



BIEL FORTUNY i ORGANS



Biel Fortuny i Organs nació en Barcelona en 1954.

Doctor en Administración y Dirección de Empresas por la Universidad Politécnica de Cataluña. Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Barcelona. Executive Master in Public Administration por ESADE. European Master in Total Quality Management por la Universidad Politécnica de Cataluña y la European Foundation for Quality Management. Diplomado en Gestión Hospitalaria por ESADE.

Durante los últimos veinte años ha ejercido como director gerente de organizaciones sanitarias de salud pública, atención primaria, salud mental, atención hospitalaria, atención sociosanitaria y emergencias médicas. En el año 2000 le fue concedido el premio a la Gestión Hospitalaria, por parte de la Escuela Nacional de Sanidad (Instituto de Salud Carlos III).

Actualmente es el Director Gerente de Gestión Sanitaria de Mallorca (GESMA) de la Conselleria de Salut i Consum del Govern de les Illes Balears y participa como colaborador docente en ESADE.

**LA GESTIÓN
DE LA EXCELENCIA
EN LOS
CENTROS SANITARIOS**

BIEL FORTUNY i ORGANS

© de esta edición: Pfizer
© Biel Fortuny i Organs

Edita: PFIZER
ISBN: 978-84-7989-561-7
Depósito legal: M. 17722-2009

Imprime: EGRAF, S. A.



Impreso en papel ecológico

*A Núria Perich i Martin
seny, rauxa i amor...*

ÍNDICE

	<u>Pág.</u>
CAPÍTULO 1.	
LA SALUD Y LOS SISTEMAS SANITARIOS	13
1.1. La salud y sus determinantes	13
1.2. Funciones de los sistemas sanitarios	19
1.3. Modelos de sistemas sanitarios	21
1.4. Influencia del entorno en el desarrollo de la gestión de los centro sanitarios ..	23
1.5. Gestión estratégica de la sanidad	27
1.6. Nuevas fórmulas de gestión pública en el sistema nacional de salud español .	29
1.7. Bibliografía	38
CAPÍTULO 2.	
LOS CLIENTES DE LAS EMPRESAS DE SERVICIOS SANITARIOS	45
2.1. Las empresas de servicios sanitarios	45
2.2. Características de los servicios	47
2.3. Los pacientes: ciudadanos, usuarios consumidores o, clientes	49
2.4. La calidad en las empresas de servicios sanitarios	55
2.5. El modelo de las discrepancias: SERVQUAL y SERVQHOS	60
2.6. Bibliografía	66
CAPÍTULO 3.	
GESTIÓN DE LA CALIDAD, CONCEPTOS Y MODELOS	69
3.1. Sistemas de gestión de la calidad	69
3.2. Definiciones de calidad y calidad asistencial	71
3.3. Modelo ISO de certificación	79
3.4. Modelos de acreditación sanitaria	84
3.5. Los costes de la calidad	92
3.6. Bibliografía	95
CAPÍTULO 4.	
EL MODELO EFQM DE EXCELENCIA	101
4.1. La excelencia empresarial y sus fundamentos	101
4.2. Estructura y características del modelo	104
4.3. Autoevaluación mediante el modelo EFQM	109
4.4. La lógica REDER	113
4.5. Niveles EFQM de excelencia	116
4.6. Utilidades del modelo EFQM en el ámbito sanitario	117
4.7. Bibliografía	124

CAPÍTULO 5.

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA INTEGRADA	129
5.1. La planificación estratégica en los centros sanitarios	129
5.2. El proceso de planificación estratégica integrada: PEI	132
5.3. Diagnóstico estratégico	135
5.4. Elección de estrategias	138
5.5. Implementación de las estrategias	150
5.6. Ventajas y desventajas de la planificación estratégica	153
5.7. Bibliografía	155

CAPÍTULO 6.

DIRECCIÓN POR PROCESOS	161
6.1. Los procesos y sus características	161
6.2. Dirección por procesos	162
6.3. Tipos y despliegue de los procesos	164
6.4. Mapa de procesos	166
6.5. Responsabilidad del proceso	167
6.6. Procesos bajo control	169
6.7. Priorización de los procesos	177
6.8. Descripción del macroproceso asistencial	178
6.9. Vías clínicas. Conceptos generales	184
6.10. Características de las vías clínicas	187
6.11. Metodología de elaboración de las vías clínicas	189
6.12. Ventajas estratégicas de la dirección por procesos	193
6.13. Bibliografía	195

CAPÍTULO 7.

MEJORA PERMANENTE DE LOS PROCESOS	199
7.1. Mejora permanente de los procesos	199
7.2. El ciclo de mejora continua PDCA	201
7.3. El programa de mejora Six Sigma	205
7.4. Mejora radical	206
7.5. Benchmarking	208
7.6. Grupos de mejora	211
7.7. Herramientas de mejora	215
7.8. Plan de mejora de un centro sanitario	223
7.9. Bibliografía	228

CAPÍTULO 8.

GESTIÓN CLÍNICA Y REDISEÑO ORGANIZATIVO	233
8.1. Nuevo escenario de práctica clínica	233
8.2. Fundamentos de la gestión clínica	235
8.3. Objetivos de la gestión clínica	239

	<i>Pág.</i>
8.4. Diseño de la gestión clínica en un centro sanitario	240
8.5. Áreas clínicas	242
8.6. Contratos de gestión clínica e incentivación	247
8.7. Rediseño organizativo para la excelencia	252
8.8. Los equipos interdisciplinarios	259
8.9. Bibliografía	264
CAPÍTULO 9.	
UN MODELO DE GESTIÓN SANITARIA DE EXCELENCIA «GESANEX»	273
9.1. Introducción al modelo GESANEX	273
9.2. El entorno de aplicación del modelo	275
9.3. Empresarización de la gestión sanitaria	278
9.4. Diseño y aplicación del modelo	281
9.5. Resultados obtenidos con GESANEX	292
9.6. Aportaciones a la gestión sanitaria del modelo GESANEX	302
9.7. Reproductibilidad del modelo GESANEX	303
9.8. Bibliografía	307
CAPÍTULO 10.	
LIDERAZGO Y GESTIÓN DEL CAMBIO	309
10.1. Ideología y organización	309
10.2. Poder y política	312
10.3. Liderazgo	315
10.4. El proceso político del cambio	321
10.5. Tipos de cambio estratégico	323
10.6. Resistencias al cambio y conflicto	326
10.7. Resolución de resistencias	330
10.8. La organización que aprende	333
10.9. Bibliografía	336

PRESENTACIÓN Y AGRADECIMIENTOS

*—por encima de todo, ser feliz—
vuelvo a tomar esa resolución.*

Jaime Gil de Biedma

El punto de partida de todo proceso de gestión sanitaria debe ser la mejora de la salud de los ciudadanos a los que atiende, tanto a nivel de los servicios asistenciales, como a nivel gubernamental. Y aunque la salud no tiene precio, sí tiene un coste, el cuál debe gestionarse de manera eficaz, eficiente y equitativamente, con la intención de hacer sostenibles en el tiempo, los sistemas sanitarios públicos.

Los médicos, y las enfermeras y otros profesionales sanitarios, son miembros de grupos profesionales, cuya escala de valores y creencias tienen una poderosa influencia sobre las expectativas y propósitos de su organización. Una característica de las actuales economías postindustriales es el poder decreciente de los sindicatos, excepto en el sector público y, en cambio, a medida que crece el número de profesionales cualificados, aumenta la importancia de los grupos profesionales. Así, en el sector sanitario, los médicos, las enfermeras y los profesionales de la gestión, pueden estar de acuerdo en los objetivos generales, como por ejemplo, los relativos a la mejora de la salud, pero tendrán diferencias claves en cuanto a las expectativas, en tanto los objetivos sean específicos y, se tengan que asignar prioridades y recursos.

En la profesión de la gestión sanitaria, a diferencia de otras profesiones, no están suficientemente clarificados los conocimientos, habilidades y actitudes, que la configuran. Entre los médicos, cuando deben operarse, existe de hecho consenso, sobre cuál debe ser el cirujano que lo haga. En cambio, no está claro cuál es el mejor gestor sanitario. Conocimientos, habilidades y actitudes deseables en la gestión sanitaria, son difíciles de definir y tipificar, pues el gestor responde con excesiva frecuencia ante el poder político que lo ha nombrado. Y las dimensiones que interesan coyunturalmente, al que nombra, principalmente, paz social, imagen en los medios de comunicación y, contención del gasto, no son las de la eficiencia y calidad del sistema. La gestión sanitaria pública en España es, en realidad y en la mayoría de los casos, una mera administración burocrática y, el gestor público un experto en el laberinto normativo y procedimental.

Liderazgo y dirección son dos sistemas de actuación distintos y complementarios. Cada uno cumple una función distinta y realiza unas actividades peculiares. Ambos son necesarios para tener éxito, en unas organizaciones sanitarias cada vez más complejas. Hoy en día, casi todos los centros sanitarios están sobredirigidos y subliderados. Pero para que las organizaciones sean eficaces, se requiere un sólido liderazgo y dirección. En el entorno sanitario actual, dinámico con cambios constantes, se necesitan líderes que pongan en tela de juicio el estado de las cosas, creen visiones de futuro e, inspiren a los miembros de sus organizaciones, para que las materialicen. Y a la vez, se requieren gestores que formulen planes detallados, que constituyan estructuras organizacionales eficientes y, que supervisen las actividades cotidianas.

Para los líderes, todo aprendizaje implica algún fracaso, algo de lo que pueden seguir aprendiendo. Es como aprender a esquiar, si no te caes, no aprendes. No hay que exaltar el fracaso, sino aprovecharlo y, utilizarlo como una oportunidad inmejorable para cono-

cerse mejor uno mismo y, entender mejor las circunstancias que le han conducido a esta situación. Y, en estas circunstancias, es cuando más importante es la receptividad a la crítica, tan necesaria como molesta. La crítica positiva de los colaboradores más cercanos o de los superiores jerárquicos, pone a prueba mejor que ningún otro elemento, los fundamentos de la consideración positiva de uno mismo. Y, cuanto más válida sea la crítica, más difícil es aceptarla. La crítica válida acaba siendo muy útil, porque es una oportunidad única, para que el líder complemente su relación personal con sus propios defectos.

Los gestores de los centros sanitarios que han emprendido un cambio importante en su organización, previamente han entendido todo el complejo sistema organizacional, estructuras formales, las informales y la cultura imperante. Además, han demostrado con su propio comportamiento, que se han comprometido personalmente con la efectividad, mejora y en definitiva, con la excelencia de la gestión. Y han invertido importantes sumas de su presupuesto, en la capacitación de todos los colaboradores del centro, han tenido flexibilidad para reformular el proyecto inicial y si ha sido necesario han reformulado decisiones previamente tomadas y, han efectuado el necesario, rediseño organizativo para lograr las prioridades planificadas.

Este libro desarrolla en diez capítulos los conceptos y las técnicas para implementar en los centros sanitarios españoles, las principales metodologías para alcanzar la excelencia de la gestión. Un elemento innovador es que todos los conceptos y técnicas expuestas en esta obra, han sido previamente utilizados por el autor, que cuenta con una dilatada experiencia de más de veinte años como gestor de organizaciones sanitarias. Y aspira a ayudar a los gestores comprometidos con la innovación, a la implementación de las técnicas aquí expuestas.

Pero este libro no habría sido escrito sin la pertinaz insistencia durante los últimos seis años de los profesores, Pere Batallé (ESADE), Toni Gelabert (UAB) y Xavier Tort-Martorell (UPC); sin la confianza personal y profesional de Manel del Castillo, Carles Manté, Pep Pomar y Josep Santacreu; sin la ayuda del Dr. Joan Gual, presidente del colegio de médicos de las Islas Baleares; y sin la posibilidad que me ofrece Manel Peiró de compartir y discutir anualmente estos conceptos con los alumnos del Programa de Dirección de Servicios Integrados en Salud de ESADE. A lo largo de estos años, Magda Mora, Vicky Remedios, Maribel Escobar y Silvia Fontcuberta, han elaborado gráficas y figuras que ilustran esta obra. Y sin la confianza de laboratorios Pfizer este libro, no habría visto la luz, gracias en particular a Miquel Ferragut y Rafael Martínez y a todo su equipo de colaboradores. Y por supuesto, agradecer el amable prólogo de la Dra. Lola Ruiz Iglesias, directora de la cátedra Pfizer en Gestión Clínica.

Este libro está dedicado a todos los profesionales que me han ayudado a crecer, en los distintos centros sanitarios donde he ejercido como directivo. Muchas gracias a todas ellas y también, a Núria Perich, quién ha estado silenciosamente, allí donde estuviera yo, para ofrecerme su mano tendida.

La dura realidad de la gestión sanitaria de los centros públicos españoles, es que no es posible cosechar las recompensas y las alegrías del liderazgo, sin experimentar también su dolor. Sin embargo, apreciado lector, para el autor mantenerse en el juego y, soportar ese dolor merece la pena no sólo por los cambios positivos, que he podido introducir en las vidas de otras personas, sino también, por el sentido que da a mi propio existir.

Biel Fortuny i Organs

Palma de Mallorca, 23 de abril de 2009.

PRÓLOGO

A finales de la década de los 90 las políticas sanitarias de muchos países de la OCDE, proponen reformas estructurales orientadas a resolver la fisura de calidad que se estaba poniendo de manifiesto en los sistemas sanitarios.

Durante los años ochenta y principios de los 90, la política sanitaria estuvo, básicamente, centrada en los modelos sanitarios y en las reformas necesarias para hacer viable la prestación de servicios universales, que respondieran a criterios de equidad e igualdad efectiva. Si bien es cierto que ya entonces, había evidencia de la variabilidad de la práctica clínica, y de la falta de identificación de los profesionales con la calidad del servicio, la calidad técnica, como tal, no formaba parte del discurso sanitario, quedando en el ámbito del control profesional.

Entre 1996 y 1999, se produce una transformación importante en el foco de las políticas sanitarias. En el Reino Unido, en 1997, se publica *“The new NHS: modern and dependable”* donde el partido laborista propone su política sanitaria para el NHS e introduce, por primera vez, la calidad como elemento clave de la justicia social. En el mismo año, en Estados Unidos, se publica *“The Consumer bill of Rights and Responsibilities, Interim Report”* y en 1998 se publican respectivamente en cada país dos documentos claves, por su enfoque y contenido, *“A first Class Service: Quality in the new NHS”* y *“Quality first: Better healthcare for all the Americans”*. Australia, Nueva Zelanda, y progresivamente todos los países industrializados de la OCDE, van orientando sus políticas en la misma dirección: garantizar a los usuarios de los sistemas sanitarios unos servicios de calidad, sin riesgo para los pacientes, y fundamentados en los principios del buen gobierno corporativo: Transparencia, y responsabilidad social corporativa.

La política sanitaria en el conjunto del Sistema Nacional de Salud en España, no es ajena a este proceso y así queda reflejado en la Ley de Cohesión y Calidad del 2003, en la que se definen los planes integrales de salud que proponen estándares y actuaciones integrales para cada uno de ellos y que suponen un paso importante en la coordinación asistencial y, en consecuencia, en la calidad.

Podemos afirmar que la Calidad es, en estos momentos, el componente clave de las estrategias sanitarias y es en este contexto, en el que considero que la obra que nos ofrece el Dr. Biel Fortuny i Organs, tiene una gran relevancia.

Estamos ante una obra que en diez capítulos, bien articulados y documentados, nos adentra, de forma sencilla y comprensible, en aspectos tan complejos como la naturaleza dife-

rencial del sector y las organizaciones sanitarias, su contribución a la salud de la población, la gestión sanitaria y la calidad.

Combinando con gran acierto tres planos: el marco teórico, el nivel operativo y las herramientas, el autor nos guía desde las definiciones de salud hasta la gestión del cambio, ofreciéndonos, en todo momento, referencias, a nivel nacional e internacional, que nos permiten contextualizar la evolución del Sistema Nacional de Salud y los desafíos a los que este se enfrenta con respecto al debate global sobre la sanidad, los sistemas sanitarios, su eficacia y eficiencia, y su calidad.

No cabe duda que esta obra es un fiel reflejo de su autor. La experiencia profesional del Dr. Biel Fortuny i Organs es un claro ejemplo de una persona preocupada por la gestión y la calidad de las organizaciones sanitarias, que ha combinado con éxito formación, docencia y gestión. Es esta experiencia profesional la que se transmite en toda la obra, dando al lector un drenado de conocimiento de alto valor por su incuestionable utilidad.

Esta es una obra de interés para cualquier profesional sanitario, tanto del ámbito de la gestión como de la clínica. La inclusión de ejemplos concretos permite ver como la teoría cristaliza en el mundo real de la organización, al tiempo que nos ilustra sobre experiencias que están teniendo lugar en nuestro país y que sin duda merece la pena conocer.

Desde la perspectiva de la Cátedra Pfizer en Gestión Clínica, no puedo por menos que felicitar esta iniciativa que incide claramente en uno de nuestros objetivos estratégicos: favorecer el acceso de los profesionales sanitarios al cuerpo de conocimiento de la gestión de las organizaciones. La calidad asistencial está determinada por la convergencia de la buena práctica clínica y las buenas prácticas de gestión y esta obra contribuye sin duda alguna, en la difusión de las mismas.

Lola Ruíz Iglesias
Directora Cátedra Pfizer en Gestión

CAPÍTULO 1.

EL ENTORNO SANITARIO

1.1. LA SALUD Y SUS DETERMINANTES

El punto de partida de todo proceso de gestión sanitaria debe ser la mejora de la salud de los ciudadanos a los que atiende, tanto a nivel de los servicios asistenciales, como a nivel gubernamental. Y aunque la salud no tiene precio, sí tiene un coste, el cuál debe gestionarse de manera eficaz, eficiente y equitativamente, con la intención de hacer sostenibles en el tiempo, los sistemas sanitarios públicos.

Las creencias fundamentales de la humanidad están relacionadas con la vida, el sufrimiento y la muerte y tienen su origen en las explicaciones dadas por las distintas sociedades al origen del hombre, a la finalidad de la vida, al significado de la muerte y a la existencia de otra vida después de ésta. Por tanto, también el concepto de salud ha evolucionado con los tiempos, formando parte de las estructuras socioculturales que históricamente se han dotado los pueblos. Aparece, ante todo, como un concepto dinámico e histórico vinculado al desarrollo de cada sociedad, representando valores semánticos transformados históricamente, puesto que cada sociedad y cada época han tenido y tienen su propio concepto de salud (mágico, religioso, naturalista, bacteriológico y, individualista, contextual-comunitario entre otros) o, incluso, ha combinado estas perspectivas y modos de enfocar la salud. Este relativismo histórico se ve, además, reforzado por la propia pluralidad y complejidad de facetas que recubre el término salud. De un modo similar, las enfermedades se han ido definiendo de acuerdo con los valores socioculturales de científicos, intelectuales, grupos sociales y de la sociedad en su conjunto. Por tanto, los factores históricos y culturales y no entidades biológicas neutrales son los que han servido de base para la clasificación de los procesos relacionados con la salud, en normales y patológicos.

La mayoría de definiciones de salud que encontramos son poco útiles para el gestor sanitario, puesto que no son operativas. El concepto de salud que se ha tenido hasta bien avanzado el siglo XX, y que aún hoy mantiene gran parte de la comunidad, ha sido de carácter negativo. Se poseía salud cuando no se estaba enfermo. La salud venía definida por la no percepción de enfermedad por parte del médico, la sensación de salud del ciudadano, las causas circunstancias o condiciones por las que aquélla se produce (determinantes de salud), los criterios políticos, sociales y económicos dominantes y los conocimientos científicos en vigor.

En 1945, Stampar presentó su definición de salud, admitida universalmente y aceptada en 1946 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como punto uno de su carta fundacional: *«la salud es el estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no sólo la ausencia de enfermedad o achaque»*, definición en la línea de las

propuesta posteriormente por distintos grupos sanitarios, como la que se adoptó durante el X Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua catalana, celebrado en Perisignan el año 1976: «Salud es una forma de vida autónoma, solidaria y alegre».

Estas dos definiciones tienen la gran ventaja de considerar la salud en un sentido holístico y positivo, ya que ésta comprende todos los aspectos del ser humano de forma individual y colectiva. No obstante, ya desde los años cincuenta se critican algunos aspectos de esta definición: pues equipara bienestar a salud, lo que es utópico y no es del todo exacto, ya que rara vez o nunca se alcanzará el «completo» bienestar físico, mental y social, ni de alegría. Asimismo, son definiciones estáticas y además subjetivas, ya que no pueden medirse de forma objetiva.

Al no poder establecerse un patrón objetivo de salud, pues el estar sano está determinado social y psicológicamente, es decir, por patrones cultural e individualmente subjetivos, y no sólo por parámetros biológicos objetivos. Esta dificultad es superada en los objetivos de salud propugnada por la OMS en la XXX Asamblea, celebrada en 1977 en Alma-Ata, en la que se adoptó la estrategia de «Salud para todos en el año 2000» mediante unos objetivos incrementalistas, expuestos en el Cuadro 1.1.

Cuadro 1.1. OBJETIVOS DE SALUD

- **Añadir más años a la vida:** reducir la mortalidad prematura y, por consiguiente aumentar la esperanza de vida.
- **Añadir más salud a la vida:** reducir enfermedades, accidentes, minusvalías y discapacidades.
- **Añadir más vida a los años:** en el sentido de desarrollar las capacidades del individuo en el entorno privado, social y, dentro de este último, el laboral.

Con el fin de corregir parte de los defectos detectados en la definición de la OMS, Milton Terris sugiere que hay distintos grados de salud como los hay de enfermedad. Afirma que la salud tendría dos polos. Uno subjetivo, la sensación de bienestar, y otro objetivo y medible, la capacidad de funcionamiento, detectable en distintos grados. De acuerdo con esta idea modifica el concepto de la OMS y define la salud como «un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento, y no sólo la ausencia de enfermedad o achaque». Concepto más operativo, pues al suprimir el término «completo» elimina la utopía de la definición, mantiene el bienestar y añade la capacidad de funcionamiento (capacidad de trabajar, estudiar, gozar de la vida, etc.), introduciendo la posibilidad de medir el grado de salud.

Desde la antigüedad han preocupado las causas, condiciones o circunstancias que determinaban la salud, lo que se conoce a partir de los años setenta, del siglo pasado, como determinantes de salud. En 1974, Marc Lalonde, ministro de Sanidad de Canadá dio a conocer el informe titulado «Una nueva perspectiva en la salud de los canadienses». Este informe tuvo un impacto destacado sobre la salud y los sistemas sanitarios en Canadá y en otros países, así como en el desarrollo de la filosofía del programa «Salud para todos» de la OMS. El informe basado en una idea de Laframboise, director de Planificación, sirvió a su vez de fundamento para el modelo epidemiológico propuesto por Dever. Laframboise se inspiró en los trabajos de McKeown, quien demostró que algunos factores externos al sistema sanitario han tenido una in-

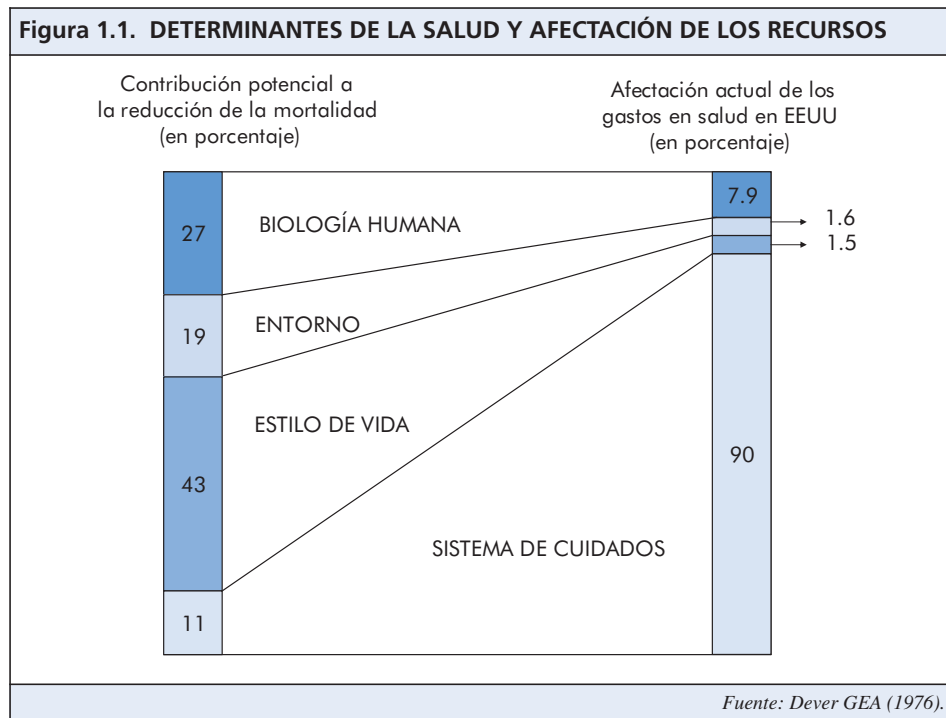
fluencia principal en la disminución de la mortalidad y a partir de aquí, considera que dichos factores no están suficientemente destacados en los análisis del «*campo de la salud*», excesivamente medicalizado. Según el informe del ministro Lalonde, el nivel de salud de una comunidad estaría influido por los cuatro grandes grupos de determinantes (véase Cuadro 1.2).

