koehler, 2021.

Palancas de control operativo

1. El proceso de atención – Secuencia de decisiones y tareas para diagnosticar y tratar un posible problema de salud o prevenir uno futuro
2. **Equipo profesional** clínico y de gestión
3. Infraestructura – recursos técnicos y de apoyo
4. Palancas de control

- Ajuste de conocimiento, habilidades y actitudes a las necesidades
- Decisiones de especialización
- Asignación de tareas y decisiones
- Planificación y asignación de turnos
- Desarrollo profesional – *Make or buy*
- Empoderamiento
- Nuevos roles

R. M. J. Bohmer, Managing Care, Berret-Koehler, 2021.

Palancas de control operativo

1. El proceso de atención – Secuencia de decisiones y tareas para diagnosticar y tratar un posible problema de salud o prevenir uno futuro
2. Equipo profesional clínico y de gestión
3. **Infraestructura** – recursos técnicos y de apoyo
4. Palancas de control

- Espacio físico, instalaciones
- Flujos de pacientes
- Políticas de adquisición de tecnología
- Nuevas formas de atención

R. M. J. Bohmer, Managing Care, Berret-Koehler, 2021.

Palancas de control operativo

1. El proceso de atención – Secuencia de decisiones y tareas para diagnosticar y tratar un posible problema de salud o prevenir uno futuro
2. Equipo profesional clínico y de gestión
3. Infraestructura – recursos técnicos y de apoyo
4. **Palancas de control**

- Sistema de control diagnóstico
  - Mediciones
  - Planificación y evaluación del trabajo
  - KPI's
- Límites de actuación
- Sistemas de valores y creencias
- Sistemas de control interactivos

R. M. J. Bohmer, Managing Care, Berret-Koehler, 2021.

¿Por qué cuesta tanto la transferencia de conocimiento de otros sectores al sector de la salud?

¿Y dentro del propio sector?


Changing Health
Liderando la transformación
de la gestión sanitaria
2022
IESE
Business School
University of Navarra
Boehringer
Ingelheim