Cuadro 1.2. DETERMINANTES DE LA SALUD

- **Biología humana:** constitución, carga genética, desarrollo y envejecimiento.
- **Medio ambiente:** contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural.
- **Estilos de vida y conductas de salud:** drogas, alcoholismo, sedentarismo, alimentación, estrés, violencia, conducción peligrosa, mala utilización de los servicios sociosanitarios.
- **Sistema de asistencia sanitaria:** mala utilización de recursos, sucesos adversos producidos por la asistencia sanitaria, listas de espera, burocratización de la asistencia.

Hoy en día, se considera que casi todos los factores que integran los determinantes de salud son modificables, a diferencia del año 1974 en que se consideraba a la biología humana muy poco in fluenciable. Los descubrimientos genéticos, diagnósticos y terapéuticos, basados en la biotecnología han modificado considerablemente el panorama actual de enfermedades, como el cáncer, diabetes, Alzheimer, artritis reumatoide, enfermedad cardiovascular, y malformaciones congénitas entre otras. Algunos autores han definido al modelo canadiense como «*ecológico*» en el marco de un sistema de salud en el que el sistema de cuidados es un componente importante, pero no el único.

Años más tarde Lalonde valoró la adecuación entre el gasto sanitario y los distintos determinantes de salud, comprobando la inadecuación del reparto. Este hecho fue ratificado por Dever al valorar la distribución de la mortalidad y la correspondiente distribución del gasto sanitario entre los distintos determinantes para Estados Unidos de América. La contribución de estos factores a la mejora potencial de la salud de la población, no está necesariamente relacionada con los recursos que se destinan. Así, en la parte izquierda de la Figura 1.1, se muestra la contribución de cada uno de estos factores, suponiendo que el 10% de reducción de la mortalidad representa un máximo que puede ser alcanzado con los medios disponibles en Estados Unidos. Se observa que los logros posibles más importantes provienen de los cambios en los hábitos de vida. Por otra parte, estos datos señalan que el impacto potencial del sistema sanitario en un país industrializado, es marginal. En la parte derecha de la misma figura se puede apreciar la distribución de los gastos en salud de Estados Unidos, correspondientes a cada uno de los determinantes de salud. Se observa que sólo el sistema de cuidados absorbe un 90% de los gastos, mientras que los dedicados a los hábitos de vida y al entorno no representan más que el 1,5 y 1,6%, respectivamente. Estos datos deberían hacernos reflexionar sobre el rendimiento marginal de las inversiones en el campo de la salud. Al ser la salud multifactorial y los factores que la determinan, según la importancia que se les da desde la administración sanitaria, definirán por tanto, las acciones de planificación sanitaria de un país.



En cambio Lamata disiente de esta valoración, pues el producto sanitario es un conjunto de prestaciones que pueden ser diagnósticos, programas preventivos, cuidados de enfermería, etc. El sistema sanitario produce servicios y con estos servicios contribuye a la salud. Seguramente la contribución del sistema sanitario a la disminución de la enfermedad y a la disminución de muertes prematuras es muy importante, más importante que la de otros sectores. Mucho más importante que el 11% que ha popularizado Dever, si consideramos las muertes evitadas y toda la morbilidad prevenida o corregida. El autor avanza la hipótesis basándose en estudios de Pineault, de que la sanidad contribuye a un 30% de la mejora de la salud de las poblaciones en sociedades desarrolladas, utilizando para ello sólo un 70% de los recursos.

Los servicios sanitarios tienen una importancia relativa menor que la biología, los factores de entorno y los estilos de vida en la producción de salud. Sin embargo la inversión en servicios sanitarios es muy superior (del orden de 100 a 1) que la que se dedica a la promoción de estilos de vida saludables. Es necesario señalar que la contribución de la medicina a la salud no es nada despreciable: de los 30 años de esperanza de vida (de 45 a 75 años) ganados por los ciudadanos de los Estados Unidos durante el siglo XX, un año y medio es atribuido a los servicios sanitarios preventivos (vacunas y detección precoz de la hipertensión y cáncer, principalmente) y otros tres y medio o cuatro años adicionales son fruto de los servicios médicos curativos, siendo el tratamiento de la hipertensión y de la diabetes los que más han contribuido a prolongar la esperanza de vida. En otras palabras: la medicina ha contribuido en casi un

veinte por ciento, a aumentar la esperanza de vida, debiéndose atribuir el ochenta por ciento restante a la mejora de las condiciones del entorno (nutrición, vivienda, saneamiento y salubridad, etc.) y a la mejora de los estilos de vida.

En los países menos desarrollados los factores más importantes para mejorar la salud de la población, son las inversiones en infraestructuras y la provisión de necesidades básicas: agua potable y alimentos. En los países con un nivel de desarrollo intermedio (en los cuales las anteriores necesidades están básicamente cubiertas), parece que las mejores inversiones en salud son la educación, la mejora del estatus de la mujer dentro de la sociedad y los servicios básicos de salud, principalmente los dirigidos a la salud materno-infantil. En los países más ricos es donde encontramos los factores de Lalonde más determinantes de las diferencias en salud. En este contexto, el 25% de personas mayores de 65 años, pueden llegar a padecer hasta cuatro enfermedades crónicas, absorbiendo este tipo de patologías un 75% del gasto en el sistema sanitario español.

Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país. La OMS tiene una visión global de los determinantes sociales de la salud. La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la imposibilidad de tener una vida próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno «natural», sino el resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política.

En todo el mundo, las personas socialmente desfavorecidas tienen menos acceso a los recursos sanitarios básicos y al sistema de salud en su conjunto. Es así como enferman y mueren con mayor frecuencia que aquéllas que pertenecen a grupos que ocupan posiciones sociales más privilegiadas. Esto se hace más crítico en algunos de los grupos más vulnerables. Estas inequidades han aumentado a pesar de que nunca antes han existido en el mundo la riqueza, los conocimientos y la sensibilidad e interés por los temas que atañen a la salud como en la actualidad.

La mayor parte de los problemas de salud se pueden atribuir a las condiciones socio-económicas de las personas. Sin embargo, en las políticas de salud han predominado las soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades, sin incorporar adecuadamente intervenciones sobre las «causas de las causas», tales como, por ejemplo, las acciones sobre el entorno social. En consecuencia, los problemas sanitarios se han mantenido, las inequidades en salud y atención sanitaria han aumentado, y los resultados obtenidos con intervenciones en salud centradas en lo curativo han sido insuficientes. Los determinantes sociales de la salud se entienden como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud.

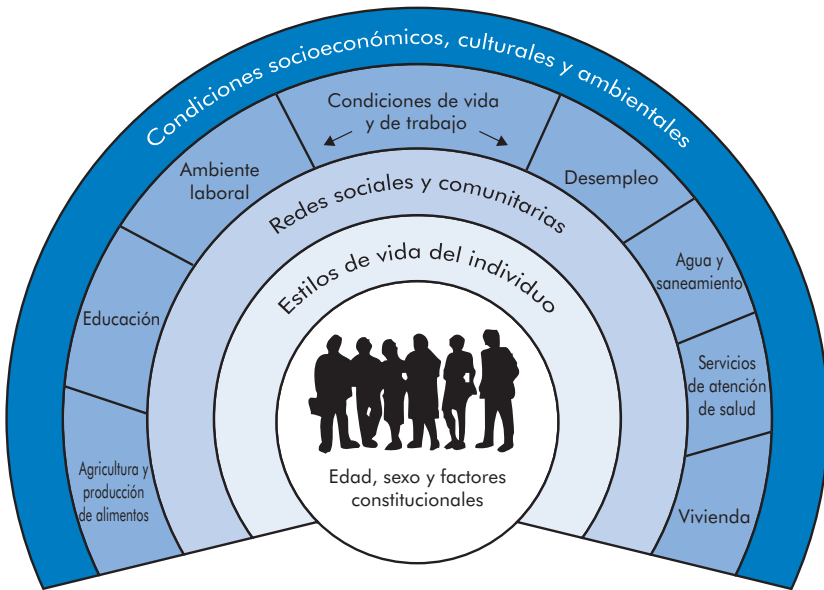
Las interacciones entre los factores identificados por Lalonde y otros, en particular las condiciones sociales, quedan diagramadas en un modelo planteado por Dahl-

gren y Whitehead y adoptado por Acheson en su influyente informe sobre desigualdades en salud en Gran Bretaña. Este modelo (véase Figura 1.2) presenta a los principales determinantes de la salud como capas de influencia.

En el centro se encuentra el individuo y los factores constitucionales que afectan a su salud pero que no son cambiables. A su alrededor se encuentran las capas que se refieren a determinantes posibles de modificar, comenzando por los estilos de vida individuales, objeto desde hace décadas de los esfuerzos de promoción en salud. Pero los individuos y sus conductas son influenciados por su comunidad y las redes sociales, las que pueden sostener o no a la salud de los individuos, hecho que si se ignora dificulta la adopción de conductas saludables. Los determinantes considerados más amplios o profundos, en cuanto a su influencia, tienen que ver con las condiciones de vida y trabajo, a limentos y acceso a servicios básicos, además de las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales, representadas en la capa más externa. El modelo intenta representar además las interacciones entre los factores.

La salud es un requisito para la libertad y la participación social, pero esta relación se retroalimenta, pues la libertad influye decisivamente sobre la salud. En el planeta en que vivimos, hay 850 millones de personas desnutridas, dos mil millones de mal nutridos, cada día mueren de hambre 35.000 niños y existen 200 millones de niños esclavizados. Numerosos estudios señalan que parte de las diferencias en niveles de salud de la población entre países desarrollados puede ser explicada

Figura 1.2. LOS PRINCIPALES DETERMINANTES DE LA SALUD



Fuente: Dahlgren G, Whitehead M (1991).

por las desigualdades en la distribución de la riqueza nacional. Países con distribución más equitativa de la riqueza (Norte de Europa) tienen mejores indicadores de salud que aquellos menos igualitarios, para el mismo nivel de renta per cápita. Los Estados Unidos tienen peores indicadores de salud que la Unión Europea porque la población trabajadora no cualificada laboralmente, generalmente hispana o afroamericana, tiene niveles de salud muy bajos. La relación salud y libertad también se encuentra entre géneros, en donde puede existir una relación de dependencia. Cuando se compara la salud entre países o entre grupos sociales dentro de un mismo país, el nivel de salud de la población es mayor cuanto mayor libertad individual y cohesión social existan en la sociedad.

1.2. FUNCIONES DE LOS SISTEMAS SANITARIOS

La forma en que cada Estado organiza las instituciones sanitarias (salud pública, centros de salud, hospitales, centros sociosanitarios, aseguradoras sanitarias, etc.) y, como moviliza los recursos para financiarlas, da origen a los sistemas sanitarios. Los objetivos relevantes de los sistemas sanitarios pueden resumirse en tres (véase Cuadro 1.3).

Cuadro 1.3. OBJETIVOS DE LOS SISTEMAS SANITARIOS

- La mejora de los niveles de salud para el conjunto de la población.
- La equidad en el acceso a los servicios sanitarios.
- La legitimación del sistema ante la población, al ser este un componente esencial para su sostenibilidad financiera y viabilidad social.

A continuación, se describen las cuatro funciones esenciales de todos los sistemas sanitarios:

- **Autoridad** en las actividades de direccionamiento, regulación y salud pública y comunitaria. Esta autoridad es generalmente ejercida por las administraciones públicas. Aunque existen actividades que pueden ser ejercidas por corporaciones de derecho público, como es el caso de los colegios profesionales en España, o entidades privadas, como la asociación médica en Estados Unidos. El Estado regula normalmente numerosos aspectos de la producción, como, los requisitos para el ejercicio de la profesión, los requisitos para la instalación de servicios sanitarios, etc.
- **Aseguramiento**, la compra de servicios a los proveedores de atención sanitaria, en beneficio de un colectivo más o menos amplio, en función de sus necesidades.
- **Financiación** de los servicios, que puede ser pública o privada. La pública se caracteriza por ser coercitiva, al obtenerse mediante exacciones obligatorias, como es el caso de los impuestos y de las cotizaciones sociales. La privada permite al usuario ejercer su soberanía, en el caso de las pólizas de seguro, pagos directos y copagos. La clasificación en sí misma es discutible,

puesto que el pago de un tiquete moderador, considerado como función privada, puede ser muy coercitivo para el usuario, si su demanda es muy rígida (es decir, si la cantidad demandada es muy insensible a los cambios en el precio).

- **Provisión** directa de los servicios sanitarios, ya sea en un centro de salud o en el hospital. Se fija en quién presta el servicio y, se clasifica en pública y privada, según sea la titularidad de la institución o la dependencia del profesional. Conviene destacar que todos los sistemas de producción sanitaria que existen son mixtos.

Considerando simultáneamente financiación y provisión se dan cuatro posibilidades (Cuadro 1.4).

Cuadro 1.4. FINANCIACIÓN Y PROVISIÓN EN EL SNS			
FINANCIACIÓN			
		Pública	Privada
PROVISIÓN	Pública	Instituto Catalán de la Salud	Ejercicio privado en hospitales públicos
	Privada	Mutuas patronales accidentes de trabajo	Seguros privados de salud

Financiación pública y provisión pública: atención a un beneficiario del Sistema Nacional de Salud (SNS) en una institución pública.

Financiación pública y provisión privada: Mutuas Patronales de Accidentes de Trabajo, empresas colaboradoras de la seguridad Social, concertos y funcionarios de Mutualidades Públicas (MUFACE) que optan por una entidad de seguro libre.

Financiación privada y provisión pública: atención en instituciones del SNS a pacientes de entidades de seguro libre o privados.

Financiación privada y provisión privada: atención a un beneficiario de un seguro libre en una institución privada, pacientes que pagan de su bolsillo.

La provisión admite distintas combinaciones público-privado que se exponen en el apartado 1.6. En la práctica, debería optarse por la combinación público-privado que más contribuyera al bienestar de la sociedad. El peligro de exceso de producción privada, deriva de tres hechos. Primero, la insuficiencia de los mecanismos de control, por parte de los financiadores públicos de asistencia sanitaria. Segundo, lo que se provea, no sea independiente de quien lo provea. Y tercero, la inadecuación del incentivo de búsqueda de lucro, cuando la influencia del proveedor es muy grande. Todo ello hace que deba procederse con mucha precaución a la hora de aplicar la alternativa, de escoger la combinación público-privado que más contribuya al bienestar social.

1.3. MODELOS DE SISTEMAS SANITARIOS

Existen abundantes problemas metodológicos para analizar de forma comparada los sistemas sanitarios existentes en los casi 200 estados que existen en el planeta, ya que estos difieren en extensión, características geográficas y demográficas, organización política, problemas de salud, nivel de desarrollo socioeconómico, recursos disponibles, etc. Por ello, desde Roemer suele emplearse como elemento clave para la comparación el modo de financiación o de obtención de recursos económicos. En los países desarrollados pueden distinguirse tres modelos principales: seguros sociales obligatorios, servicio nacional de salud y libre mercado.

- **MODELO DE SEGUROS SOCIALES.** También denominado Sistema Mutualista se basa en el sistema ideado por el canciller alemán Bismarck en el año 1883. En este modelo a partir de la tradición de las cajas de seguridad, los asegurados obtienen las prestaciones a partir de las aportaciones de los mutualistas (generalmente aportaciones de trabajadores y empresarios en diferente proporción). Se trata más de una protección al trabajador que al ciudadano. La cobertura de ciertos grupos de no mutualistas, como los indigentes, suele cubrirse adicionalmente, velando el Estado por la transparencia del sistema y, contribuyendo, en muchos casos, al abono del posible déficit. Este modelo está ampliamente representado en los países de tradición liberal de la Europa occidental. Es el caso de Alemania, Bélgica, Holanda, Francia, Austria, Suiza y Luxemburgo. También, fue el caso de España durante la época del Seguro Obligatorio de Enfermedad.

Cuadro 1.5. CARACTERÍSTICAS DEL MODELO DE SEGUROS SOCIALES

- Consideración de la salud como un bien tutelado por los poderes públicos.
- Financiación de los servicios sanitarios mediante cuotas obligatorias de empresarios y trabajadores, con mayor o menos colaboración del Estado.
- Los servicios financiados están destinados únicamente a quienes han cotizado y a las personas que dependen de ellos.
- Existencia de forma habitual de seguros sanitarios complementarios y persistencia de las redes asistenciales de beneficencia.
- Pago a los proveedores (personal y servicios sanitarios) mediante contratos y por número de servicios.
- Propiedad pública y privada de los medios de producción.
- Provisión pública y privada de los cuidados de salud.

- **MODELO DE SERVICIO NACIONAL DE SALUD.** Históricamente se localiza en el Reino Unido, tras el final de la Segunda Guerra Mundial, cuando Beveridge impulsó un Servicio Nacional de Salud, basado en el principio de que «*toda persona tiene derecho al mejor tratamiento médico existente, fueran cuales fuese sus medios económicos*». Este sistema de financiación es característico de países europeos con tradición socialdemó-

crata y, preocupación por el bienestar social público (países nórdicos, Reino Unido e Irlanda), y más recientemente de países del sur de Europa (Italia, Portugal, Grecia y España).

Una variante la constituye el modelo de países de economía centralizada (modelo Semashko), como los de los países de la antigua Europa Oriental, ahora en fase de transición hacia otros sistemas, mayoritariamente de seguros sociales.

Cuadro 1.6. CARACTERÍSTICAS DEL MODELO DE SNS

- Consideración de la salud como un bien tutelado por el Estado.
- Financiación de los servicios sanitarios por medio de los impuestos establecidos, con aportaciones complementarias variables de los sistemas de seguros sociales.
- Gran control gubernamental de todo el proceso de financiación y provisión de servicios sanitarios.
- Universalidad y equidad, como principios esenciales de la organización del sistema.
- Problema frecuentes de burocracia, eficiencia, utilización y listas de espera.
- Propiedad estatal de los medios de producción, aunque existe una parte del sector privado.
- Provisión pública, en su mayoría, de los cuidados de salud.
- Los médicos son asalariados o, reciben pago capitativo.
- Puede haber una participación de los pacientes en el pago.

- **MODELO DE LIBRE MERCADO.** También denominado modelo liberal o de libre mercado, en el que las compañías de seguros privadas compiten entre sí en la oferta de condiciones de cobertura que pueden contratarse o no, libremente. Es el caso de Estados Unidos donde la mayoría del gasto sanitario es privado. La financiación pública se destina mayoritariamente a cubrir las necesidades de salud de los pobres y de las personas mayores sin recursos. El resto de la población cuenta, en general, con seguros privados, habitualmente obtenidos a través de las empresas en las que trabajan, las cuales reciben incentivos fiscales. Estados Unidos tiene también una parte considerable de población que carece de seguro médico, se calcula que más de 44 millones de personas están desprotegidas ante sucesos adversos de su estado de salud.

Existe en el ámbito político y académico, una notable preocupación por los estudios comparativos de los diferentes sistemas sanitarios. Los conceptos utilizados

Cuadro 1.7. CARACTERÍSTICAS DEL MODELO DE LIBRE MERCADO.

- Consideración de la salud como un bien de consumo, no necesariamente protegido por los poderes públicos.
- Reducida contribución estatal al mantenimiento de los servicios sanitarios y, limitada a grupos vulnerables o desfavorecidos, principalmente ancianos e indigentes.
- Coexistencia de redes de beneficencia y seguros voluntarios privados.
- Costes administrativos muy altos, alrededor del 12% del PIB.
- Problemas graves de equidad y accesibilidad.

no son siempre equiparables, lo que dificulta mucho las comparaciones: las prestaciones no suelen ser similares, los presupuestos pueden incluir diferentes epígrafes, las prestaciones en unos países pueden considerarse sanitarias y en otros sociales.

Sin embargo, la verdad última y universal probablemente no existe y, diferentes estudios sobre las consecuencias de estas políticas de reformas comienzan a poner en duda las bondades de la competencia, como motor central para el logro de la eficiencia y, sugieren al contrario, que la misma introduce un aumento de costos, crea nuevas ineficiencias e inequidades, si no solo aumentar las vistas y, además causa fragmentación. Lo que no debería sorprender, dado que la competencia en los casi-mercados sólo tiene sentido en un entorno de exceso de capacidad, que permita la opción de elegir proveedores y, por tanto, la competencia entre estos. Evidentemente el exceso de capacidad conlleva un incremento de costos, mientras que los efectos de mejora organizativa y de calidad que se buscan con la competencia controlada pueden tardar en aparecer, si es que lo hacen.

1.4. INFLUENCIA DEL ENTORNO EN EL DESARROLLO DE LA GESTIÓN DE LOS CENTROS SANITARIOS

En la última década del siglo XX, el sistema sanitario público español vivió una transición histórica, que abrió vías a nuevas formas de organización. En la raíz de esta transformación se encuentran tres fenómenos de crecimiento entrelazados: una revolución tecnológica centrada en las tecnologías de la información, la formación de una economía global que constituye la unidad de acción cotidiana de los agentes económicos en tiempo real y, la flexibilidad de los procesos y las organizaciones para responder a aquel marco organizativo y tecnológico. El conjunto de estas transformaciones está afectando profundamente al estado del bienestar construido en el siglo XX por las principales economías adelantadas y que está siendo sometido a un severo proceso de cambios y reestructuración, en estos inicios del siglo XXI.

La crisis del estado de bienestar es, en buena medida, la crisis de las formas tradicionales de gestión pública. En tanto, se asume el papel activo del sector público en la cohesión social y la articulación colectiva de la solidaridad, aquel necesita introducir cambios a gran escala en su concepción y diseño. Se estima que más de un tercio de la población estadounidense padece al menos una enfermedad crónica. De ellos, la mitad sufren más de una condición de forma simultánea. El 88% de los mayores de 65 años tienen una o más patologías crónicas y una cuarta parte de los mismos tienen cuatro o más condiciones crónicas. En términos de gasto sanitario, las enfermedades crónicas suponen el 75% del mismo. En la actualidad el sistema de salud está organizado como si no existiera la realidad de lo crónico. Sin embargo, el 80% de las consultas a atención primaria son sobre enfermedades crónicas y representan el 60% de los ingresos hospitalarios. Por definición, las enfermedades crónicas no se curan, sin embargo, sí se cuidan. Y si se gestionan eficazmente la vida de muchos pacientes puede y debe ser prácticamente normal. Aunque la realidad es otra, el sistema sanitario actual cura pero no cuida. Está demasiado fragmentado para cuidar eficazmente.

El gasto público y el gasto social del estado español (como porcentaje del PIB) han ido disminuyendo en los últimos seis años, justificándose este descenso como necesario para competir en la economía globalizada e integradora en la Unión Europea. Un estado de bienestar potente constituirá una mejor garantía de crecimiento de la productividad y del desarrollo humano, si consigue compasar el aumento en los consumos públicos y privados, con las mejoras en la productividad. Si se compensan adecuadamente, las consideraciones de equidad y las de eficiencia. Y, si la vertiente sanitaria del estado del bienestar, otorga prioridad a las intervenciones sanitarias efectivas, prestando atención al impacto de las mismas tanto en la salud de la población, como en el crecimiento económico.

Se han descrito un gran número de factores externos e internos, que promueven el cambio en los sistemas sanitarios públicos y, en las instituciones proveedoras de servicios de salud, estos factores se pueden clasificar en ocho grandes grupos (véase Figura 1.3).



- **CAMBIOS EN EL MODELO ASISTENCIAL.** Orientación al cliente; gestión de procesos asistenciales; evaluación de los resultados globales; diagnósticos y tratamientos rápidos y no agresivos; evitar ingresos innecesarios; implantación de equipos asistenciales multidisciplinarios; disminución de la variabilidad clínica mediante la utilización de vías clínicas; especialización de los servicios clínicos; huir de errores; disminución de costes; implicación de los clínicos en la gestión económica de los recursos asistenciales (gestión clínica). Lo que comporta **POSICIONAMIENTO EN EL MERCADO SANITARIO**.

- **CAMBIOS ECONÓMICOS.** Por un lado los límites actuales al Estado del Bienestar, acrecentados por la crisis global y, el agotamiento de los métodos de control de costos en sanidad, conlleva a **INCERTIDUMBRE Y RIESGO**.

- **CAMBIOS DE USUARIOS A CLIENTES.** El incremento del nivel económico-social y cultural de los ciudadanos, provoca el incremento del derecho a estar informado y participación en la toma de decisiones; libre elección de centro y de médico; respeto a la intimidad; grado adecuado de comodidad; mantenimiento de la confidencialidad; celeridad en la dispensación del servicio. Lo que significa **CLIENTES EXIGENTES Y CONSUMIDORES DE SERVICIOS**.

- **CAMBIOS DEMOGRÁFICOS.** Disminución muy importante de la tasa de natalidad; envejecimiento con incremento de la cuarta y quinta edad (mayores de 75 y 85 años respectivamente); incremento de la esperanza de vida al nacer; aumento de la inmigración internacional y del turismo de la tercera edad. Lo que comporta **AUMENTO DE LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS**

- **CAMBIOS EPIDEMIOLÓGICOS.** Incremento de las enfermedades crónico-degenerativas debido al incremento del envejecimiento; aparición de enfermedades emergentes: síndromes de inmunodeficiencia y VIH; incremento enfermedades neuropsiquiátricas: depresiones, suicidios, toxicomanías, Alzheimer; reaparición de enfermedades infecciosas: tuberculosis. Lo que comporta **CAMBIOS EN LA DEMANDA DE SERVICIOS SANITARIOS**.

- **AVANCES TECNOLÓGICOS.** Aparición constante de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas; incremento de servicios ambulatorios, informatización general de los centros sanitarios; mayor flujo de información entre profesionales de los diferentes niveles asistenciales a partir de la telemedicina. Lo que significa **CAMBIOS EN LA OFERTA DE SERVICIOS SANITARIOS**.

- **CAMBIOS EN EL MODELO SANITARIO.** Definición de objetivos de salud, política de preocupación medioambiental, incentivación de los servicios ambulatorios, cambio del sistema de financiación del presupuesto a cápita; aparición de redes integradas de salud de diferentes proveedores; aparición de sistemas multihospitalarios y contratos de gestión en los centros adheridos. Lo que provoca un **NUEVO TIPO DE HOSPITAL**.

- **CAMBIOS EN EL MODELO PROFESIONAL.** Los profesionales asistenciales del siglo XXI y concretamente los médicos, como principales actores del sector sanitario, tendrán que adaptar rápidamente su práctica asistencial a los cambios que la sociedad les exige. Hasta llegar al convencimiento que las nuevas formas de gestión son adecuadas a sus intereses profesionales, comportará un periodo de **RESISTENCIA AL CAMBIO**.

Los profesionales del sistema sanitario, tanto aquellos dedicados a la asistencia como los gestores, se han manifestado al igual que la opinión pública, sobre la conveniencia de adecuar el funcionamiento del sistema hacia a otro más flexible y eficaz; más de acuerdo con una sociedad desarrollada, en la que la diversidad, la libertad de opciones y la atención a las preferencias individuales son valores en los que se ha de acomodar el sistema sanitario público, en mayor medida del que lo hace actualmente.

Los centros sanitarios deben mejorar la eficiencia de su gestión. No pueden seguir con incumplimientos de horarios, quirófanos funcionando cinco horas diarias, enorme variabilidad de las prácticas clínicas, débil gestión y administración de las plantillas, horas adicionales no justificables, absentismos elevados, sistemas retributivos perversos basados en guardias de todo tipo, gestión de compras y stocks insuficientemente integrados, desarrollo logístico escaso, duplicaciones y repetición de exploraciones, mala gestión de los tiempos de espera, condiciones estructurales y de equipamientos obsoletos, desprogramación repetida de visitas y de intervenciones quirúrgicas, burocratización y control administrativo que no añade ningún valor al acto asistencial. Los centros de salud deben contar con la tecnología adecuada y, con el número suficiente de profesionales, para poder ofrecer una atención digna y resolutive.

En la innovación, como en cualquier otro asunto, hace falta que haya talento, ingenio y conocimiento. Pero cuando todo está decidido, lo que requiere la innovación es trabajo duro, orientado y con sentido. Sí carecen la diligencia, la perseverancia y la entrega, talento, ingenio y conocimiento no sirven para nada. Las instituciones sanitarias tienen que desarrollar hábitos de flexibilidad, aprendizaje permanente y de aceptación del cambio como una oportunidad de mejora, tanto para las instituciones sanitarias como para las personas que trabajan, a fin y efecto de lograr la excelencia empresarial. Es interesante la propuesta proveniente del Consorcio Hospitalario de Cataluña, promoviendo la creación de un modelo de atención de ámbito local que integre la atención primaria, los servicios sociales, así como los programas de salud pública y promoción de la salud, lo que facilitaría la coordinación interniveles y la red de proveedores tendría incentivos para tratar el problema de salud en el lugar más coste-efectivo dentro del continuo asistencial.

La interacción de los ocho elementos que confluyen en los centros sanitarios, expuestos en la Figura 1.3, provoca la configuración de un nuevo tipo de organización sanitaria. Los nuevos centros sanitarios (véase Cuadro 1.8) tienen que ser más eficaces y eficientes, integrados en su entorno, más participativos y democráticos y, sobre todo más humanos, respetuosos con las voluntades de sus clientes. Es necesario, una clara e inequívoca voluntad política de impulsar el proceso de cambio y, también un cambio cultural caracterizado por la recuperación del máximo sentido vocacional de las profesiones sanitarias. Así como, de las mejores tradiciones del humanismo científico, que relativice las prestaciones tecnológicas en función de las necesidades de la población y de los resultados obtenidos.

De cara a la reestructuración de los sistemas sanitarios, las administraciones sanitarias deben promover la optimización de los servicios, para que sean más personalizados, incentivando la competitividad de los agentes, en un marco global de cooperación. Las aseguradoras (públicas y privadas) deberán gestionar de una forma más estrecha sus relaciones con sus clientes, ser más eficaces en sus operaciones, ofre-

cer mejor información y un servicio más personalizado al consumidor. Los proveedores de asistencia sanitaria tendrán que optimizar sus propios procesos e integrarse dentro de redes más amplias de provisión. Los suministradores se verán obligados a potenciar sus marcas y mantener relaciones mucho más estrechas con sus clientes. Y, por último, aparecerán en escena nuevos actores, como empresas de servicios financieros, operadores de telecomunicaciones, compañías de energía o empresas de Internet, que entrarán a formar parte del sistema sanitario como intermediarios, entre clientes y profesionales aportando nuevas ideas y prácticas a la gestión de la sanidad.

Cuadro 1.8. CAMBIOS EN LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS DEL SIGLO XXI

PRESENTE	FUTURO
<ul style="list-style-type: none"> - Gestionar una organización sanitaria. - Basada en necesidades profesionales. - Tratar enfermedades. - Frialdad clínica. - Centro de salud poco resolutivo. - Pacientes internos cautivos y poco informados. - Hospital cerrado. - Hospital de agudos. - Llenar camas. - Organización jerárquica. - Objetivos funcionales. - Control de calidad. - Calidad técnica. - Funcionamiento administrativamente eficaz. 	<ul style="list-style-type: none"> - Gestionar una red asistencial. - Basada en necesidades de la población. - Promocionar estilos de vida saludables. - Ambiente cordial y confortable. - Centro de salud alta resolución. - Cliente con capacidad de elección, exigente y participe en la toma de decisiones. - Hospital abierto y coordinado con la comunidad. - Redes integradas de salud de base territorial. - Asistencia en el nivel adecuado. - Gestión clínica descentralizada. - Objetivos por procesos. - Mejora permanente de procesos. - Calidad técnica y de servicio. - Gestión de la Excelencia.
<p><i>Fuente: Adaptado de Shortell SM, Kaluzny AD (1994)</i></p>	

1.5. GESTIÓN ESTRATÉGICA DE LA SANIDAD

Gestionar supone coordinar y motivar a las personas de una organización, para conseguir las finalidades de ésta. En Sanidad, siguiendo a Vicente Ortún pueden distinguirse tres tipos de gestión. La gestión sanitaria macro, o política sanitaria, la gestión sanitaria meso, o gestión de centros y, la gestión sanitaria micro, o gestión clínica.

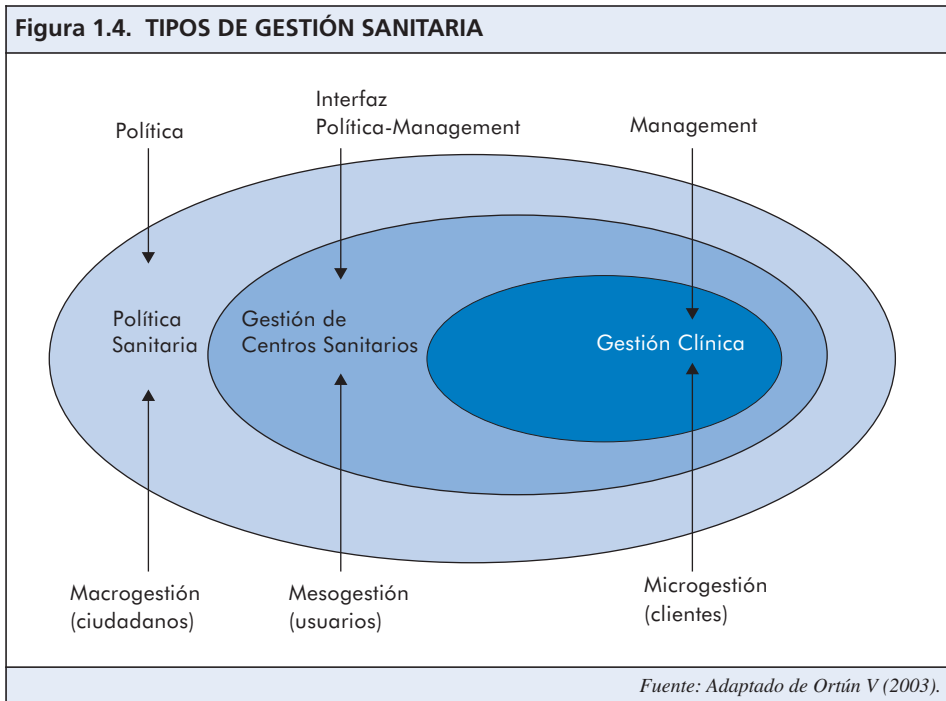
- **Macrogestión sanitaria, o política sanitaria.** Consiste en la intervención del Estado para aumentar la equidad y corregir disfunciones del mercado. Lo que significa abordar las externalidades, regular los monopolios y, corregir la información imperfecta. Siempre teniendo en cuenta, que dichas imperfecciones quedan afectadas por el cambio tecnológico.

La política sanitaria tiene como objetivo el de mejorar el estado de salud de la población y, garantizar la satisfacción de los ciudadanos-votantes con los servicios sanitarios. Empleando para ello, unos recursos comparables a los de los

países de referencia geográfica y económica. Las disciplinas de salud pública, articuladas por el método epidemiológico, constituyen el soporte disciplinar de la macrogestión sanitaria.

- **Mesogestión sanitaria o gestión de centros.** Se realiza a través de la coordinación y motivación de los integrantes de un centro de salud, un hospital, una aseguradora, un mayorista farmacéutico, etc., en un entorno muy regulado. La gestión de centros tiene su apoyo disciplinar en las ciencias de la gestión.
- **Microgestión sanitaria o gestión clínica.** Parte de la constatación de que los profesionales sanitarios (clínicos fundamentalmente) en sus decisiones diagnósticas y terapéuticas, asignan el 70% de los recursos sanitarios, en condiciones de incertidumbre, lo que supone coordinar recursos y motivar personas. La gestión clínica (véase capítulo 7 pretende restaurar los niveles de salud de las pacientes, en la medida de lo posible, mediante acciones que conciernen a pacientes individuales o grupos de pacientes (agrupados por una patología o procedimiento comunes, por la unidad de asistencia, etc.). La disciplina fundamental de la gestión clínica es la Medicina.

Los tres ámbitos de la gestión sanitaria (Figura 1.4) están estrechamente relacionados entre sí. La gestión macro condiciona a la micro por la regulación de la oferta (en el caso de Europa) o por el mercado (en el caso de EEUU). La gestión macro condiciona la meso, según lo que se decide comprar o presupuestar. La gestión micro influye la macro, por el 70% de los recursos que asigna. Y finalmente, la gestión meso



influencia la macro, a través de asociaciones patronales, corporaciones profesionales, grupos de interés y asociaciones, con preferencias ideológicas muy intensas.

En el sector público sanitario la gestión se complica, respecto al sector empresarial. Debido a la mayor dificultad para medir rendimientos, el constante control jurisdiccional, una multiplicidad de objetivos, una visibilidad y transparencia de la actuación pública más elevada, que la de la actividad privada. En la gestión privada existe un juez irrecusable, pero insuficiente: la cuenta de resultados. La gestión pública tiene muchos jueces, pero ninguno si falla la democracia y se impone la opacidad.

Las peculiaridades más importantes de la gestión sanitaria se manifiestan como expresiones de ciertas limitaciones de la gestión pública, que suele ser, en bastantes ocasiones, la respuesta social más conveniente a las características de la salud y los servicios sanitarios. Estas peculiaridades quedan reflejadas en una realidad institucional de una financiación pública establecida, con el objetivo que los servicios sanitarios se presten según necesidad, para conseguir unos niveles de salud y satisfacción, que sin los mismos, no se hubieran obtenido. Además de corregir los fallos del mercado: información asimétrica, incertidumbre y, externalidades. Y, mejorar la equidad social en relación a la alternativa de no intervención del Estado.

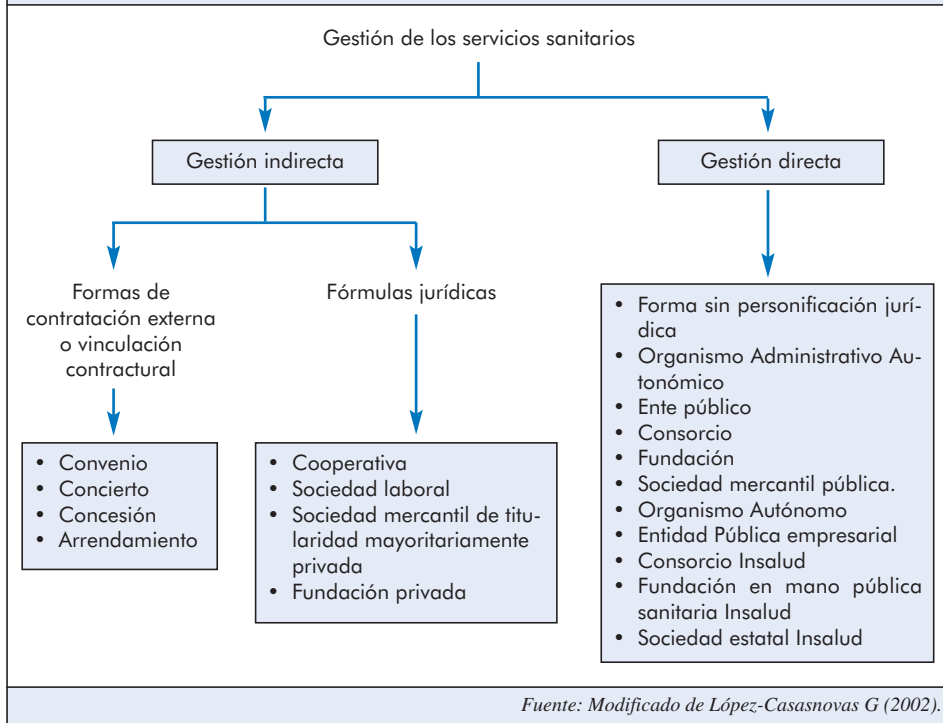
En la profesión de la gestión sanitaria, a diferencia de otras profesiones, no están suficientemente clarificados los conocimientos, habilidades y actitudes, que la configuran. Entre los médicos, cuando deben operarse, existe de hecho consenso, sobre cuál debe ser el cirujano que lo haga. En cambio, no está claro cuál es el mejor gestor sanitario. Conocimientos, habilidades y actitudes deseables en la gestión sanitaria, son difíciles de definir y tipificar. Puesto que, se responde con frecuencia ante el poder político que nombra al gestor. Y a las dimensiones que interesan coyunturalmente, al que nombra, principalmente, paz social, imagen en los medios de comunicación y, contención del gasto. La gestión sanitaria pública en España es, en realidad y en la mayoría de los casos, una mera administración burocrática y, el gestor público un experto en el laberinto normativo y procedimental. En un diagnóstico realizado por el catedrático Joan Subirats, destaca tres grandes problemas funcionales. Primero, la falta de responsabilidad de los gestores públicos, al ser éstos, meros ejecutores de procedimientos administrativos. Segundo, la insuficiente autonomía de gestión, con cruces y solapamientos de funciones y competencias. Y tercero, la multiplicidad de controles previos de carácter formal, que impiden la flexibilidad necesaria para realizar, una adecuada gestión de los recursos del sistema.

1.6. NUEVAS FÓRMULAS DE GESTIÓN PÚBLICA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL

En la Figura 1.5 se recogen los distintos tipos de gestión directa e indirecta existentes en la actualidad en el ordenamiento jurídico español para el ámbito del SNS.

La gestión directa implica la producción del servicio público directamente por la Administración pública, aunque sea con persona jurídica interpuesta. Por el contrario, la gestión indirecta se caracteriza porque la producción del servicio público la realiza el sector privado (lucrativo o no), manteniendo la Administración pública la provi-

Figura 1.5. FORMAS DE GESTIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS



sión del sector público, mediante alguno de los tipos de contratación externa establecidos en el Texto Refundido de la Ley de Contratos de las Administraciones Pública (TRLCAP), o en la Ley General de Sanidad (LGS).

Referente a la gestión indirecta (contratación externa) de servicios sanitarios públicos en España, la culminación reciente del proceso de transferencias sanitarias a las CCAA ha dejado un panorama muy diferente de concertación de servicios sanitarios en los Servicios Autonómicos de Salud. Destaca Cataluña que, siguiendo una larga tradición de concertación, destinó en el año 2002 un 39% del presupuesto sanitario público a dotaciones para conciertos, de los que un 84% corresponde a atención especializada, y un 16% a atención primaria, que se destina a equipos de atención primaria, prestaciones complementarias, como rehabilitación, transporte sanitario y oxigenoterapia y pruebas de laboratorio y diagnósticas (TAC, RNM), servicios externalizados por el CatSalut. El resto de CCAA presenta un grado prácticamente residual de concertación. Por ejemplo en Navarra representa el 5,5% del presupuesto sanitario público. En general, salvo en Cataluña, la concertación se reduce a servicios complementarios como los mencionados.

A los anteriores habría que añadir la concertación que desde los centros públicos se realiza con entidades privadas para servicios como lavandería, limpieza, seguridad, mantenimiento o catering. Sobre este último tipo de contrataciones sí existe una experiencia consolidada en nuestro país, y durante los últimos años ha experimentado importantes cambios en las tecnologías de contratación, unidos a un pro-

ceso generalizado de contratación externa de dichos servicios frente a la alternativa de producción propia. Un estudio que analiza la contratación externa en los servicios generales (limpieza, lavandería, alimentación y seguridad, y mantenimiento) de los hospitales españoles, muestra que más del 50% contratan al menos uno de los servicios, destacando el de limpieza, mientras que los servicios de lavandería y los de alimentación presentan un elevado grado de integración vertical. La dimensión del hospital (economías de escala) es una variable explicativa importante de estos comportamientos. La especialización y el carácter lucrativo favorecen la contratación externa.

La contratación externa en España puede realizarse con distintas técnicas jurídicas, siendo las fundamentales a) concierto regulado por el artículo 157 de la TRLCAP, con cuatro modalidades: concesión, gestión interesada, concierto con persona natural o jurídica y sociedad de economía mixta; b) concierto para la prestación de servicios sanitarios sobre la base de lo fijado en la LGS; c) convenio singular previsto en el artículo 67 de la LGS (convenio singular de vinculación).

El concierto sanitario es un contrato administrativo mediante el que se realiza la prestación de servicios empleando medios ajenos a los de la Administración de la organización. No se produce una publicación de la organización y del funcionamiento

Cuadro 1.9. RESUMEN NUEVAS FORMAS DE GESTIÓN DEL SNS

	FUNDACIONES LEY 30/1994	CONSORCIOS	SOCIEDADES ESTATALES	FUNDACIONES PÚBLICAS SANITARIAS
<i>Definición</i>	Organizaciones sanitarias sin ánimo de lucro, constituidas por los SRS, que destinen y afecten un patrimonio a la realización de fines sanitarios de interés general	Organizaciones comunes que se constituyen a consecuencia de los convenios que los SRS suscriban con otras administraciones o instituciones	Sociedades en cuyo capital sea mayoritaria o única la participación del SRS	Organismos públicos adscritos a los SRS (entidades públicas empresariales adaptada a las peculiaridades de los centros sanitarios, a fin de preservar el régimen estatutario)
<i>Régimen Contractual</i>	Derecho Civil y Mercantil	Derecho Administrativo	Derecho Civil y Mercantil	Derecho Administrativo
<i>Órganos de Gobierno</i>	Patronato	Consejo de Gobierno	Consejo de Administración	Consejo de Gobierno
<i>Régimen de Personal</i>	Laboral. Principios de igualdad, publicidad, mérito y capacidad	Según convenios de constitución (funcionarios, estatutarios o laborales). Principios de igualdad, publicidad, mérito y capacidad	Laboral. Principios de igualdad, publicidad, mérito y capacidad	Estatutario. Principios de igualdad, publicidad, mérito y capacidad
<i>Control económico</i>	Auditoría	Auditoría	Auditoría	Auditoría

del centro privado concertado, solo que la Administración se reserva la facultad de inspeccionar el cumplimiento de las condiciones de prestación pactadas. Por otra parte, a través de convenio singular vinculado se consigue someter al hospital privado al mismo régimen sanitario, administrativo y económico de los hospitales públicos, excepto en los aspectos relacionados con la titularidad del centro y la relación laboral con el personal.

• CONCESIÓN ADMINISTRATIVA

Uno de los proyectos que han creado mayor controversia, tanto en el ámbito político como social, es la adjudicación, en el año 1999, en régimen de **Concesión Administrativa (modelo Public Private Partnership PPP)** de la asistencia sanitaria especializada del Servicio Valenciano de Salud para la comarca de La Ribera (el llamado modelo Alzira) a una Unión Temporal de Empresas (la aseguradora privada Adeslas más un grupo de Cajas de Ahorro y empresas constructoras). El modelo de financiación se basa en el criterio por cápita (450 euros / año por persona, que se actualiza anualmente en función del IPC). En el año 2003 se consolida la integración de la atención primaria. Pasando la empresa concesionaria a gestionar la atención sanitaria pública integral de 235.000 personas en los 29 municipios del Departamento 10 de la Comunidad Valenciana. La duración del contrato es de 10 años prorrogables por otros cinco. Una de las características idiosincrásicas de este modelo de gestión indirecta de servicios públicos es la inclusión de la construcción y equipamiento del hospital a cargo del adjudicatario, en este caso la Unión Temporal de Empresas. Esta experiencia ha continuado en el Departamento 22 de Torreveja y, actualmente está en marcha en el Departamento 12 de Denia (DKV seguros). El modelo ofrece a la administración la ventaja de conseguir unos servicios públicos de calidad sin la necesidad de aportar inversiones iniciales y a un coste menor y planificado.

La consolidación del modelo de Concesión Administrativa con la extensión de la gestión al Área de Salud, evita la competencia entre niveles, la duplicidad de consultas y pruebas, el uso inadecuado e iatrogénico de la tecnología y, por otra parte, mejorará la continuidad de los cuidados, potenciará la promoción de la salud y, facilita una mayor eficiencia en la gestión. También se espera que esta integración entre niveles mejore la calidad percibida por el ciudadano, que desconoce el modelo de gestión. Ya que está más preocupado por cómo se gestiona que por quien gestiona. Las prestaciones incluidas son atención primaria y especializada, unidades de conducta adictiva y planificación familiar, quedan excluidos la oxigenoterapia, las prótesis y el transporte sanitario. La experiencia de Alzira parece rentable para sus promotores, puesto que en el año 2005 obtuvieron 1,8 millones de euros de beneficios.

• INICIATIVA DE INVERSIÓN PRIVADA

Otra fórmula de la nueva gestión de servicios sanitarios es la utilizada desde el año 2004 por el gobierno de la Comunidad de Madrid. Ésta se basa en un Contrato de

concesión de obra pública, fundamentada en el marco jurídico de la Ley de Concesiones, del año 2003. Es una estructura concesional similar al modelo conocido como **Iniciativa de Inversión Privada (modelo Private Finance Initiative PFI)**, característico del Reino Unido. Esta fórmula ha permitido la construcción de 7 nuevos hospitales en la Comunidad y uno más como concesión administrativa (Valdemoro). La empresa adjudicataria construye el edificio y provee el mobiliario general y clínico, necesarios para la prestación del conjunto de actividades definido en el Plan Funcional. La duración del contrato es de 30 años, desde la fecha de su formalización. Existe una Cláusula de Reversión al final de la concesión, tanto de la obra pública, como, de las zonas complementarias y anexas, así como de los bienes e instalaciones, siempre en perfecto estado de conservación y sin derecho a contraprestación económica alguna.

El coste de la infraestructura se difiere a lo largo del período de utilización de la misma y el pago por uso del activo. La explotación y mantenimiento de la obra mediante la prestación de los servicios residenciales y complementarios no asistenciales. También obtiene la explotación de las zonas complementarias y espacios comerciales autorizados, véase Cuadro 1.10. Adicionalmente, se ha diseñado un mecanismo para incentivar la eficiencia energética (consumo de suministros: agua, gas, electricidad) por parte de la Sociedad Concesionaria.

El sistema de retribución se basa en pagos anuales a la sociedad concesionaria por parte de la Administración, por el uso del activo y obtención de los servicios no sanitarios complementarios y necesarios, derivados de la utilización de la infraestructura.

Cuadro 1.10. ELEMENTOS DE LOS CONTRATOS PFI DE LA CCAA DE MADRID

Elementos excluidos del perímetro concesional

- Prestación de servicios médicos sanitarios y actividades de diagnóstico.
- Provisión y mantenimiento del equipamiento clínico y de alta tecnología.
- Provisión y mantenimiento de las tecnologías de la información.
- Cierta mobiliario general y clínico cuyas características están directamente determinadas por la tipología del equipamiento clínico.

Relación de servicios residenciales (no sanitarios a prestar por la Sociedad Concesionaria

- Mantenimiento integral del edificio.
- Gestión de residuos urbanos y sanitarios.
- Servicio integral de Seguridad.
- Servicio integral de Lavandería.
- Transporte externo e interno y gestión auxiliar.
- Servicio de Desinfección y Desratización.
- Gestión del Archivo de Documentación Clínica y Administrativa.
- Servicio de Gestión de Personal Administrativo de Recepción, información y centralita telefónica.
- Conservación de viales y jardines.
- Servicio de Limpieza.
- Servicio Integral de esterilización.
- Gestión de almacenes y distribución.
- Gestión de restauración.

Cuadro 1.10. ELEMENTOS DE LOS CONTRATOS PFI DE LA CCAA DE MADRID (Cont.)

Explotación de zonas complementarias y espacios comerciales

- Aparcamiento.
- Cafetería y comedor.
- Teléfonos y televisores en las habitaciones.
- Cabinas telefónicas.
- Locales usos comerciales diversos: sucursal bancaria, peluquería, prensa, floristería, etc.

El pago no está garantizado, pues está vinculado a la prestación óptima de los servicios, según los ratios de efectividad predeterminados y la intensidad de uso. El fraccionamiento del pago es mensual, con una parte fija no superior al 40% (no expuesta a deducciones) y, una de variable mínima del 60%.

Esta fórmula se justifica por la estabilidad y eficiencia presupuestaria de la CCAA, así como por, la transmisión de riesgos al sector privado y no consolidación de deuda, dentro del balance de la Administración. Representa también, una mejora en el rendimiento de los recursos públicos, mediante la eficiencia que supone el aprovechamiento de la experiencia del sector privado en el desarrollo y gestión de infraestructuras y servicios. Otro elemento a considerar es la aceleración de la dotación de nuevas infraestructuras hospitalarias y una mayor equidad intergeneracional.

Las Iniciativas de Financiación Privadas, forman parte de un sistema en el que la Administración se inhibe en proyectos de gran importancia para el sector público, tales como hospitales, escuelas, vías de transporte, etc., invitando a las empresas privadas a concursar no sólo para la construcción de los edificios, sino también para su mantenimiento y la provisión de servicios auxiliares durante el periodo que dure el contrato, que normalmente se extiende 30 años o en algunos casos incluso más tiempo. Los propietarios durante este periodo son un consorcio de empresas financieras, de la construcción, servicios, etc. Su papel se describe como diseño, construcción, finanzas y funcionamiento. El diseño lo decide la empresa en términos generales, con la sencilla condición de una inspección de puesta en funcionamiento, en este caso por parte de los Servicios Autonómicos de Salud, que necesita un nuevo hospital o un centro de salud.

• Argumentos a favor de la PFI:

- ✓ Esta fórmula debería garantizar la entrega de la obra en el tiempo estipulado, ya que el contratista no cobra hasta que no lo haga.
- ✓ Evita las desviaciones en el presupuesto de construcción y equipamiento de los centros, ya que el presupuesto de la obra es cerrado y figura en el contrato.
- ✓ El sector privado tiene más habilidad en la dirección de proyectos, es más innovador y especializado.

• Argumentos en contra:

- ✓ Los costes de estos hospitales en Gran Bretaña han sido hasta 4 veces más elevados que el modelo tradicional, como consecuencia de que el sector privado recibe el dinero prestado a un precio mayor que el sector

público (entre el 11,2 y el 18,5% para el sector privado frente al 3-3,5% de interés anual del público), debe repartir dividendos a los accionistas (15-25%), o los costes administrativos necesarios para la negociación de los contratos y la consultoría son muy elevados (7 veces superiores a los tradicionales). Si la empresa privada quebrara, los ciudadanos del área podrían quedar sin servicios hospitalarios.

- ✓ La capacidad presupuestaria y de inversión sanitaria de los gobiernos queda comprometida e hipotecada durante muchos años.
- ✓ Los contratistas privados incrementan sus ganancias renegociando la financiación de los proyectos con las autoridades sanitarias (los primeros 14 hospitales PFI británicos incrementaron sus costes en un 72%).

- **La PFI en España: Concesiones de Obra.** Actualmente hay planes para su desarrollo en Castilla-León, Murcia, Cataluña, Baleares y Madrid; aunque respondiendo a una filosofía similar, los proyectos presentan algunas diferencias entre ellos:

Siete nuevos hospitales de Madrid: Diseño y construcción, gestión de servicios no sanitarios, dotación y reposición de mobiliario y equipamiento básico. El gasto energético a cargo de la Comunidad de Madrid y las penalizaciones por fallos en el servicio pueden llegar al 100% del canon. Excluye la alta tecnología, el equipamiento médico normal y los sistemas de informatización. Entre los servicios no sanitarios que deberán ser prestados por la empresa adjudicataria están: mantenimiento integral del edificio, gestión de residuos, seguridad, lavandería, transporte exterior e interior, desinfectación y desratización, gestión del archivo de documentación clínica y administrativa, gestión del personal no sanitario, conservación viales y jardines, limpieza, esterilización, almacenes y distribución y restauración.

En la **Comunidad de Murcia** se ha aprobado una nueva modalidad de PFI que consiste en un convenio marco de colaboración entre la Comunidad Autónoma y la Empresa Pública Regional Gestora de Infraestructuras Sanitarias de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, Sociedad Anónima, GISCARMSA. Las características del convenio son similares a los firmados con las empresas constructoras privadas, aunque tiene la ventaja de que las enormes y prolongadas ganancias quedan en el sector público.

• ASOCIACIONES DE PROFESIONALES

La experimentación con grupos de médicos de cabecera detentadores de presupuestos (como un cierto estilo británico pero muy atenuado), daría entrada a dos grupos de compradores: las agencias públicas y las asociaciones profesionales de médicos de cabecera. Estas asociaciones se desarrollan en Cataluña, como «*entidad de base asociativa (EBA)*», al amparo del proceso de reforma de la atención primaria. La modificación efectuada en el año 1995 de la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña de 1990, permite que asociaciones de profesionales sanitarios actúen como proveedores que contratan con el CatSalut (Servicio Catalán de Salud).

Las asociaciones de profesionales podrían contratar con los Servicios de Salud, la atención primaria a un sector de la población, lo que puede implicar gestión no tan sólo de los recursos humanos y materiales de la atención primaria, sino también de la analítica, la radiología y la prescripción farmacéutica e, incluso, de la atención especializada programable. La experiencia del modelo se inició en Vic (Barcelona), en octubre de 1997. Actualmente existen 11 EBA's agrupadas en la Asociación Catalana de Entidades de base asociativa., que tienen contratado con el CatSalut, 12 zonas básicas de salud (ZBS), 8 de las cuáles están en el ámbito urbano de Barcelona y, las 4 restantes en el ámbito rural o semirural de las provincias de Barcelona, Tarragona y Girona. En total cubren una población adscrita de 197.000 habitantes, que representa aproximadamente un 3% de la población catalana. En Cataluña existen 352 ZBS en funcionamiento, el 78,4% de las mismas son gestionadas por el Instituto Catalán de la Salud, proveedor de titularidad pública, y el resto son gestionadas por consorcios de titularidad pública. En 2009 la Comunidad de Madrid espera extender paulatinamente este modelo, en función de sus posibilidades presupuestarias, a 50 equipos de salud.

Las EBA han de tener una entidad jurídica propia, mediante una de las siguientes fórmulas: sociedad anónima, sociedad limitada, sociedad laboral, sociedad laboral de responsabilidad limitada o, cooperativa. Este tipo de asociaciones pretende introducir los mecanismos de gestión propios de las entidades privadas y conseguir más flexibilidad en la utilización de los recursos, puestos a su disposición, para dar el servicio de atención sanitaria de forma más eficiente. Estas entidades se constituyen total o mayoritariamente por profesionales sanitarios que crean una sociedad a partir de un mínimo de un 51% de capital social (las personas jurídicas que participen dentro del 49% restante han de tener como objeto social la gestión o la prestación de servicios sanitarios), es decir, parte del personal se incorpora al accionariado y pasan a ser socios y profesionales del centro, en lugar de empleados del sistema público. Ninguno de estos socios profesionales puede tener una participación superior al 25%. Por su parte, la Administración sanitaria cede el centro de salud y el equipamiento, y asigna una población con un presupuesto.

Este sistema es de financiación pública y provisión privada. El CatSalut, mediante el contrato, identifica la población a la que da cobertura, define las prestaciones, la calidad de las mismas y, garantiza la equidad, independientemente de la naturaleza del proveedor. Se han definido tres indicaciones para la implementación de estas asociaciones:

- ✓ Tamaño de grupo pequeño. Que permita tanto un proceso democrático y, no costoso de decisión, como, un control mutuo de la actividad de cada socio.
- ✓ Reducción del conflicto entre discrecionalidad profesional y discrecionalidad gestora. Puesto que en el ejercicio por cuenta ajena estas dos discrecionalidades se limitan mutuamente. Pero en el ejercicio por cuenta propia, como es el caso de las EBA, se reducen a una, lo que implica responsabilidad sobre las consecuencias económicas de las decisiones clínicas.
- ✓ Mayor control sobre el propio ejercicio. Puede motivar y estimular la cooperación, en la medida en que se participa en los resultados y, se corren riesgos.

Por su parte Vicente Ortún ha identificado siete cautelas ante la puesta en marcha de estas asociaciones de profesionales:

- ✓ Peligro de selección adversa. El ciudadano tiene una razonable información para elegir médico de cabecera y, este médico tiene mayor información sobre el usuario, que cualquier agencia compradora. Dos alternativas son, la restricción de la capacidad de elección del ciudadano, o bien, hacer que la EBA escogida por cada usuario, reciba del financiador de la asistencia, una cantidad anual ajustada por riesgo (como es el caso de Holanda).
- ✓ Tamaño insuficiente para compensar riesgos. Se puede delimitar la cartera de servicios, excluyendo ciertas coberturas o, estableciendo de un techo anual de gasto sanitario por persona cubierta (como en el caso de la Gran Bretaña: *stop loss provision*).
- ✓ Pérdida de equidad si los pacientes afiliados con las EBA, resultaran mejor tratados. Deben vigilarse los presupuestos anuales pactados.
- ✓ Costos de administración y gestión que anule las mejoras de eficiencia. Estos costes deben pactarse y ser objeto de seguimiento.
- ✓ Densidad poblacional que permita comparaciones. Las bajas densidades poblacionales pueden impedir la elección del usuario y, la comparación entre proveedores. Ahora bien, allí donde la densidad lo permita, las reglas de juego deben ser claras y compartidas por todos: incompatibilidad, prohibido trabajar para una EBA y para su competencia.
- ✓ Garantía al usuario de que las motivaciones de lucro no interfieren en las decisiones clínicas. El interés comercial puede aparecer tanto en la propia práctica, como en las instituciones a las que se remita al paciente, para diagnósticos y/o tratamientos (es el caso de las dicotomías). Se deben definir los resultados económicos (para el equipo pero no como dividendos) y profesionales (satisfacción de los pacientes, mayor capacidad de resolución, entre otros).
- ✓ Corporativismo. Se debe vigilar que bajo la invocación de autonomía profesional, no se pretenda enmascarar viejas y caducas aspiraciones de la medicina liberal, pero sin los riesgos que su libre ejercicio puede comportar.

En cualquier caso, la responsabilidad más importante recae sobre los profesionales. Ellos pueden ser los principales agentes de cambio, siguiendo la estela de países que han roto con el círculo vicioso de una atención primaria mediocre, como es el caso de Dinamarca, Holanda y el Reino Unido. Sería conveniente, por tanto, detectar profesionales preparados y dispuestos para asumir dicho reto y, que las autoridades sanitarias pudieran compensar una mayor responsabilidad y dedicación de los profesionales.

En opinión de Olga Pané, lo que legitima y refuerza los servicios públicos, no es en ningún caso la naturaleza de la propiedad del proveedor, sino la capacidad de dar servicios de calidad al ciudadano (financiador efectivo del sistema de salud) que a menudo no siente que le traten como el verdadero propietario de los mismos, y que agradecería cualquier forma de provisión de servicios donde le traten como tal.

A pesar de las serias limitaciones metodológicas, entre las que destacan los criterios de agregación de las entidades proveedoras en Cataluña, el intento más serio de evaluación de los proveedores de primaria, hasta la fecha, se realizó por la Fundación Abedis Donabedian en el año 2002. Este trabajo despertó un gran interés en el sector. A su vez, también avivó los intereses de muchos y como consecuencia de

ello tuvo múltiples presiones para que se consensuara con los diversos agentes interesados los indicadores, metodología etc. El resultado se presentó en un documento sin conclusiones y de muy poca difusión. En este estudio se comparaban los resultados del Instituto Catalán de la Salud (ICS), las entidades no ICS y finalmente las EBA. El estudio se realizó sobre una muestra de equipos, excepto en el caso de las EBA donde se incluyó la totalidad de aquel momento.

Se midieron 101 dimensiones de la atención: 34 sobre accesibilidad, 24 sobre práctica clínica, 7 sobre continuidad de la atención, 7 sobre eficiencia, 2 sobre atención comunitaria, 12 indicadores estructurales y 15 sobre indicadores de actividad. Con semejante cantidad de indicadores había obviamente una diversidad de resultados que cada cual podía interpretar como positivos para su modelo. Las dimensiones que medían eficiencia daban, en términos generales, un resultado favorable a las EBA, las de clima laboral eran más favorables a los «otros no ICS», mientras que las de coordinación con la atención especializada no reflejaba unos esperados resultados favorables para las entidades no ICS y no EBA que en su gran mayoría son entidades que gestionan conjuntamente hospital y primaria.

1.7. BIBLIOGRAFÍA

- AGUSTÍ E, CASAS C, BROSA F, ARGIMON JM. Aplicación de un sistema de pago basado en la población en Cataluña. En: IBERN P. integración asistencial: fundamentos, experiencias y vías de avance. Barcelona: editorial Masson S.A.; 2006.
- BELENES R. Innovaciones en la gestión. Nueva cultura empresarial en los servicios sanitarios. En: CUERVO JI, VARELA J, BELENES R. Gestión de hospitales. Nuevos instrumentos y tendencias. Barcelona: ediciones Vicens Vives, S.A.; 1994.
- BENGOA R. Curar y cuidar. En: BENGOA R, NUÑO R. Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Barcelona: Elsevier España; 2008.
- BENGOA R, ECHEBARRÍA K, FERNÁNDEZ JM, VIA JM, CAMPRUBÍ J. Sanidad. La reforma posible. Arazuri: Bega Comunicación; 1997.
- BOHIGAS L. Las tres empresas hospitalarias. *Todo Hospital*. 1987; 34:67-69.
- BONFILL X. Como debiera ser el hospital ideal. *Med Clin (Barc)*. 1993; 100 Supl 1: 9-11.
- BORRELL C, FERNÁNDEZ E, SCHIAFFINO A, BENACH J, RAJMIL L, VILLALBÍ JR, SEGURA A. Social class inequalities in the use of and access to health services in Catalonia, Spain: what is the influence of supplemental private health insurance? *International Journal for Quality in Health Care*. 2001; 13(2): 117-25.
- CABASÉS JM. Asistencia sanitaria pública y privada concertada en España. En: LÓPEZ-CASASNOVAS G. El interfaz público-privado en Sanidad. Barcelona: Masson, S.A.; 2003.
- CAMINAL J, MARTÍN A, GRUPO ACUERDO BELLATERRA. Sobre la contribución de la atención primaria a la capacidad resolutoria del sistema de salud y su medición. *Aten Primaria*. 2005; 36(8): 456-61.
- CARAMÉS J, PÉREZ J, DE PRADO JA. Nuevos modelos de gestión hospitalaria: encuesta a los gerentes de grandes centros hospitalarios. *Gestión Hospitalaria*. 2004; 15(2): 47-56.

- CASTELLS A, BOSCH N. El futuro del Estado del bienestar: algunas líneas de reflexión. En: E CASTELLS A, BOSCH N (Directores). El futuro del Estado del Bienestar. Madrid: Editorial Civitas; 1998.
- CUERVO JI. La organización de los recursos asistenciales. En: CUERVO JI, VARELA J, BELLÉN R. Gestión de Hospitales. Nuevos instrumentos y tendencias. Barcelona: Ediciones Vicens Vives; 1994.
- DAHLGREN G, WHITEHEAD M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute of Futures Studies; 1991.
- DE VAL-PARDO I, CORELLA JM. Dirección y gestión hospitalaria de vanguardia. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A.; 2005.
- DEL LLANO J, POLANCO C, GARCÍA S. ¿Todo para todos y gratis? El establecimiento de prioridades en el Sistema Nacional de Salud español. Madrid, Fundación Gaspar Casal; 2004.
- DEL LLANO JE, MARTINEZ-CANTARERO JF, GOL J, RALGADA F. Análisis cualitativo de las innovaciones organizativas en hospitales públicos españoles. Gac Sanit. 2002; 16(5): 408-16.
- DEVER GE. An epidemiological model for health policy analysis. Soc Ind Res. 1976; 2: 453-66.
- ECHEVARRÍA K, MENDOZA X. La especificidad de la gestión pública: el concepto de management público. En: LOSADA C (editor). ¿De burócratas a gerentes? Las ciencias de la gestión aplicadas a la administración del Estado. Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo; 1999.
- ECHEVARRÍA K, SUBIRATS J. Descentralización y coordinación de la sanidad en el Estado autonómico. Papeles de Economía Española. 1998; 76: 78-93.
- ELOLA J. Gestión de Sistema Nacional de Salud, ¿se puede?, ¿se debe?, ¿cómo? Rev Adm Sanit. 2004; 2(3): 375-96.
- ERRASTI F. Principios de gestión sanitaria. Madrid: Ediciones Díaz de Santos S.A., 1996.
- EVANS RG, STODDART GL. Producir salud, consumir asistencia sanitaria. En: EVANS RG, BARBER ML, MARMOR TR. ¿Por qué alguna gente está sana u otra no? Los determinantes de salud de las poblaciones. Madrid: Ediciones Díaz de Santos S.A.; 1996.
- FERNÁNDEZ JM, VARELA J, MANZANERA R. Retos y prioridades en la gestión de hospitales. En CABASÉS JM, VILLALBÍ JR, AIBAR C, editores. Informe SESPAS 2002: Invertir para la salud. Prioridades en salud pública. Valencia: Escuela Valenciana de Estudios para la Salud; 2002.
- FIGUERAS J, SALTMAN RB. Tendencias actuales en las reformas de los sistemas sanitarios en Europa. Revista de Administración Sanitaria. 1997; 1(2): 39-68.
- FORTUNY B. ¿Es sostenible la salud pública catalana? La Vanguardia, 26 febrero 2005: 29.
- FORTUNY B. Disseny, aplicació i avaluació d'un model de Gestió Hospitalària de Qualitat Total (GESHQAT) (tesis doctoral). Barcelona: Universitat Politècnica de Catalunya; 2002 (disponible en <http://www.tdx.cbuc.es/TDX-0113103-100123/index.html>)
- FRANCO A, GIL D, ÁLVAREZ-DARDET C. Tamaño del Estado (gasto público) y salud en el mundo, 1990-2000. Gac Sanit. 2005; 19(3): 186-92
- FREIRE JM. Problemas y reformas en la sanidad española: una aproximación crítica. En: E CASTELLS A, BOSCH N (Directores). El futuro del Estado del Bienestar. Madrid: Editorial Civitas; 1998.
- GENÉ J. Todos los ciudadanos se han beneficiado de la política de diversificación de la gestión de atención primaria en Cataluña. Cuadernos de Gestión. 2003; 9(3): 117-9.
- GERVÁS J, PANÉ O, SICRAS A, SEMINARIO INNOVACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA 2006. Capacidad de respuesta de la atención primaria y redes de servicios. El caso del Consorci Hospitalari de Catalunya. Aten Primaria. 2006; 38(9): 506-10.

- GISPERT R, TORNÉ MM, ARÁN M. La efectividad del sistema sanitario en España. En: PALOMO L, ORTÚN V, BENAVIDES FG, MÁRQUEZ-CALDERÓN S. editores. Informe SESPAS 2006. *Gac Sanit.* 2006; 20 Supl 1: 117-26.
- GOL J, JAÉN J, MARCOS A, CASARES R, FOZ G, MOLL J, SUBÍAS A, SUÑOL R, TENIENTE JM. El metge de capçalera, en un nou sistema sanitari. Col·lecció Salut i Sanitat 1. Barcelona: Editorial Laia; 1979.
- GONZÁLEZ-PÁRAMO JM. Cambios organizativos al servicio de la gestión pública. En: SILIÓ F, editores. *La gestión del cambio en los servicios sanitarios*. Granada. Escuela Andaluza de Salud Pública; 1998.
- GRIFFITH JR. *Designing 21st century healthcare. Leadership in hospitals and health care systems*. Chicago: Health Administration Press; 1998.
- HUGUET M, BELENES R. Els hospitals públics Catalans: un balanç crític després de 20 anys d'autonomia. En NAVARRO V (coordinador): *L'estat del Benestar a Catalunya. Col·lecció Societat i Territori. Perspectives 1*. Barcelona: Diputació de Barcelona; 2002.
- JULIOS MM. Propuestas para un pacto social para la sanidad en España: financiación y algo más. *Rev Adm Sanit.* 2005; 3(4): 549-51.
- KALUZNY AD, SHORTELL SM. *Creating and managing the future*. En: SHORTELL SM, KALUZNY AD. *Health Care Management. Organization Design and Behavior*, third edition. Albany: Delmar Publishers; 1994.
- LALONDE M. *Nouvelle perspective de la santé des canadiens*. Ottawa : Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social; 1974.
- LAMATA F. Una perspectiva de la política sanitaria 20 años después del informe Lalonde. *Gac Sanit.* 1994; 8(43): 189-94.
- LLUCH E. La operación primavera contra la Ley General de Sanidad. En: ORTEGA F, LAMATA F. *La década de la reforma sanitaria*. Madrid. Exlibris Ediciones, S.L.; 1998.
- LÓPEZ-CASASNOVAS G. Los peligros de la politización partidista en sanidad. Un problema de sobredosis: ¿quién arriesga su capital humano con un nombramiento político?. *Gestión Clínica y Sanitaria*. 2003; 5(4): 132.
- LÓPEZ-CASASNOVAS G, PUIG-JUNOY J, GANUZA JJ, PLANAS I. Els nous instruments de la gestió pública. Col·lecció Estudis Econòmics 31. Barcelona: Caixa d'Estalvis i Pensions de Barcelona; 2002.
- LÓPEZ-CASASNOVAS G, SÁEZ M. A vueltas con el aseguramiento sanitario privado. *Gac Sanit.* 2005; 19(1): 59-64.
- LOSADA C. La función de dirigir en la administración pública. En: LOSADAC (editor). *¿De burócratas a gerentes? Las ciencias de la gestión aplicadas a la administración del Estado*. Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo; 1999.
- MANTÉ C. Noves estratègies en l'organització de serveis sanitaris. *Annals de Medicina*. 2001; 84: 10-2.
- MARTÍN JJ. El gobierno de las organizaciones sanitarias en el Estado español. En: REPULLO JR, OTEOLA (editores). *Un nuevo contrato social para un sistema nacional de salud sostenible*. Barcelona: Editorial Ariel S.A.; 2005.
- MARTÍN-GARCÍA M, SÁNCHEZ-BAYLE M. Nuevas formas de gestión y su impacto en las desigualdades. En: BORELL C, GARCÍA-CALVENTE MM, MARTÍ-BOSCÁ JV, editores. Informe SESPAS 2004: *La salud pública desde la perspectiva de género y clase social*. *Gac Sanit.* 2004; 18 Supl 1: 96-101.
- MASFURROLL G, PLANAS MJ. Gestión del cambio en la sanidad pública. *Todo Hospital*. 1993; 102: 25-32.
- McKEOWN T, LOWE CR. *Introducción a la medicina social*. 2ª edición. México DF: siglo veintiuno editores; 1984.
- McKEOWN T. *Los orígenes de las enfermedades humanas*. Madrid: editorial Triacastela; 2006.

- MENDOZA X. La gestió de les organitzacions de professionals en el sector públic: de l'antagonisme a la cooperació (tesis doctoral). Barcelona: Universitat de Barcelona; 1999.
- MINTZBERG H. Gestionar el gobierno, gobernar la gestión. En: LOSADA C (editor). *¿De burócratas a gerentes? Las ciencias de la gestión aplicadas a la administración del Estado*. Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo; 1999.
- MOORE M. Gestión estratégica y creación de valor en el sector público. Barcelona: ediciones Paidós Iberia S.A.; 1998.
- NAVARRO V, QUIROGA A. Políticas de Estado de Bienestar para la equidad. En: BORELL C, GARCÍA-CALVENTE MM, MARTÍ-BOSCÁ JV, editores. Informe SESPAS 2004: La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gac Sanit*. 2004; 18 Supl 1: 147-57.
- ORTÚN V. Reforma de la sanidad. En: MUÑOZ S, GARCÍA JL, GONZÁLEZ L (Directores). Madrid: Civitas Ediciones S.L.; 2002.
- ORTÚN V. Mejor (servicio) siempre es más (salud). *Rev Esp Salud Pública*. 2006; 80: 1-4.
- ORTÚN V, LÓPEZ-CASASNOVAS G. Financiación capitativa, articulación entre niveles asistenciales y descentralización de las organizaciones sanitarias. Documento de trabajo 2. Bilbao: Fundación BBVA; 2002.
- ORTÚN V, LÓPEZ-CASASNOVAS G. La reforma del Sistema Sanitario Español: radicalismo selectivo. En VVAA: Economía de la salud: el sistema sanitario español. Madrid: Hacienda Pública Española. Monografías 1; 1992.
- ORTÚN V, MENEU R, PEIRÓ S. Impacto de los servicios sanitarios sobre la salud. En: PUIG-JUNOY J (DIRECTOR), LÓPEZ-CASASNOVAS G, ORTÚN V. *¿Más recursos para la salud?* Barcelona: Masson S.A.; 2004.
- PALOMO L, MÁRQUEZ-CALDERÓN S, ORTÚN V, BENAVIDES FG. Modelos de enfermedad en el mundo desarrollado. En: PALOMO L, ORTÚN V, BENAVIDES FG, MÁRQUEZ-CALDERÓN S. editores. Informe SESPAS 2006. *Gac Sanit*. 2006; 20 Supl 1: 2-9.
- PANÉ O, VARGAS I. La atención primaria y la administración local. ¿Es posible en España la implicación municipal en el gobierno de la atención primaria de salud? *Aten Primaria*. 2000; 30(9): 581-7.
- PARRA B, TEMES JL. Principales características del sistema nacional de salud español (NS). En: TEMES JL, PARRA B. *Gestión Clínica*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.U.; 2000.
- PASTOR A. MUFACE en los escenarios previsibles para el aseguramiento sanitario. En: RUIZ J, RUIZ MC, ARTELLS JJ. *Gestión sanitaria: innovaciones y corresponsabilización del sector privado*. Madrid: Fundación Sanitas, SmithKline Beechman; 1998.
- PEIRÓ M. Alianzas estratégicas. *Rev Calidad Asistencial*. 2006; 21(6): 279-80.
- PEIRÓ S. De la gestión de lo complementario a la gestión integral de la atención de salud: gestión de enfermedades e indicadores de actividad. En: ORTÚN V, editor. *Gestión clínica y sanitaria*. Barcelona: Masson S.A.; 2002.
- POMAR J. Gestión y política. Juntas y a veces revue ltas. *Gestión Clínica y Sanitaria*. 2003; 5(4): 131-2.
- PONSÀ JA, CUTILLAS S, ELÍAS A, FUSTÉ J, LACASA C, OLIVET M, VIOLAN C, BÀÑERES J, FERRER J, ORTEGO C, SUÑOL R. Avaluació de la reforma de l'atenció primària i de la diversificació de la provisió de serveis. *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari*. 2003; 33-9.
- PORTELLA E. Repensar com trobar un nou equilibri en el sistema sanitari. *Annals de Medicina*. 2004; 87: 152-5.
- PUIG-JUNOY J, PÉREZ-SUST P. Integración vertical y contratación externa en los servicios generales de los hospitales españoles. *Gac Sanit*. 2002; 16(2): 145-55.

- PUIG-JUNOY J. ¿Es la financiación sanitaria suficiente y adecuada? En: PALOMO L, ORTÚN V, BENAVIDES FG, MÁRQUEZ-CALDERÓN S. editores. Informe SESPAS 2006. Gac Sanit. 2006; 20 Supl 1: 96-102.
- REPULLO JR, SEGURA A. Salud pública y sostenibilidad de los sistemas públicos de salud. Rev Esp Salud Pública. 2006; 80(59): 475-82.
- RIVERA J, OSENDE C. El hospital del siglo XXI. Harvard-Deusto Business Review. 1997; 76: 59-65.
- RUÍZ L. Sistemas sanitarios, reformas y gestión. En: RUÍZ L. Claves para la gestión clínica. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.U., Cátedra Pfizer en Gestión Clínica; 2004.
- RODRÍGUEZ M. El espacio de los seguros privados en los sistemas sanitarios públicos: marco conceptual y políticas. Gac Sanit. 2001; 15(6): 527-37.
- SAKELLARIDES CT. El valor de la salud y su gobierno en el mundo globalizado posmoderno. En: LÓPEZ-CASASNOVAS (Director invitado). El valor de la salud. Humanitas. Humanidades Médicas. 2003; 1(3): 255-64.
- SALTMAN RB, FIGUERAS SJ. Reformas sanitarias en Europa. Análisis de las estrategias actuales. WHO 1997. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1997.
- SANTACREU J, IBERN P. Un futuro para el Sistema Nacional de Salud. Rev Adm Sanit. 2004; 2(4): 721-34.
- SEGURA A. La salud y sociedad. El papel de la medicina y la salud pública. En: REPULLO JR, OTEO LA (editores). Un nuevo contrato social para un sistema nacional de salud sostenible. Barcelona: Editorial Ariel S.A.; 2005.
- SHORTELL SM, KALUZNY AD. Organization theory and health services management. En: SHORTELL SM, KALUZNY AD. Health Care Management. Organization Design and Behavior, third edition. Albany: Delmar Publishers; 1994.
- SILÍO F, PRIETO MA, ROMO N. Impacto de las políticas de la Unión Europea sobre los sistemas sanitarios. En: CABASÉS JM, VILLALBÍ JR, AIBAR C, editores. Informe SESPAS 2002: Inve rtir para la salud. Priori dades en salud pública. Valencia: Escuela Valenciana de Estudios para la Salud; 2002.
- STARFIELD B. Atención primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson S.A.; 2001.
- TEMES JL, GIL J. Sistema Nacional de Salud. Madrid: McGraw-Hill /Interamericana; 1997.
- TERRAZA R, VARGAS I, VÁZQUEZ ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. Gac Sanit. 2006; 20(6): 485-95.
- TERRIS M. Los tres sistemas mundiales de atención médica: tendencias y perspectivas. En: TERRIS M: La revolución epidemiológica y la medicina social. 2ª edición. México DF: siglo veintiuno editores; 1982.
- TRIAS X. La gestió empresarial en el món de la sanitat. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya; 1992.
- VALOR J, RIBERA J. Gestión de la empresa hospitalaria. Información Comercial Española 1990; 681-682: 131-52.
- VALOR J. Técnicas de gestión privada trasladada al sector sanitario en la Reforma del Sistema Sanitario. En: ANTOÑANZAS A, PÉREZ J (directores). La Reforma del Sistema Sanitario. Madrid: FEDEA y Hundi-Prensa; 1992.
- VARGAS I, VÁZQUEZ ML. Barreras y facilitadores de la coordinación asistencial en dos organizaciones sanitarias integradas en Cataluña. Gac Sanit; 2007; 21(2): 114-23.
- VARGAS I, VÁZQUEZ ML, CODERCH J, COLOMÉS L, LLOPART JR, VALLRIBERA P, *et al.* Algunas conclusiones y retos de futuro para las OSI en Cataluña. En: VÁZQUEZ ML, VARGAS I. Organizaciones sanitarias integradas. Un estudio de casos. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya; 2007.

- VÁZQUEZ ML, VARGAS I, TERRAZA R. Sistema de salud en Cataluña. En: VÁZQUEZ ML, VARGAS I. Organizaciones sanitarias integradas. Un estudio de casos. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya; 2007.
- VILARDELL M. Les alternatives per a la sanitat del futur. Fulls Econòmics del Sistema Sanitari. 2002; 36: 21-2.
- VILLALBÍ JR, ABOAL XL, GONZÁLEZ-ALONSO J. Los servicios de salud pública: progresos y problemas prioritarios. En CABASÉS JM, VILLALBÍ JR, AIBAR C, editores. Informe SESPAS 2002: Invertir para la salud. Prioridades en salud pública. Valencia: Escuela Valenciana de Estudios para la Salud; 2002.
- VIVAS D, SÁNCHEZ E. Informe Delphi. El sistema sanitario español. Estrategias, tendencias y áreas de desarrollo. Valencia: M/C/Q ediciones S.L.; 1993.
- WAGSTAFF A. El gasto sanitario y la ayuda como vías para salir del círculo vicioso entre pobreza y salud. En: LÓPEZ-CASASNOVAS (Director invitado). El valor de la salud. Humanitas. Humanidades Médicas. 2003; 1(3): 247-54.

CAPÍTULO 2.

LOS CLIENTES DE LAS EMPRESAS DE SERVICIOS SANITARIOS

2.1. LAS EMPRESAS DE SERVICIOS SANITARIOS

Los centros sanitarios públicos vienen experimentando un proceso de modernización desde principios de la década de los ochenta, asimilando e incorporando conceptos, técnicas, instrumentos y valores propios del mundo empresarial. Como empresas de servicios, están más atentos a su entorno y, son más dependientes de un conjunto de variables externas, que hace dos décadas casi no existían: la opinión e influencia de los pacientes-clientes, las nuevas y más complejas relaciones con los agentes financiadores, así como, nuevos y variados interlocutores institucionales (aseguradoras públicas o privadas, consejos de administración, corporaciones profesionales, agencias de evaluación, organizaciones sindicales, entre otras).

Cuando se define a un centro sanitario como una empresa, éste debe ser considerado como una empresa de servicios, en la que es imposible distinguir el producto del proceso, puesto que ambos van íntimamente unidos. Esta conceptualización como empresas de servicios, ha facilitado que se apliquen en el sector sanitario modelos habituales de gestión utilizados, desde los años sesenta en otros sectores productivos. La gestión es gestión y hace falta olvidarse de si es privada o es pública y, de si es en el sector sanitario o no. Sin embargo, las empresas sanitarias tienen características diferentes, de las empresas clásicas, las cuales pueden observarse en el Cuadro 2.1.

Cuadro 2.1. CARACTERÍSTICAS DE LAS EMPRESAS SANITARIAS		
	EMPRESA CLÁSICA	EMPRESA SANITARIA
Producto	Con frecuencia producto único y estandarizado	Es el paciente. Tantos productos como pacientes
Cliente	Decide lo que compra	Es el médico quien decide
Decisiones clínicas	Se toman jerárquicamente	Sin participación jerárquica
Forma de pago	El cliente paga por su producto	Con frecuencia paga el seguro de salud
Calidad	El cliente evalúa casi siempre	Evalúa la calidad percibida. No la calidad asistencial

En la atención sanitaria, existe una gran dificultad para definir el producto y, por tanto, sus requisitos de calidad. Esta dificultad resulta mucho mayor en Atención Primaria de la Salud, donde los elementos intangibles de la atención superan con diferencia a los tangibles. Si no se define el producto sanitario, y qué requisitos debe cumplir para que se considere de calidad, todos los intentos de medir niveles de calidad fracasarán. El producto de un hospital es el enfermo, cada uno de los enfermos. Y, en este sentido, un hospital tiene tantos productos como enfermos, porque ninguno es igual a otro, aunque muchos tengan grandes similitudes. No se puede pensar que la única función de un hospital está relacionada con el servicio asistencial. Puede también desarrollar, aunque no todos lo hagan, funciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como, la docencia y la investigación.

La organización sanitaria, se desenvuelve en un contexto especial, puesto que se da una división entre quien asume la responsabilidad de la atención sanitaria (el médico) y, las consecuencias financieras de sus decisiones. Además, tanto en el médico como en el paciente, se dan características de relación que no se dan en ningún otro tipo de empresas de servicios (véase Cuadro 2.2).

El sector sanitario está iniciando la asimilación de esta evolución. Diversos factores han contribuido, entre ellos, las crecientes exigencias de unos ciudadanos con mayor bienestar, que están más informados y son más sensibles a la calidad de la atención recibida. El paciente anónimo y sufrido portador de la «cartilla del seguro» está desapareciendo paulatinamente y en su lugar, aparece el paciente-cliente que exige calidad en su contacto con los servicios de salud y que, además, busca una plena satisfacción con sus expectativas de comodidad y trato personalizado durante su estancia en el centro sanitario. Se impone un cambio de paradigma, del ¿qué quiere usted? al ¿en qué puedo ayudarle? Para no encontrarnos con el ejemplo que nos expone Heskett, en el que, Eric Chapman director ejecutivo de la Corporación U.S. Health, compara desfavorablemente la situación de los pacientes de los hospitales con la de los internos en una prisión. Según su punto de vista, ambos están sometidos a un exceso de cuestionamiento, están arrancados de sus vestimentas habituales y de sus posesiones, situados en una relación de servidumbre y dependencia en relación con quienes les atienden y, se les permiten visitas sólo durante ciertas horas.

Cuadro 2.2. ESPECIFICIDADES DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Paciente	Médico
<ul style="list-style-type: none"> ➤ No decide lo que compra ➤ Generalmente no paga. Lo hace el seguro de salud ➤ Difícilmente puede evaluar la calidad de atención médica 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Define el producto final ➤ Apoderado de las decisiones del paciente ➤ Proveedor de unos servicios y cliente de otros ➤ Generador simultáneo de demanda y oferta

Fuente: Errasti F (1996).

2.2. CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS

En el año 1988, Joseph M. Juran definió el servicio como «*la actividad realizada por otros*». Esta definición fue ampliada en 1993 por Pere Batallé catedrático de la Universidad Ramón Llull, como «*servicio es un producto resultado de un proceso de producción, con un carácter menos tangible que los productos bienes, para satisfacer las necesidades de los clientes*». Los servicios tienen unas características propias, que los distinguen de las empresas productoras de bienes: el servicio sanitario se produce y consume al mismo tiempo, no se puede repetir, rechazar o acumular. Como el servicio es intangible (no se ve) y como la decisión de compra se hace antes de que se haya producido, el cliente hace una elección «*a ciegas*». Por tanto, aunque se hayan definido las características de calidad, las técnicas basadas en la inspección retrospectiva del proceso o resultado final, se limitan a observar, ya que no puede mejorarse el servicio cuando éste ya ha sido realizado; la calidad debe situarse forzosamente allí desde el principio. A continuación se describen las características específicas de los servicios son (véase cuadro 2.3):

- **INTANGIBILIDAD.** En toda prestación de servicio, el cliente (paciente) juzga el valor del servicio no sólo por la adquisición o transferencia de un bien material, sino por las características del propio proceso de prestación del mismo. Las cuáles no suponen ninguna transferencia física tangible, como por ejemplo, un tratamiento delicado, el cuidado y trato acogedor durante la estancia en el centro sanitario, etc. Para Jaume Ribera, de ello se derivan dos importantes conclusiones. Primera, las recomendaciones y el juicio de terceras personas son muy importantes y, por lo tanto, los pacientes y el personal sanitario desempeñan un papel nada despreciable, como posibles prescriptores del servicio. Segunda, ante el desconocimiento del proceso asistencial, no es nada extraño que el paciente, ponga un gran peso en su experiencia personal durante el proceso de servicio y, no sólo en el resultado final del mismo. En el Cuadro 2.3, se resumen las principales características de los servicios y su impacto en la gestión de los centros sanitarios.
- **INTERACCIÓN DEL CLIENTE EN EL PROCESO.** El cliente participa activamente en la prestación del servicio, esta circunstancia es fundamental a la hora de conseguir y valorar los resultados. De hecho, en los servicios sanitarios, el cliente es casi siempre el «*producto transformado*». El proveedor de servicio ante un mismo trabajo, en función de la participación del cliente, puede obtener resultados totalmente distintos:

La realidad cultural, demográfica y el estado emocional de cada cliente, determina el tipo de servicio que hay que ofrecer. Aunque en el caso de la medicina los tratamientos médicos son universales, no lo es, en absoluto, el trato o cuidado que el paciente espera recibir durante su contacto con el sistema sanitario. Consecuencia de ello, la transferencia del mismo modelo de servicio a culturas, lugares o segmentos de clientes diferentes no es inmediata. Deberán crearse, por tanto, estándares y perfiles de servicio adecuados para garantizar la consistencia y calidad percibida por los clientes y sus familiares.

Cuadro 2.3. CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS E IMPLICACIONES PARA LA GESTIÓN

Naturaleza	Consecuencias
Intangibilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de evaluación del cliente más subjetiva (experiencia, confianza). • Control de la calidad más difícil. • Evaluación de la satisfacción del cliente más difícil. • Difícil diseño de estándares de servicio.
Interacción	<ul style="list-style-type: none"> • Prestación heterogénea (cultural, género, edad, aspectos personales). • Necesidad de diseñar una interfaz más confortable. • Gran impacto de la satisfacción de los profesionales y empleados, en la percepción de los clientes y familiares. • Grado de personalización elevado. • Peligro de inconsistencia de la prestación. • Posibilidad de autoservicio.
Inseparabilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Ajuste demanda-oferta (capacidad, gestión de colas). • Eliminación de la producción centralizada (escasa economías de escala). • Gestión del crecimiento más difícil. • Control de calidad a posteriori.
Inmediatez	<ul style="list-style-type: none"> • Importancia de las esperas e ineficiencias del proceso.

La interacción directa facilita, a veces de manera obligada, la personalización del servicio a las necesidades variables de cada cliente. Esta personalización puede mejorar la percepción del servicio por parte del cliente. La interacción directa entre paciente y profesional, hace que la satisfacción del cliente venga directamente ligada a la imagen y trabajo del profesional sanitario. La satisfacción con un médico puede ir muy ligada no sólo a su competencia y conocimiento técnico, sino también a su imagen aseada y pulcra y, también, a su empatía con los pacientes. Exactamente lo mismo ocurre con el diseño de la interfaz de servicio, es decir, el lugar donde sucede el contacto directo con el cliente (la recepción y salas de espera, las consultas, las habitaciones, los quirófanos, etc.). Por tanto, el gestor debe poner especial énfasis en el diseño de una interfaz más confortable y también debe entender que es imposible, dar una buena calidad de servicio si los profesionales en contacto con los clientes no están satisfechos y trabajan en un ambiente agradable, seguro y confortable.

La calidad del trabajo realizado individualmente no es lo mismo que la calidad de servicio. Desde el punto de vista del valor percibido por el cliente existe un «*service package*», que engloba todas sus experiencias de contacto con la organización, no sólo la del servicio recibido (en el caso de un acto sanitario, no sólo importa el acto clínico, sino los aspectos como limpieza, atención por el personal administrativo, etc.).

- **INSEPARABILIDAD.** Los servicios se están consumiendo en el mismo momento que se producen. No se pueden almacenar. Por lo tanto su medida es mucho más compleja. Desde un punto de vista operativo, esto obliga a un ajuste en tiempo real de la oferta y la demanda y, por lo tanto, requiere una buena gestión de los recursos disponibles (capacidades, turnos de trabajo, colas y listas de espera, entre otros). Por otro lado, dado que la ubicación de los servicios debe adaptarse a la ubicación de los clientes, la posibilidad de producir de forma centralizada es más difícil.

Los controles de calidad no pueden realizarse a priori. Ello redundaría de nuevo, en la necesidad de entender los elementos de evaluación del cliente in situ y, en la necesidad de diseñar mecanismos de control, antes que la prestación de servicio tenga lugar. La percepción de todos los aspectos del proceso por parte del cliente es crucial. Entre ellos, la duración de los tiempos puesto que las esperas e ineficiencias en el servicio, se hacen perfectamente evidentes al cliente que las padece. Por todo lo antedicho, la gestión efectiva de los servicios requiere entender adecuadamente tanto lo relativo al trabajo a realizar, como lo relativo al trato con las personas.

- **INMEDIATEZ.** Los servicios sanitarios se requieren en muchas ocasiones de forma inmediata (servicios de urgencias y emergencias). La inmediatez no es un problema cuando su demanda es estable, porque es fácil dotar por adelantado de recursos a los servicios. Pero cuando la demanda fluctúa, las organizaciones de servicios han de hacer frente a problemas difíciles. Si la dotación está prevista para la demanda máxima, su personal y sus recursos estarán ociosos cuando la demanda no alcance dicho nivel. Si se dotan para una demanda media, pueden presentarse largas colas y clientes irritados durante parte del tiempo de espera. Por lo que, hay que intentar ajustar la capacidad del servicio a niveles variables de demanda, utilizando sistemas de reserva, empleados a tiempo parcial de quienes se dispone en el momento, servicios diferenciales y, otros dispositivos.

2.3. LOS PACIENTES: CIUDADANOS, USUARIOS CONSUMIDORES O CLIENTES

Garantizar la gobernabilidad y servir al ciudadano, son los dos aportes básicos que la sociedad espera del sector público. La legitimación de la acción pública se apoya cada vez más en estas dos funciones, mientras pierden peso otras como la defensa de la soberanía nacional o garantizar el orden y asegurar el principio de autoridad, ambas fundamentales hasta hace muy poco. Estas nuevas prioridades surgen de la propia evolución de las sociedades desarrolladas y se tornan exigencias cada vez más claras por parte del ciudadano hacia el sector público. Sobre todo porque la Administración las ha asumido como su mejor opción para definir su aporte y actitud frente al ciudadano. El informe de la OCDE, del año 1985, «*La Administración al servicio del público*» supone algunos compromisos para el sector público que comportan cambios de

calado muy profundo para la gestión pública. Los dos principales son: la conversión del sector público en una *empresa de servicios* (casi siempre la principal empresa de servicios de cualquier país) y, la conversión del ciudadano de una condición próxima a la de súbdito a una coincidente con la de *cliente*.

De lo expuesto se puede llegar a tres conclusiones respecto a la nueva gestión pública en los centros sanitarios. Primera, que los centros sanitarios deben funcionar como una empresa de servicios. Segunda, que deben tratar al ciudadano como cualquier empresa privada trata a sus clientes. Y tercera, deben modificar sus estrategias y modelos de gestión con la incorporación, entre otras disciplinas, del marketing de servicios, como instrumento clave de gestión estratégica y operativa.

Los ciudadanos del siglo XXI, son personas como cada vez más, mejor informadas y, quieren participar activamente en el proceso global de la atención a su salud. Personas que tienen cada vez más, una mayor capacidad de escoger y decidir. Y por tanto, exigen a la administración sanitaria, agilidad, rapidez y resultados a muy corto plazo. Servicios que sean tangibles y de calidad, que se ofrezcan en lugares próximos a su domicilio y fácilmente accesibles. Es en este contexto que ya se puede hablar de pacientes (persona que tiene paciencia), o de usuario (persona que utiliza un servicio) sino, de «*clientes de los servicios sanitarios*» públicos.

El cliente sanitario es un ser global y único. Por lo tanto como elemento fundamental de la dinámica de los servicios sanitarios, los centros sanitarios deben integrar las necesidades de la organización con la dimensión biológica, psicológica y sociocultural del ciudadano, para la realización de una atención individualizada exquisita y, por lo tanto, satisfactoria. Los centros sanitarios públicos y privados, deben prepararse a dar respuesta a las necesidades cambiantes y a las nuevas expectativas de la comunidad a la cual atienden.

La necesidad de la incorporación de los pacientes como sujeto activo, en el acto médico es algo de lo que en los últimos años, se viene hablando insistentemente entre los profesionales de la salud y, desde luego, en los foros y asociaciones de pacientes. La Declaración de Barcelona del año 2003 (véase Cuadro 2.4), es un buen ejemplo de ello. La importancia de este nuevo enfoque de la atención sanitaria, ha sido recono-

Cuadro 2.4. DECLARACIÓN DE BARCELONA

- Información de calidad contratada respetando la pluralidad de las fuentes.
- Decisiones centradas en el paciente.
- Respeto a los valores y a la autonomía del paciente informado.
- Relación médico-paciente basada en el respeto y en la confianza mutua.
- Formación y entrenamiento específico en habilidades de comunicación para profesionales.
- Participación de los pacientes en la determinación de prioridades en la asistencia sanitaria.
- Democratización formal de las decisiones sanitarias.
- Reconocimiento de las organizaciones de pacientes como agentes de la política sanitaria.
- Mejora del conocimiento que tienen los pacientes sobre sus derechos básicos.
- Garantía de cumplimiento de los derechos básicos de los pacientes.

Fuente: Jovell AJ (2005).

Cuadro 2.5. RELACIÓN CIUDADANO-SERVICIO PÚBLICO

Grados de independencia delante de los servicios públicos	Tipo de oferta de la Administración	Tipo de oferta del Mercado
Administrado-súbdito	Sin posibilidad legal de elección	Sin posibilidad de elección porque no hay oferta
Usuario cautivo	Sin posibilidad legal de elección	Legalmente se puede escoger, pero en la practica no hay posibilidad de elección por falta de oferta
Usuario	Sin posibilidad legal de elección	Hay posibilidad legal de escoger. Existe competencia de oferta moderada
Consumidor	Sin posibilidad legal de elección. Pero de hecho, hay posibilidad de elección porque hay competencia	Hay elección de hecho. Fuerte competencia
Cliente	De hecho, hay posibilidad de elección	Hay elección de hecho. Fuerte competencia
<i>Fuente: Güell H, Sanz G (2000).</i>		

cida por algunas instituciones públicas y privadas, que han enfocado sus actividades hacia la incorporación real de los pacientes, mediante el acceso público y asequible a la información, garantizando la calidad de ésta.

Se podría pensar que el hecho de que el usuario pueda escoger centro o profesional, le permitirá estar más satisfecho del servicio. Esto no es así, pues depende del tipo de relación que se establezca durante todos los contactos de servicio. Helena Güell y Glòria Sanz, han elaborado (véase Cuadro 2.5) una interesante clasificación de los ciudadanos, en función de los grados de independencia que hay entre éstos y los servicios públicos. Los cuales, están determinados por la Administración y, por el grado de elección del ciudadano:

- **Ciudadano-administrado.** Esta situación se da cuando el poder por parte del ciudadano es bajo, ya que la oferta pública es la única posible para el ciudadano y está obligado a acudir a ella (hacienda o justicia) o, cuando pasa únicamente por utilizar o no el servicio, porque en el mercado no hay alternativa (red ferroviaria).
- **Ciudadano-usuario.** Cuando el papel que puede ejercer el ciudadano es más activo porque aparecen elementos de equilibrio entre el intercambio de oferta del servicio y su necesidad, como es el caso de la asistencia sanitaria.
- **Ciudadano-consumidor.** En esta situación el ciudadano puede escoger los servicios entre una oferta variada, en la cual pueden concurrir tanto la inicia-

tiva pública como la privada y, mediante diferentes mecanismos puede obtenerla gratuitamente o con precios simbólicos. En esta situación, el cliente no es propiamente el ciudadano sino la Administración, que paga el servicio, aunque el ciudadano tenga algunas de las características de cliente de los servicios privados: puede escoger y, si no le gusta el servicio, cambiarlo por otro de su preferencia.

- **Ciudadano-cliente.** Cuando hay un elevado grado de opción de elección y el poder del ciudadano es muy alto. Se trata de un escenario único, en el que la Administración ha introducido elementos de mercado en la provisión de servicios, procurando que el ciudadano pueda escoger entre oferta pública o privada.

En los centros sanitarios públicos, los profesionales se sienten vinculados a través de un sueldo (relación comercial) con la organización sanitaria, a la que ofrece sus habilidades durante un tiempo pactado para atender a los pacientes de la institución, a los que *«le tocan»*, no a los que *«le eligen»*. El paciente pide una estrecha relación de confianza ciega con el médico. Per a veces el profesional no se encuentra a gusto en la institución, piensa que no le tratan bien, que no le consideran. Su relación con el que le paga (por delegación de los ciudadanos/pacientes) puede ser negativa y puede proyectar esa insatisfacción en la relación con el paciente. O sin necesidad de que sea negativa, puede ser anónima. El *«cuarenta y tres barra»*, el de la *«cama 313»*, *«el siguiente»*, en lugar de la Sra. Núria Cabestany o el Sr. Jacinto Gómez. Se ha popularizado el tratar de tú a los pacientes, en una fórmula que más que confianza transmite falta de respeto. Se transforma esa relación de cortesía en una relación mecánica y rutinaria.

El enfoque de cliente quiere decir que los profesionales de los centros sanitarios, se pongan en el punto de vista del cliente y que se pregunten, cómo éste espera ser tratado. Este enfoque reivindica la personalización de la asistencia y, una atención libre de paternalismo y cargada de corresponsabilización. Y lo plantea en un sector donde, a veces, los sanitarios, los directivos y los políticos, toman decisiones según sus propios puntos de vista, como presuntos expertos o alegando, que siempre se ha hecho así. Sin contrastar debidamente con las opiniones, las preferencias y, las prioridades de las personas a las que supuestamente sirven. Hay que procurar que el servicio se adapte a lo que espera el cliente y, no a las preferencias del que dirige, aunque eso suponga hacer cosa más populista y menos refinadas. En la administración pública, la atención al ciudadano debe tener el mismo nivel de profesionalidad que en cualquier empresa privada, todo y que las relaciones respondan a presiones distintas. La empresa privada está bajo la presión de la competencia y la necesidad de captar y fidelizar clientes. En cambio, los servicios públicos tienen la necesidad de legitimar la Administración y, garantizar una igualdad en el trato.

El paciente no es el único cliente de los servicios sanitarios, ya que en distintos momentos del proceso asistencial y en distintas situaciones aparecen nuevos clientes. Por ejemplo, los familiares o entorno inmediato, cuya participación en el proceso asistencial es fundamental, para que el resultado tenga la calidad deseada por la organización sanitaria. Ahora bien, los familiares no tienen exactamente las mismas necesidades que los pacientes y, valoran de forma distinta la asistencia que reciben.

La comunidad, sus líderes de opinión, sus medios de comunicación, autoridades, etc., también demandan determinados servicios y calidades del centro sanitario, por lo que hay que considerarlos clientes, con sus propios intereses y necesidades. Pero además, también a los médicos de otros niveles asistenciales, que remiten enfermos y, solicitan servicios

Siguiendo estas líneas de razonamiento, el Pius Hospital de Valls (Tarragona) en su Plan Estratégico 2001-2003 definió como cliente «a la persona o entidad a la que los profesionales de la organización tienen que dar respuesta a sus necesidades y expectativas». Asimismo, se definió como *cliente externo* del proceso asistencial: «a toda aquella persona debidamente informada que participa autónomamente en su proceso asistencial». Se clasificaron tres tipos de clientes para las organizaciones sociosanitarias: externos, intermediarios e internos. Su definición y tipología se presentan el Cuadro 2.6.

A partir de diversos estudios cualitativos realizados en la Comunidad Valenciana, con el objeto de identificar lo que los pacientes quirúrgicos señalan como causa de buenas y malas experiencias. Los resultados obtenidos (véase Cuadro 2.7) pueden ser generalizados a la totalidad de centros hospitalarios. Hay evidencias que muestran

Cuadro 2.6. CLIENTES DE LOS SERVICIOS SANITARIOS DEL PIUS HOSPITAL

Clientes externos: aquellas personas o entidades que utilizan los servicios:

- Enfermos agudos y subagudos.
- Personas discapacitadas y/o con problemas sociales.
- Mujeres embarazadas, parteras y puérperas.
- Recién nacidos sanos.
- Población sana que solicita información, educación, prevención o apoyo psíquico y/o social.
- Familiares, acompañantes y cuidadores principales.
- Estudiantes.

Clientes intermediarios: aquellas instituciones públicas y privadas que proporcionan clientes externos.

- CatSalut.
- Instituto Catalán de la Salud (ICS).
- Profesionales de los equipos de atención primaria del Instituto Catalán de la Salud.
- Profesionales del equipo de salud mental del Instituto Pere Mata.
- Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales (ICASS).
- Servicios sociales municipales.
- Mutuas y empresas colaboradoras.
- Clientes privados recomendadores.
- Universidad Rovira Virgili y otras.
- Programa docente de Medicina Familiar y Comunitaria.

Clientes internos: los colaboradores de la organización, que con una relación cliente-proveedor entre ellos mismos, desarrollan los procesos asistenciales y de apoyo:

- Todos los profesionales y personal del PHV.

Fuente: Fortuny B (2000).

Cuadro 2.7. BUENAS Y MALAS EXPERIENCIAS HOSPITALARIAS

BUENAS EXPERIENCIAS:

- > Recibir trato amable, cortés y personalizado.
- > El resultado de la intervención quirúrgica.
- > Las condiciones de la hospitalización.
- > Variedad, cantidad y calidad de la comida.
- > Profesionalidad del cirujano: resultado, capacidad de informar (claro, franco, con tacto y diplomacia), transmitir seguridad, preocupación personal.
- > Tiempos de respuesta reducidos: listas de espera.
- > Prontitud de las enfermeras ante sus requerimientos.
- > Prudencia y amabilidad de las enfermeras.

MALAS EXPERIENCIAS:

- > Carencia de personal en días festivos, fines de semana, puentes.
- > Esperas ante problemas no urgentes.
- > Esperas para volver a la habitación después de una prueba.
- > Insuficiente información.
- > Mantenimiento de las instalaciones.
- > Inadecuada regulación de las visitas de familiares y amigos (exceso de personas).

Fuente: adaptado de Mira J (2002, 2005).

que para los profesionales les resulta difícil adaptarse (tratar con justicia) a determinados tipos de pacientes, generalmente a los que en cierta medida son «*diferentes de ellos*»: los que poseen un nivel cultural y socioeconómico diferente del médico, los inmigrantes o los pertenecientes a minorías, los adolescentes y a los ancianos. También, se han detectado diferencias con aquellos pacientes que sufren determinados problemas de salud (alcoholismo, violencia doméstica, somatizaciones, VIH y sida, entre otros). Parece ser, que son aquel los para los cuáles el profesional no está especialmente preparado, familiarizado o interesado, o los que representan un determinado tabú social o personal. Con lo que se contribuye desde la consulta, al problema de las desigualdades de salud.

Para Jovell, la medicina basada en la afectividad, determina que la relación médico-paciente, debe partir de la suposición de que los pacientes son lo suficientemente conscientes de su situación y muestran interés por su estado de salud y, por lo tanto, tienen derecho a obtener respuestas adaptadas a su nivel de conocimiento. Los pacientes, además, tienen sentimientos, por lo que, al igual que cualquier otra persona en situación de crisis o desamparo, tienen necesidad de afecto, aunque a veces deban recurrir a la resignación o a la negación como estrategias de evitación de la enfermedad. En este sentido, cabría recordar que la mejor tecnología disponible sigue siendo la comunicación médico-paciente y el mejor procedimiento para favorecer dicha relación es la confianza mutua, basada en el respeto, la comprensión y el afecto. La tecnificación no debería reemplazar o infravalorar la importancia de la relación médico-paciente, entre otras cosas porque ésta no se encuentra siempre en condiciones de satisfacer todas las necesidades reales de los enfermos. Esta nueva perspectiva del marketing relacional de los servicios sanitarios, abre un importante abanico de posibilidades para la mejora futura de la planificación, gestión y producción de servicios públicos.

2.4. LA CALIDAD EN LAS EMPRESAS DE SERVICIOS SANITARIOS

Las características propias de los servicios influyen de forma determinante en su evaluación. El hecho de que sean intangibles, que el usuario participe en la producción, que no se puedan retirar de la cadena productiva si son defectuosos porque su producción es simultánea a su consumo, todo ello impide controlar al cien por ciento la calidad final de la prestación. En servicios no se puede aplicar el concepto de calidad de los bienes tangibles, a saber, cumplir con las especificaciones previamente determinadas, básicamente por los técnicos. Como cada cliente participa en la producción del servicio (con sus necesidades, habilidades, experiencias y expectativas), no se puede confirmar que se trabaja con calidad cumpliendo las especificaciones establecidas desde la propia organización. Por ello, la calidad dependerá de lo que cada persona espera como resultado del servicio. La calidad del servicio es la «*calidad percibida*» y, viene determinada por la diferencia entre las expectativas que se tienen del servicio y lo que se cree que se ha recibido del mismo. Si el usuario opina que el resultado es superior o igual a lo que espera, la calidad percibida será satisfactoria. Lo contrario conducirá a una evaluación negativa de la calidad. Cuando un cliente valora la calidad de un servicio, no disocia sus componentes (Horovitz), la juzga como un todo. Lo que prevalece es la impresión de conjunto y no el éxito relativo de una u otra acción específica.

EL MODELO DE GRÖNROOS

Grönroos, propuso en el ámbito del sector servicios un modelo teórico, denominado «*modelo de la Imagen*», para explicar cómo los clientes de empresas de servicios se formaban una idea de la calidad del servicio del que se beneficiaban. Según este autor, la calidad del servicio percibido por el cliente era función del resultado de la comparación entre el servicio que recibían los clientes y el que esperaban recibir. En una revisión posterior, propuso que las expectativas sobre lo que esperan recibir los clientes, se formaban a partir de las acciones de marketing que realizaban las empresas y de otras fuentes de comunicación, como el «boca a boca» entre clientes, hábitos de consumo u otras experiencias en el consumo de servicios.

Grönroos diferencia entre lo que él mismo denomina Calidad Técnica de la denominada Calidad Funcional y de la Calidad Corporativa (véase Cuadro 2.8).

La calidad científico-técnica supone realizar correctamente las prácticas consideradas más correctas para la atención del paciente, lo que exige que los profesionales definan las características de los cuidados óptimos. La calidad funcional es la expresión actualizada de la clásica relación médico-paciente y, que como hemos expuesto en apartados anteriores, se desarrolla en un contexto que tiene poco que ver con el del modelo clásico de relación de agencia y asimetría de la información, el juez de sus bondades será el propio paciente y sus familiares. La calidad corporativa se corresponde con la imagen que los pacientes, los profesionales y la población en gene-

Cuadro 2.8. TIPOLOGÍA DE GRÖNROOS DE CALIDAD DE SERVICIOS	
Calidad Técnica (Científico-Técnica, Intrínseca u Objetiva).	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Lo que el cliente recibe realmente con independencia de lo que él piense al respecto ➤ Definida por los profesionales. ➤ Por ejemplo: la tasa de recidivas quirúrgica. 	
Calidad Funcional (Extrínseca, Subjetiva o Percibida)	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cómo se presta el servicio al cliente en términos de amabilidad, información recibida, etc. ➤ Definida por los clientes. ➤ Por ejemplo: la cortesía valorada en las encuestas de opinión de pacientes. 	
Calidad Corporativa	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ La imagen que del centro sanitario tienen los clientes habituales y los potenciales. ➤ Definida por los clientes y los ciudadanos. ➤ Por ejemplo: la imagen que el ciudadano tiene de cómo funciona un Servicio hospitalario. 	
<i>Fuente: adaptado de Grönroos C (1994).</i>	

ral, tienen de ese servicio o establecimiento sanitario, estando facultados para su evaluación tanto los clientes internos como los externos.

Para Mira un elemento que no debe olvidarse a la hora de intentar apreciar que se opina de un servicio sanitario, es la imagen que de la actividad profesional se han formado otros colegas, los pacientes, sus familiares, sus amigos y conocidos y, los propios profesionales. Todos ellos transmitirán esta idea a otros pacientes, a través del boca-boca. Obviamente, este hecho no circunscribe la calidad a estos aspectos meramente de imagen, pero tampoco cabe duda, de que condicionan la manera en la que los distintos colectivos juzgan la labor profesional que se realiza en un Servicio. La combinación de calidad técnica, funcional y corporativa se presenta como una parte sustancial del éxito profesional. Para otros autores, Calidad Técnica (o Científico-Técnica) o también de resultados es equivalente a Calidad Intrínseca u Objetiva. Y la Calidad Funcional o de proceso, es sinónimo de Calidad Extrínseca o Subjetiva y también Calidad Percibida.

Por tanto en los servicios se distingue la calidad científico-técnica que es la que más interesa a los profesionales, de la calidad subjetiva o percibida, que interesa a los clientes. A su vez, esta calidad percibida será función de la diferencia entre lo que el paciente esperaba que ocurriera y lo que realmente haya sucedido, considerando la importancia que para el cliente, tengan cada uno de los incumplimientos y cada uno de los cumplimientos. Así, por ejemplo, el cliente puede desear comer las comidas calientes todos los días, pero valora como mucho más importante que le cambien la ropa de cama a diario. De este modo, un incumplimiento en las expectativas sobre la comida no producirá insatisfacción, mientras que un incumplimiento en la sustitución de la ropa de cama sí tendrá un efecto negativo en su valoración.

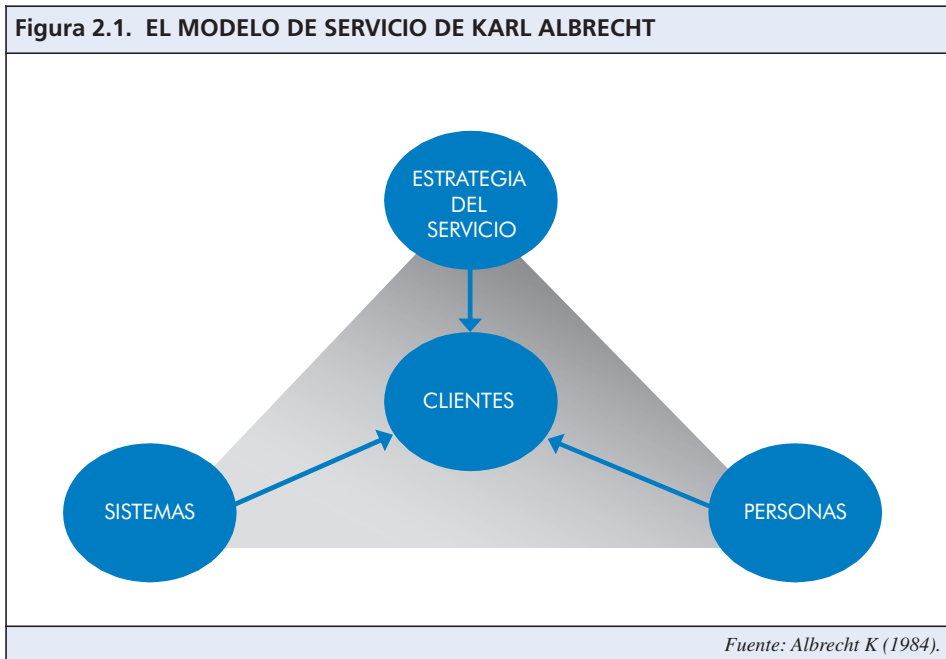
MODELO DE ALBRECHT

Si se desea que las cosas funcionen con los clientes, en primer lugar se debe conseguir que funcionen dentro de la empresa. Para el autor, los clientes están presentes en todas las relaciones que existen en una organización y, que todos necesitan ayuda para realizar sus tareas, con el fin de satisfacer a los clientes (que pagan). No cabe duda, de que ésta es una perspectiva sumamente fructífera para los directivos de los centros sanitarios.

Albrecht diseñó el «Triángulo de Servicio» (véase la Figura 2.1.) donde las organizaciones destacadas de servicios conocidas, cuentan con tres características principales Una visión estratégica para el producto del servicio; profesionales orientados hacia el cliente y sistemas de gestión basados en el trato amistoso con el cliente. El triángulo de servicio es una forma de diagramar la interacción existente entre estos tres elementos básicos, que deben funcionar conjuntamente para mantener un servicio de alto nivel de calidad. Una estrategia de servicio bien concebida dirige la atención de las personas de la empresa hacia las verdaderas prioridades del cliente. Este concepto guía se adapta a todo lo que hace la gente. Para el autor, se convierte en una orden militar, en una especie de evangelio y, en el núcleo del mensaje que se transmitirá al cliente.

Los directivos deben alentar y ayudar a las personas que prestan el servicio a concentrarse en las necesidades del cliente. Una persona eficiente de la línea operativa debe ser capaz de amoldarse a la situación actual del cliente., a su estado de ánimo y, a sus necesidades, como consecuencia de un alto nivel de capacidad de respuesta, de atención y de deseo de ayudar. Todo ello, coloca el servicio en uno de nivel supe-

Figura 2.1. EL MODELO DE SERVICIO DE KARL ALBRECHT



Fuente: Albrecht K (1984).

rior en la mente del cliente y que le hace difundir el buen servicio recibido entre otras personas. Los sistemas, las instalaciones, los planes, los procedimientos, los métodos, los procesos de comunicación, le indican al cliente que todo ha sido diseñado para satisfacer sus necesidades.

Éste es un enfoque unificado sobre como dirigir una organización de servicios que se centra en los momentos de la verdad, que conforman todo el contacto con el cliente. El éxito de una empresa de servicios ya no reside únicamente en dirigir la organización, sino en dirigir la «*experiencia del cliente*» con la organización.

OTROS MÉTODOS DE MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS CLIENTES SANITARIOS

En el entorno sanitario, son cada vez más diversas las experiencias en las que se toma en cuenta la opinión del cliente, para organizar los procesos asistenciales y las de puesta en práctica de métodos, para evaluar la satisfacción de clientes y familiares, e identificar potenciales áreas de mejora. A las iniciativas institucionales de medida de la satisfacción de los pacientes, generalizadas cada vez más en los distintos servicios regionales de salud, hay que sumar los estudios realizados sobre esta temática que, en los últimos años, se ha incrementado notoriamente. Debe entenderse que la satisfacción del cliente sanitario, no es meramente una cuestión ética y, mucho menos estética. Sabemos que se asocia al posterior cumplimiento terapéutico, a estilos de práctica profesional que favorecen la toma de decisiones compartidas, a la calidad de vida del cliente y a un buen resultado médico. A continuación resumimos distintos tipos de estudios utilizados en el ámbito sanitario.

- **Encuestas de satisfacción.** Normalmente están construidas con cinco opciones de respuesta y valoran dimensiones como: humanidad en la asistencia, información recibida, competencia de los profesionales, administración del centro, accesibilidad, facilidades y confort, resultados de la intervención sanitaria, continuidad de los cuidados y, atención a los problemas psicosociales.

El grupo de Camiñal, utilizó el cuestionario GAAH's Consumer Satisfaction Survey de Davies y Ware, versión 1988, en un área básica de salud, cumplimentado mediante entrevista domiciliaria. Destaca entre sus resultados, que es la población adulta joven la que está más insatisfecha y, que son los aspectos relacionados con la accesibilidad/recepción los que generan más insatisfacción. En los últimos quince años ha mejorado la valoración de los ciudadanos respecto a la calidad del Sistema Sanitario. Esta aseveración se desprende del estudio realizado entre los últimos meses de 2005 y primeros de 2006, por la Universidad de Harvard y la Fundación Josep L'aporte, comparando sus resultados con el realizado en 1991, por la Comisión Abril. La población centra en la demora (accesibilidad temporal) el principal problema del SNS, tanto a nivel de atención primaria como de atención especializada. Aportando como solución, la contratación de un mayor número de médicos. El sector de edad más satisfecho, es el de mayores de 65 años. Segmento que

actualmente es el que más utiliza el sistema público y, tiene más perspectiva histórica. El menos satisfecho, son los sectores sociales más jóvenes, con más capacidad crítica y mayor nivel de exigencia. El porcentaje de población que dispone de un seguro privado de salud, se ha incrementado hasta el 25%, como alternativa a la percepción de demora excesiva.

- **Informe del paciente.** Es otro método basado en encuestas. Se basa en un cuestionario de preguntas que se le realiza al cliente. En este caso, se le pregunta si se le han realizado determinadas actividades durante la consulta o la estancia hospitalaria., actividades consideradas de buena praxis. Es un enfoque que no mide opinión, sino identifica que determinadas prácticas sanitarias han estado presentes. Por ejemplo, preguntar al cliente si el médico durante la consulta o la visita, le ha preguntado si la medicación es eficaz para reducir el dolor o, si le han explicado las pautas a seguir tras el proceso de alta hospitalaria, entre otros. En la experiencia de Sainz y colaboradores, se obtuvieron 52 indicadores y 72 detalles sobre 12 problemas concretos.
- **Encuesta de experiencias del paciente.** Intenta medir la calidad de la asistencia sanitaria desde el punto de vista del cliente, a partir de la frecuencia con que los clientes encuentran algún tipo de problema al acudir a los centros sanitarios. Su premisa es sencilla, la ausencia de problemas se relaciona con una alta calidad.
- **Grupos focales.** Es una de las formas de investigación cualitativa, en la que se reúne a un grupo de personas, para indagar acerca de actitudes y reacciones frente a un servicio concepto o, idea. Las preguntas son respondidas por la interacción del grupo, en una dinámica donde los participantes se sienten cómodos y, libres de hablar y comentar sus opiniones. En un interesante estudio de Joan Guix, realizado en el año 1999 en el sector sanitario de Reus, y en pacientes posthospitalizados en el Hospital de Sant Joan, se desprende, que respecto al derecho de información los expacientes del estudio, quieren ser informados con todo aquello que tiene a ver con su salud y sus opciones diagnósticas y terapéuticas. Los expacientes afirman que el médico es la persona más adecuada para tomar decisiones sobre lo que hay que hacer (81.2%) y ven el consentimiento informado como un procedimiento para exculpar a los médicos y al hospital ante posibles problemas (67.2%) y, no como una herramienta para dar soporte a su capacidad de decisión como pacientes. Un 37,9 de los pacientes no quieren participar en las decisiones que les afectan (el 58.6% sí que quieren participar). Un 28% piensan que no pueden negarse a las decisiones que tome su médico respecto de su propia salud.
- **Otros métodos.** Aunque las encuestas de posthospitalización siguen siendo el método más utilizado, se han descrito otros métodos, cualitativos como el grupo Delphi; las técnicas de pacientes-simulados (*mystery shopping*); hojas y buzones de sugerencias; teléfonos gratuitos; así como el análisis matricial basado en el modelo QFD mediante la utilización como herramientas de las encuestas realizadas con el cuestionario SERVQHOS y una muestra de reclamaciones; auditorias para determinar el grado de orientación al cliente desde los centros

sanitarios. Y así determinar hasta que punto el centro ha organizado sus procesos, pensando en las necesidades y expectativas de sus clientes.

2.5. EL MODELO DE LAS DISCREPANCIAS: SERVQUAL

De los diferentes modelos teóricos alrededor de la satisfacción del cliente, el más utilizado en la actualidad es el de Zeithaml-Parasuraman-Berry. Los autores a mitad de la década de los 80, eran investigadores del Instituto de Marketing de Texas, propusieron un modelo de calidad del servicio, denominado de las «discrepancias» (*gaps en inglés*), que ha logrado una gran difusión, mucho mayor a la conseguida por el modelo de la Imagen de Grönroos, pese a que, como los autores reconocen, su modelo parte de los postulados originales de este autor nórdico.

Estos autores definen la Calidad como la discrepancia entre las expectativas y las percepciones que recibe el cliente. Es decir, el cliente está más satisfecho si sus percepciones sobre el servicio recibido superan las expectativas que tenía depositadas en él. Según este modelo, lo que cuentan otros clientes, las experiencias previas de utilización, la publicidad o, la propia necesidad personal, condicionan la idea de la expectativa.

$$\text{Satisfacción del cliente} = \text{Valor percibido} - \text{Expectativas}$$

Los autores desarrollaron una metodología para medir la calidad de los servicios, que denominaron, SERVQUAL y, desarrollaron cinco criterios medibles: los elementos tangibles, la fiabilidad, la capacidad de respuesta, la seguridad y la empatía. Existen un conjunto de factores que contribuyen a formar las expectativas que tienen los clientes antes de recibir un servicio. Son sus necesidades y características individuales, las experiencias previas que ha tenido en otros contactos con la institución sanitaria, la comunicación y la transmisión oral de otros clientes y finalmente, la imagen externa que tiene la institución proveedora de servicios.

Algunas veces las expectativas de los clientes pueden estar en contraposición con una actuación clínica adecuada. No debemos pensar que por tener contento al cliente se le debe dar todo el que quiere. La Calidad de servicio es estar al servicio de las necesidades del cliente y, cuando sus expectativas no son adecuadas, el trabajo de los profesionales responsables de su salud y de su atención, es convertirlas en adecuada. Esta conversión sólo es posible, cuando el cliente percibe el servicio como bueno.

En la adecuación de las expectativas de los clientes entran en juego, como habilidades de los profesionales, muchos de los aspectos que se perciben desde la perspectiva del cliente. Así forma parte de la profesionalidad la capacidad de obtener la confianza del cliente y de lograr que entienda el punto de vista del profesional. Es decir, con cortesía, seguridad, credibilidad, empatía, dedicación e interés, debemos dar la información necesaria al cliente para que su decisión sea correcta. Otro aspecto que ayudar a adecuar las expectativas del cliente es la relación a lo largo del tiempo (longitudinalidad), dado que facilita un conocimiento más cumplido e integral.

Parasuraman y colaboradores, partieron de un cuestionario inicial de 97 preguntas y diez dimensiones de la calidad percibida. Estudios posteriores de validación y

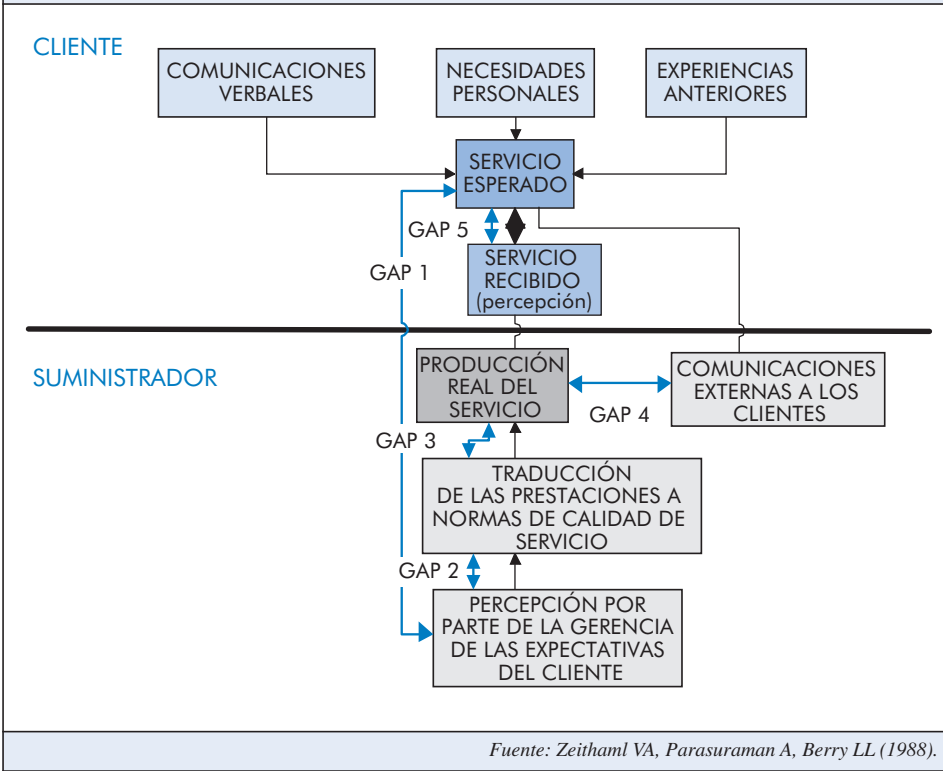
análisis factorial, se redujeron a los cinco factores actuales y, el cuestionario se compone de 44 preguntas, divididas en dos escalas con 22 cuestiones cada una. Una que evalúa las expectativas sobre el servicio ideal, la otra evalúa las percepciones de los clientes del servicio que han recibido. A continuación, se definen cada una de las cinco dimensiones de la Calidad del modelo:

- **ELEMENTOS TANGIBLES.** Apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación. En una empresa de servicios todo comunica, no se ha de olvidar que el cliente no tiene conocimientos técnicos por evaluar la calidad intrínseca y, que utiliza elementos no técnicos y marcadamente subjetivos por juzgar la calidad del servicio que recibe.
- **FIABILIDAD.** Habilidad de realizar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa. Dentro de este término se incluyen aspectos de coherencia de la información que damos a las instituciones; consistencia en el grado en que las actuaciones posteriores dan respuesta a las expectativas que los mismos profesionales han creado; puntualidad de la hora de dar el servicio.
- **CAPACIDAD DE RESPUESTA.** Disposición y voluntad por ayudar a los clientes y proporcionar un servicio rápido. Posiblemente, se puede asimilar la capacidad de respuesta a la actitud del tipo «ningún problema» (es decir, agilidad, imaginación, creatividad, voluntad de salirse). Esta actitud se contrapone a la del tipo «este no es mi problema» (que quiere decir rigidez, pereza, aferrarse a las normas, estar a la defensiva, etc.).
- **SEGURIDAD.** Conocimientos y atención mostrados por todos los profesionales y sus habilidades por inspirar credibilidad y confianza. Es el que también denominamos profesionalidad (calidad de la persona que ejerce una actividad con gran competencia). Hablamos de un buen profesional, si somos capaces de dar una buena respuesta a las necesidades de atención de los clientes, no sólo una correcta atención técnica (competencia técnica), sino mediante un proceso de atención correcta (cortesía, credibilidad, seguridad y confidencialidad).
- **EMPATÍA.** Atención individualizada que ofrecen las organizaciones a sus clientes. Una relación empática aumenta la cooperación, el cumplimiento de la parte del proceso que debe hacer el enfermo y la percepción de calidad de servicio. La empatía se mejora con una buena comunicación, a sabiendas de escuchar, teniendo en cuenta el punto de vista del cliente y manteniéndolo bien informado.

A partir de estos conceptos, construyeron el modelo teórico de la Figura 2.2, para explicar que factores incidían en la calidad de los servicios y, en las valoraciones que realizaban los clientes. Este modelo identifica un total de 5 discrepancias, cuatro en el terreno de la propia organización y una quinta en el espacio del propio cliente. Para su desarrollo teórico se siguen las contribuciones del mayor investigador español en este campo, las de José Joaquín Mira.

- **Discrepancia 1: No saber lo que esperan los clientes.** Cuando la dirección no es capaz de percibir lo que los pacientes desean o necesitan. En este caso, el

Figura 2.2. MODELO SERVQUAL DE LAS DISCREPANCIAS.



centro sanitario no estará preparado para responder, en modo alguno, a las demandas y necesidades de los pacientes y de sus familiares. Y, por tanto, será incapaz de planificar su estrategia de cara al futuro. Está condicionada por las fuentes de información disponibles sobre necesidades y expectativas de los clientes, cómo se utiliza dicha información y, cómo se establecen líneas de comunicación entre la dirección y mandos intermedios con los profesionales y empleados de contacto, con los clientes.

- **Discrepancia 2: Establecimiento de normas de calidad equivocadas.** Viene motivada porque la dirección o las jefaturas de servicio, no pueden definir de forma realista las especificaciones de calidad, que se corresponden con la información obtenida sobre las necesidades actuales y futuras de los pacientes. Está condicionada por imposibilidades organizativas, desconocimiento, despreocupación o, por no saber traducir la información disponible en requisitos de calidad del servicio.
- **Discrepancia 3: Deficiencias en la realización del servicio.** Viene condicionada por cómo se determinan los objetivos de calidad, que nivel de participación se logra en su definición, que nivel de preocupación existe en el centro

sanitario por la mejora continua del servicio, cuál es el grado de satisfacción laboral de los profesionales, sus oportunidades de desarrollo profesional tienen, qué estilo de dirección se utiliza en el centro. En general, se deben considerar todos los factores que se producen por la incapacidad de la organización, para responder a los estándares de calidad predefinidos.

- **Discrepancia 4: Diferencias entre lo que se promete y lo que se ofrece.** Se relaciona básicamente con las comunicaciones hacia el exterior y, especialmente, se refiere a las promesas hechas a los clientes y que estos perciben como no cumplidas. En la práctica, cuando ocurre esta discrepancia en un centro sanitario, suele suceder que la dirección y el personal de contacto con los clientes y sus familiares, no mantienen un nivel de comunicación adecuado. También, ocurre cuando la administración sanitaria o la dirección del centro, formulan manifestaciones que son desconocidas por el personal de contacto directo con el cliente, por ejemplo el personal de admisiones. Asimismo acontece, cuando existe una falta de coordinación manifiesta entre diferentes servicios asistenciales.
- **Discrepancia 5: Diferencia entre lo que espera y lo que sucede.** Esta discrepancia se centra directamente sobre el cliente, entre las expectativas sobre la atención que recibirá y la percepción de la experiencia realmente vivida en el centro sanitario.

El nuevo planteamiento que ofrece este modelo de las discrepancias, es que el cliente es el árbitro final de la calidad del servicio. La mejor manera de optimizar la fidelidad y la retención del cliente así como de incrementar la cuota de mercado, es la orientación clara hacia las necesidades y expectativas de los clientes actuales y potenciales. Lograr una mayor satisfacción del cliente se puede realizar mejorando el servicio prestado, o bien modulando a la baja las expectativas de los clientes. Sin embargo la satisfacción de los clientes no es estática sino dinámica (puesto que las expectativas continuamente están cambiando). Son las organizaciones excelentes, obsesionadas no por satisfacer simplemente sino por *deleitar* a sus clientes, las que consiguen su fidelización y el éxito sostenido.

Los aspectos de calidad percibida son especialmente importantes en las empresas que prestan servicios, como son los centros asistenciales. En el Cuadro 2.9 se resumen los factores clave del modelo de las discrepancias. Conforme a este modelo de las discrepancias, se puede afirmar que la calidad percibida por los clientes y sus familiares dependerá de la magnitud de estas discrepancias, de tal forma, que conforme éstas aumenten, la calidad percibida disminuye. Las causas por las que no hay calidad, según Parasuraman y colaboradores, desde el punto de vista de los clientes se resumen en: no saber lo que esperan los clientes; normas de calidad equivocadas; deficiencias en la prestación del servicio y, discrepancias entre lo que se promete y lo que se hace.

Intentando traducir este principio en los centros sanitarios el primer paso es identificar los clientes de los mismos, después proceder a evaluar su grado de satisfacción, introducir los objetivos de satisfacción dentro de los objetivos asistenciales, para finalmente incluir sus necesidades y expectativas en el diseño de los propios servicios

Cuadro 2.9. FACTORES CLAVE DE LAS DISCREPANCIAS.

GAP 1:

- **Orientación de la investigación de marketing:**
 - Número y uso de la investigación en marketing.
 - Grado de contacto entre directivos y clientes.
- **Línea de comunicación con los jefes:**
 - Búsqueda de contacto con el profesional por parte de la dirección.
 - Calidad del contacto entre directivos y profesionales.
 - Reconocimiento de las necesidades y deseos del cliente.
- **Barreras a la comunicación entre niveles.**

GAP 2:

- **Compromiso de la dirección con la calidad del servicio.**
- **Proceso formal para fijar objetivos de calidad del servicio.**
 - Existencia de un programa institucional de mejora de los procesos.
- **Estandarización de tareas para el logro de la calidad.**
- **Percepción de viabilidad:**
 - Expectativa de resultado entre el staff.

GAP 3:

- **Trabajo en equipo:**
 - Relación cliente-proveedor interno.
 - Sensación de cooperar todos para el mismo fin institucional.
 - Implicación del staff en la tarea.
- **Capacidad del profesional.**
- **Disponibilidad de los medios necesarios.**
- **Capacidad de control sobre la tarea.**
- **Sistema de evaluación del desempeño.**
- **Conflictos de rol en la organización.**
- **Ambigüedad de rol en la organización.**

GAP 4:

- **Comunicaciones horizontales.**
- **Tendencia a incumplir las promesas realizadas.**

GAP 5:

- **Expectativas de los clientes.**
- **Percepciones de los clientes.**

Fuente: adaptado de Mira JJ (2005).

clínicos. De este modo se pueden, no sólo modelar las expectativas, sino llegar a deleitar a los clientes. Esta orientación al cliente además incluye un aspecto fundamental: el tratamiento de las quejas y sugerencias. Un buen proceso de atender a las mismas no sólo es un elemento clave para la mejora del servicio, sino para conseguir la fidelización de los clientes.

MODELO SERVQHOS

En 1997, José Joaquín Mira y colaboradores realizaron una adaptación del cuestionario SERVQUAL al medio hospitalario, construyendo una versión adaptada de esta herramienta, a la que denominaron SERVQHOS. Para esta adaptación, los autores entrevistaron por correo a un total de 1.424 clientes hospitalarios, siempre transcurridos 20 días desde el alta. El cuestionario consta de 19 preguntas, que se responden mediante una escala múltiple de 5 pasos, que oscila entre: mucho mejor de lo que me esperaba y mucho menos de lo que esperaba, de tal modo que se combina en la misma escala, la relación entre expectativas y percepciones, superando parcialmente algunas de las dificultades metodológicas, de la aplicación del modelo SERVQUAL original en el ámbito hospitalario.

El cuestionario SERVQHOS al igual que el original SERVQUAL, se basan en «*el paradigma de la desconfirmación*». Es decir, la calidad vista por el cliente es el resultado de la diferencia entre expectativas y percepciones. La diferencia entre ambos conceptos radica en el tipo de comparaciones, que se suponen y realizan los clientes hospitalarios. En el primer caso, el de la Calidad Percibida, normalmente las expectativas hacen referencia a si se supera lo que el sujeto considera mínimo aceptable en su caso. Mientras, que en la Satisfacción, el sujeto intuye que podrá recibir un determinado nivel de atenciones y, compara esa idea con lo que le sucede realmente.

Los clientes sanitarios, conforme a esa idea, poseerían una idea del nivel mínimo de calidad aceptable que esperan recibir y, una estimación de lo que probablemente recibirán. Es lo que se denomina «*zona de tolerancia*» de la calidad del servicio que se espera recibir y que representa lo que es considerado aceptable por el cliente. De ahí que, cuando se trata de prestaciones de servicio continuadas o muy frecuentes (como es el caso de la Atención Primaria), las diferencias entre Calidad Percibida y Satisfacción sean mínimas, mientras que, cuando se trata de atenciones médicas puntuales puedan existir diferencias entre ambas valoraciones.

Siempre se debería considerar que estas medidas son un excelente aliado para el trabajo del clínico, ya que se ha asociado al cumplimiento terapéutico y al resultado de la intervención. Tanto en lo referente a la mejoría clínica, como a la calidad de vida que se logra después de un tratamiento. En los resultados obtenidos por el equipo de Mira, se observó que un 19% de los pacientes no recomendarían el hospital. El 59,2% se mostró satisfecho y un 3.1% muy insatisfecho. Conocer el nombre del médico y enfermera son predictores del nivel de calidad percibida. En cambio, Monteagudo y su equipo, obtuvieron un 90,6% de población satisfecha y un 9,4% de insatisfecha, siendo una de las principales quejas de los pacientes, la falta de confort de las habitaciones.

En la actualidad, SERVQUAL es uno de los instrumentos más utilizados en el sector sanitario para medir el nivel de calidad percibida por los clientes. Es uno de los instrumentos más citados en la literatura sobre calidad de servicio y, el que mayor atención ha recibido por parte de autores de muy distintas disciplinas.

2.6. BIBLIOGRAFÍA

- AGUIRRE T, MARTIN R, ALARCÓN F. La medida de la satisfacción de los usuarios: validación del instrumento SERVQUAL, en servicios sanitarios. *Rev Calidad Asistencial*. 1996; 11: 275-6.
- ALBRECHT K. Servicio al cliente interno. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.; 1990.
- ARANAZ JM, VITALLER J, AIBAR C, MOLLAR JB, MIRA JJ. Contribuciones del marketing sanitario a la práctica clínica. En: RUIZ P, ALCALDE J, LANDA JI. *Gestión clínica en cirugía*. Madrid: Arán ediciones S.L.; 2005.
- BARRASA JI, AIBAR C. Revisión sistemática de los estudios de satisfacción realizados en España en el período 1986-2001. *Rev Calidad Asistencial*. 2003; 18(7): 580-90.
- BERY LL, PARASURAMAN A. Marketing de servicios. La calidad como meta. Barcelona: Parragón ediciones S.A.; 1993.
- BUENO JM, CASAJUANA J, DAVINS J, FÉRNANDEZ MJ, DE MARCOS L, MARQUET R et al. Provant de seure al'altra cadira. La perspectiva del client. Barcelona: Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària; 1998.
- CAMINAL J, SÁNCHEZ E, SCHIAFFINO A. El análisis por segmentos de población insatisfecha: una propuesta para optimizar la información de las encuestas de satisfacción global. *Rev Calidad Asistencial*. 2002; 17 (1): 4-10.
- CAMPRUBÍ J. La satisfacción del cliente: singularidades de los servicios sanitarios. En: DEL LLANO J, ORTÚN V, MARTÍN JM, MILLÁN J, GENÉ J (directores). *Gestión Sanitaria. Innovaciones y desafíos*. Barcelona: Masson S.A.; 1998.
- CARLZON J. El momento de la verdad. Madrid: ediciones Díaz de Santos, S.A.; 1991.
- CARRIÓN-BOLAÑOS MI, BLANCO-RODRÍGUEZ JM, SALINERO-ACEITUNO M, RODRÍGUEZ-JIMÉNEZ MA, CALVO-MARTÍN C, VALENZUEL-ÁLVAREZ D. Calidad percibida por los pacientes en un hospital de agudos, medida a través de encuestas. *Rev Calidad Asistencial*. 2003; 18(1): 39-45.
- CHASE RB, AQUILANO NJ, JACOBS FR. *Production and Operations Management. Manufacturing and Services*. 8th ed. Boston: McGraw-Hill Inc.; 1998.
- CHASE RB, GARVIN DA. La fábrica de servicios. *Harvard Deusto Business Review* 1990; 2º trimestre: 75-86.
- CHIAS J. El mercado son per sonas. El marketing en las empresas de servicios. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España S.A.; 1990.
- CHIAS J. Marketing Público. Por un Gobierno y una Administración al servicio del público. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España S.A.; 1995.
- COTTLE D. El servicio centrado en el cliente. Madrid: ediciones Díaz de Santos S.A., 1991.
- DÍAZ R. La calidad percibida en la sanidad pública. *Rev Calidad Asistencial* 2005; 20(1): 35-42.
- DUARTE G, AGUIRRE A. Enfermera amable, paciente satisfecho. Validación de una nueva escala de la satisfacción de los usuarios. *Enfermería Clínica*. 2003; 13(1): 7-15.
- DURAN J, VILLALBÍ JR, GUIX J. (POR EL GRUPO DE TRABAJO SOBRE CLIENTES DE LA AGÈNCIA DE SALUT PÚBLICA DE BARCELONA (ASPB). Acerca de los clientes de las organizaciones de salud pública. *Gac Sanit*. 2004; 18(6): 479-82.
- EIGLIER P, LANGEARD E. Ser vucción. El marketing de servicios. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España S.A.; 1993.
- ELÍAS J. Clientes contentos de verdad. Claves para comprender a clientes y usuarios. Barcelona: ediciones Gestión 2000 S.A.; 2000.
- ERRASTI F. Principios de Gestión Sanitaria. Madrid: ediciones Díaz de Santos, S.A.; 1996.
- FORTUNY B. El camino hacia la Excelencia del Pius Hospital de Valls. *Excelencia*. 2001; 31: 62-6.
- FORTUNY B. Pius Hospital de Valls. Pla Estratègic 2001-2003. Valls, document intern, 2000.

- FORTUNY B. *Els Vuit Camins i... una nova manera de fer les coses*. Valls: Fundació Pública Municipal, Gestió Pius Hospital de Valls, Consultoria i Gestió; 2001.
- FORTUNY B. *Disseny, aplicació i avaluació d'un model de Gestió Hospitalària de Qualitat Total (GESHQUAT) (tesis doctoral)*. Barcelona: Universitat Politècnica de Catalunya; 2002 (disponible en <http://www.tdx.cbuc.es/TDX-0113103-100123/index.html>).
- FORTUNY B, PIÉ M, CLEMENTE P. Un teléfono 900 para atender gratuitamente las 24 horas del día las sugerencias de nuestros clientes. *Rev Calidad Asistencial*. 1999; 14: 603.
- FORTUNY B, PONSÀ, CLEMENTE P, PARIS J, GATELL T, PERICH N. Gestión de calidad total en el Pius Hospital de Valls. Dirección por procesos, mejora permanente y gestión clínica (1ª. parte) *Todo Hospital*. 2001; 173: 35-47.
- FORTUNY B, PONSÀ, CLEMENTE P, PARIS J, GATELL T, PERICH N. Gestión de calidad total en el Pius Hospital de Valls. Dirección por procesos, mejora permanente y gestión clínica (2ª. parte). *Todo Hospital*. 2001; 174: 127-37.
- FRAMPTON SB, GILPIN L, CHARMEL PA. *Putting Patients First. Designing and Practicing Patient-Centered Care*. San Francisco: Jossey-Bass; 2003.
- GRÖNROOS C. *Marketing y gestión de servicios*. Madrid: ediciones Díaz de Santos S.A.; 1993.
- GÜELL h, SANZ G. *Com millorar l'atenció al client*. Barcelona: ediciones Gestión 2000 S.A.; 2000.
- GUIX J. *Actituds i percepcions respecte dels drets dels usuaris dels hospitals del sector sanitari de Reus (tesis doctoral)*. Reus: Universitat Rovira i Virgili; 2003.
- GUIX J, FERNÁNDEZ J, SALA J. Pacientes, médicos y enfermeros: tres puntos de vista distintos sobre una misma realidad. *Actitudes y percepciones ante los derechos de los pacientes*. *Gac Sanit*. 2006; 20(6): 465-72.
- HERNANDO P, LECHUGA FJ, ÁVILA A. La utilización del cliente simulado en la evaluación de los servicios de atención al cliente. *Rev Calidad Asistencial*. 2007; 22(2): 78-83.
- HESKETT JL, SASSER WE, HART CWL. *Cambios creativos en servicios*. Madrid: ediciones Díaz de Santos, S.A.; 1993.
- HOROVITZ J. *Los siete secretos del servicio al cliente*. Madrid: Prentice Hall; 2000.
- HUETE LM. Factores que determinan la calidad de los servicios que prestan las empresas. En: RIBERA J, HUETE LM. *Empresas de servicios: un mundo de posibilidades*. Barcelona: ediciones Folio; 1997.
- IBERN P. La medida de la satisfacción en los servicios sanitarios. *Gac. Sanit*. 1992; 6:176-85.
- ILLANA F. La organización centrada en la satisfacción del paciente. *Rev Calidad Asistencial*. 2003; 18(5): 259-60.
- JOVELL AJ. Medicina basada en la afectividad. *Med Clin (Barc)*. 1999; 113(5): 173-5.
- JOVELL AJ. El paciente «impaciente» ¿Gobernarán los ciudadanos los sistemas sanitarios? *El Médico*. 2003; 25-IV: 66-72. Disponible en: http://www.elmedicointeractivo.com/informes_ext.php?idreg=23.
- JOVELL AJ. ¿Existe la medicina sin pacientes? *Educación Médica* 2005; 8 Supl. 2: 34-5.
- JOVELL AJ, NAVARRO MD, FERNÁNDEZ L, BLANCAFORT S. Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. *Aten Primaria*. 2006; 38(3): 234-7.
- KOTLER PH, CLARKE RN. *Marketing for health care organizations*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall Inc.; 1987.
- KOTLER PH, ROBERTO EL. *Marketing social*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos S.A.; 1992.
- LAMATA F. Función de marketing. En: LAMATA F. *Manual de Administración y Gestión Sanitaria*. Madrid: ediciones Díaz de Santos S.A.; 1998.
- LEONARD FS, SASSER WE. Nuevas ideas sobre el concepto de calidad. *Harvard Deusto Business Review*. 1983; 3r trimestre: 4-12.
- MENEU R. Participación de los pacientes en las decisiones sobre su asistencia sanitaria. *Rev Calidad Asistencial*. 2005; 20(6): 337-42.

- MIRA JJ. Calidad Percibida. Una revolución silenciosa. *Rev Calidad Asistencial*. 2001; 16 (3): 162-3.
- MIRA JJ. La gestión de la calidad orientada hacia el cliente. En: ARANAZ JM, VITALLER J. La calidad: un objetivo de la asistencia, una necesidad de la gestión sanitaria (dirección y coordinación). Valencia: Escuela Valenciana de Estudios para la Salud; 2002.
- MIRA JJ. Satisfecho, sí gracias... Pero ahora qué. *Rev Calidad Asistencial*. 2003; 18 (7): 567-9.
- MIRA JJ, ARANAZ J, RODRIGUEZ-MARIN J, BUIL JA, CASTELL M, VITALLER J. SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la atención hospitalaria. *Medicina Preventiva*. 1998; IV: 12-8.
- MIRA JJ, RODRIGUEZ J, TIRADO S, SITGES E. Semejanzas y diferencias entre satisfacción y calidad percibida. *Rev. Calidad Asistencial*. 2000; 15: 36-41.
- MIRA JJ, RODRÍGUEZ-MARÍN J. Análisis de las condiciones en las que los pacientes toman decisiones responsables. *Med Clin (Barc)*. 2001; 116: 104-10.
- MIRA JJ, RODRÍGUEZ-MARÍN J, PESET R, YBARRA J, PÉREZ-JOVER V, PALAZÓN I et al. Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. *Rev Calidad Asistencial*. 2002; 17(5): 273-83.
- MONTEAGUDO O, NAVARRO C, ALONSO P, CASAS R, RODRÍGUEZ L, GRACIA J et al. Aplicación hospitalaria del SERVQHOS: factores asociados a la satisfacción e insatisfacción. *Rev Calidad Asistencial*. 2003; 18(5): 263-71.
- PARASURAMAN A, ZEITHHAML V, BERRY L. SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of Service Quality. *J Retailing*. 1988; 64:12-40.
- PÉREZ-JOVER V, MIRA JJ, TOMÁS O, RODRÍGUEZ-MARÍN J. Cómo llevar a la práctica la Declaración de Derechos del Paciente de Barcelona. Recomendaciones para mejorar la comunicación con el paciente y asegurar el respeto a sus valores como persona. *Rev Calidad Asistencial*; 2005; 20(6): 327-36.
- REICHHELD FF. Los beneficios de la gestión basada en la lealtad. *Harvard Deusto Business Review*. 1993; 55:4-16.
- REICHHELD FF, SASSER WE. Como gestionar los servicios como si fueran productos tangibles. *Harvard Deusto Business Review*. 1991; 2º trimestre: 89-97.
- RIBERA J, LAGO A, MOSCOSO PG. La prestación del servicio sanitario. En: RIBERA J, GUTIÉRREZ JA, ROSENMÖLLER M (coordinadores). *Gestión en el Sector de la Salud*. Vol.2. Elementos de gestión en las instituciones. Madrid: Pearson educación S.A.; 2006.
- RUIZ R. Estrategias para promover el trato igualitario con los pacientes. *Aten Primaria*. 2006; 38(3): 178-81.
- SAINZ A, MATÍNEZ JR, ESTÉVEZ J. Informe del usuario frente a SERVQHOS. Dos formas distintas de escuchar la voz de los pacientes. *Rev Calidad Asistencial* 2003; 18(4): 229-33.
- SUÑOL R, VALLEJO P, BELTRÁN JM, HILARIÓN P, BAÑERES J, ORREGO C. Derechos de los pacientes en los principales sistemas de acreditación hospitalaria. *Rev Calidad Asistencial*. 2005; 20(6): 343-52.
- VARO J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria. Madrid: ediciones Díaz de Santos, S.A.; 1993.
- VILLANUEVA A, NEBOT C, GALÁN A, CERVERA M, MIRA JJ, PÉREZ V et al. Puntos de vista de pacientes, ciudadanos, profesionales y directivos sobre cómo llevar a la práctica una atención sanitaria centrada en el paciente. *Rev Calidad Asistencial*. 2006; 21(4): 199-206.
- WALKER D. El cliente es lo primero. Madrid: ediciones Díaz de Santos, S.A.; 1991.
- ZEITHAML V, PARASURAMAN A, BERRY LL. Calidad total en la gestión de servicios. Madrid: ediciones Díaz de Santos, S.A.; 1993.

CAPÍTULO 3.

GESTIÓN DE CALIDAD, CONCEPTOS Y MODELOS

3.1. SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

El concepto de calidad ha ido evolucionado a lo largo de los últimos años, ampliando objetivos y modificando su orientación inicial. Se puede decir que su papel ha adquirido una importancia estratégica, al evolucionar desde una mera inspección hasta la excelencia de la gestión empresarial. Un sistema de calidad es el conjunto de la estructura de la organización, de responsabilidades, de procesos, de procedimientos y de recursos, que se establecen para llevar a cabo la gestión de la calidad. Sistemas de calidad hay infinitos. Tanto como empresas, ya que cada organización que se marque unos objetivos de calidad, creará su sistema para procurar que se cumplan.

Pero el problema para estas empresas, con su sistema particular de calidad, es hacer que el mercado reconozca dicho sistema. De aquí nace la necesidad de adaptar el sistema de calidad, a los sistemas más reconocidos internacionalmente. Se puede decir que la filosofía de la gestión de la calidad ha pasado por cinco etapas, que por orden de aparición histórica, son las siguientes:

- **INSPECCIÓN**

Históricamente en este nivel se asume que la empresa produce defectos de calidad y existe un equipo o departamento que se dedica única y exclusivamente a separar los productos defectuosos de los buenos. Actualmente, la filosofía de la inspección es muy distinta.

No se trata de inspeccionar para eliminar los productos defectuosos, sino para comparar la calidad obtenida con la calidad planificada, estudiar las desviaciones y corregir el proceso, para obtener la calidad deseada. En los centros sanitarios, se dispone de las Comisiones Clínicas para realizar estas tareas.

- **CONTROL DE CALIDAD**

La aplicación de técnicas estadísticas a los procesos productivos nos permite la obtención de informaciones muy valiosas, sobre los procesos de producción. Podemos determinar la capacidad de un proceso, es decir, demostrar si el proceso está suficientemente bien diseñado para producir sin defectos de calidad, en condiciones normales.

También, nos permite determinar las causas especiales de fallo que afectan al proceso. Es decir, aunque el proceso sea capaz, puede haber una causa especial (trabajador, material defectuoso, avería, etc.) que provoque la aparición de productos defectuosos. En los centros sanitarios, se refiere a la utilización del Control Estadístico de Procesos, como por ejemplo, el control de las infecciones nosocomiales.

• ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD

Supone un paso más en la evolución de los sistemas de gestión de calidad. En él, se involucra a todos los departamentos de la empresa. La dirección empieza a tomar el papel de liderazgo, en la consecución de los objetivos. No son los sistemas de calidad más evolucionados porque tienen un objetivo de calidad determinado y, se limitan a asegurar este nivel de calidad, sin preocuparse por superarlo

Aunque en los sistemas de aseguramiento de calidad más conocidos como el de la Certificación por las normas ISO 9000 o bien, los sistemas de Acreditación hospitalaria, entre ellos el de la Joint Commission on Accreditation, se anime a la mejora continua, estos sistemas no son suficientemente evolucionados para conseguir mejoras permanentes de los procesos. El hecho que los centros sanitarios propongan un objetivo de porcentaje de defectos aceptable y, se limiten a conseguirlo, ha sido muy criticado por Deming y otros. Pues es poco ambiciosos y, evita la mejora de la competitividad. Pero, a pesar de ello, estos sistemas de aseguramiento son el trampolín perfecto, para consolidar sistemas de calidad más evolucionados, como el de la calidad total.

• CALIDAD TOTAL

La calidad total integra todos los elementos de calidad de los niveles anteriormente explicados. Pero los amplía a todos los niveles de la empresa y a todo su personal. Se caracteriza por la búsqueda constante de mejora en todos los ámbitos de la organización y, lo que es específico, no sólo en los aspectos productivos (equivalentes a la atención sanitaria). La calidad total busca un nivel elevado de calidad en cuatro aspectos: calidad del producto, calidad del servicio, calidad de gestión y calidad de vida.

La calidad total supone un cambio de cultura en la empresa, ya que todas las personas se deben concienciar, que la calidad les atañe a todos ellos sin excepción. La dirección es responsable de liderar este cambio, mediante la implantación de un sistema de mejora permanente de los procesos y, la instauración de un sistema participativo de la gestión de los mismos.

Aparece la figura de cliente externo o destinatario final del servicio y, la de cliente interno. En este sentido, es importante tener presente que toda unidad operativa dentro de un centro sanitario, se caracteriza por tener proveedores (el proceso anterior) y, tener clientes (el proceso siguiente) y además realizar las operaciones propias de la unidad. Todo proceso debe, pues, intentar satisfacer las expectativas del proceso que le sigue (cliente interno) y, ello sin crearle problemas ni inconveniencias. El primer modelo de Calidad Total se instauró en Japón con el Premio Deming (1951), en el año 1987 en EEUU se creó el premio Malcon Baldrige, que dispone de una adaptación específica para el sector sanitario.

• EXCELENCIA DE LA GESTIÓN

Se puede decir que el modelo de excelencia empresarial no es más que una evolución del modelo de calidad total, en las empresas europeas, considerando a la vez, la satisfacción de los clientes, de las personas, de la sociedad y la eficiencia económica. Definimos la excelencia como aquella forma sobresaliente de gestionar una organización y, obtener resultados perdurables en el tiempo. Se basa en ocho conceptos fundamentales: orientación a los resultados; orientación a los clientes; liderazgo y coherencia; gestión por procesos y hechos; desarrollo e implicación de las personas; proceso continuo de aprendizaje; innovación y mejora; desarrollo de alianzas; y responsabilidad social de la organización.

El modelo EFQM de Excelencia fue creado por la European Foundation for Quality Management en 1991 y la última versión del mismo, es la del año 2003. Su desarrollo conceptual y su aplicación en el sector de la salud, se explica con detenimiento en el siguiente capítulo de esta obra. La Excelencia empresarial es una estrategia de gestión de toda la organización, a través de la cual se satisfacen las necesidades y expectativas de los clientes, de los profesionales, de la alta dirección y de la sociedad en general, mediante la utilización eficiente de todos los recursos disponibles, personas y sus conocimientos, infraestructuras, tecnologías y sistemas productivos. En el sector sanitario se ha desarrollado el modelo GESANEX (véase capítulo 9), el cual surgió en el Pius Hospital de Valls a finales de la década de los noventa y, posteriormente ha sido adaptado a otros proyectos sanitarios.

3.2. CALIDAD TOTAL Y CALIDAD ASISTENCIAL

CALIDAD TOTAL

La importancia de la calidad no es cuestionada por nadie, aunque sí existen puntos de vista distintos, sobre lo que realmente se entiende por calidad. Calidad de vida, calidad de servicio, calidad del producto, buena relación precio-calidad, calidad de gestión, entre otras acepciones. La palabra calidad está de moda desde hace unos años y, se utiliza para calificar todo aquello que nos gusta o sirve, a lo largo de nuestra vida. ¿Pero cómo se define la calidad? Hay por supuesto muchas definiciones, algunas contradictorias y otras complementarias.

En el Cuadro 3.1, se exponen aquellas definiciones que permiten avanzar hacia la mejora permanente. Lo que sí tienen en común, las teorías de estos pensadores de la calidad total, es que ésta se asienta sobre tres pilares: cultura de la calidad, sistemas y recursos humanos, así como el uso de la estadística. Si falla alguno de estos pilares, será difícil, por no decir imposible, introducir la gestión de la calidad total.

Hoy en día, es difícil no encontrar en los centros sanitarios, directivos que digan que para ellos lo más importante es la calidad, pero, ¿a qué calidad se refieren? ¿A la científico-técnica o asistencial, a la de servicio, ambas a la vez? Para los profesores Grima y Tort-Martorell, la Calidad Total es una manera de gestionar, y por ello, se ha impuesto el nombre de Total Quality Management (TQM) o Gestión Total de la Ca-

Cuadro 3.1. DEFINICIONES DE LA CALIDAD	
Garvin	➤ Es una excelencia innata, reconocida de forma absoluta y universal. Algo que no es posible definir con precisión y, que se aprende a distinguir sólo a través de la experiencia.
Feigenbaum	➤ Conjunto de características del producto de marketing, ingeniería, fabricación y mantenimiento, a través del cual el producto en uso, satisface las expectativas del cliente.
Crosby	➤ Conformidad con las especificaciones.
Juran	➤ Ajuste al uso.
Deming	➤ Dar satisfacción al cliente.
Ishikawa	➤ Diseñar producir y servir un bien o servicio que sea útil, lo más económico posible y siempre satisfactorio para el usuario.
ISO	➤ Conjunto de propiedades y características de un producto o servicio que le confieren la capacidad de satisfacer las necesidades manifiestas o implícitas de sus clientes.
Kano	➤ Una actividad científica, sistemática y llevada a cabo por toda la organización, mediante la cual la empresa se debe a sus clientes, a través de sus productos y servicios.
Bernillon-Cerruti	➤ Conjunto de principios, de métodos organizados de estrategia global, intentando movilizar a toda la empresa, para obtener una mejor satisfacción del cliente, al menor coste.

lidad. La Gestión de Calidad Total es una estrategia de gestión de toda la organización, a través de la cual se satisfacen las necesidades y expectativas de los clientes, de los profesionales, de la alta dirección y de la sociedad en general, mediante la utilización eficiente de todos los recursos disponibles, de las personas y sus conocimientos, materiales, tecnologías y sistemas productivos.

De una manera amplia, el concepto de Calidad puede aplicarse a varios aspectos de una determinada actividad de servicios. Así, la calidad tiene varias acepciones en el ámbito de la gestión.

- Una filosofía empresarial que orienta al centro sanitario hacia el cliente externo y, a la satisfacción de sus necesidades y, hacia el cliente interno y, a su motivación, formación y participación.
- Una función directiva (la Gestión de la Calidad) que se desarrolla a través de cuatro procesos: planificación, organización, control y mejora.
- Un conjunto de características del servicio que satisfacen las necesidades del consumidor.

En el Cuadro 3.2, se exponen los diez los elementos que se deben considerar, en la implementación de la Gestión de la Calidad Total en un centro sanitario.

Cuadro 3.2. DECÁLOGO DE LA CALIDAD TOTAL

✓ **COMPROMISO GLOBAL DE TODO EL MUNDO.** Consiste en hacer partícipes y comprometer a todos los miembros del centro sanitario, en los fracasos y en los éxitos de la organización. El número de especialistas de calidad de la organización, es igual al de personas que trabajan en ella. Se quiere eliminar actitudes personalistas y el concepto del trabajador imprescindible. El sistema involucra no sólo a los trabajadores, sino también a los colaboradores externos y a los proveedores y, a todos ellos se les exige un compromiso firme. Debe eliminarse la idea que la calidad sólo es tarea del departamento de calidad. La calidad es tarea de todos y, su implicación va a depender de una correcta selección del personal y de su formación en la cultura de calidad de cada centro sanitario.

✓ **ORIENTACIÓN AL CLIENTE EXTERNO.** El cliente externo es la gran prioridad de la TQM. Es el cliente el que decide si el servicio es adecuado. La satisfacción del cliente debe constituir el objetivo principal de la Calidad Total. Es por esto, que hemos de incorporar la voz del cliente en la gestión de los procesos sanitarios, sean asistenciales o de apoyo, saberlo escuchar en cada momento y actuar en consecuencia.

✓ **FORMACIÓN CONTINUADA.** No se puede exigir una implicación activa de todos los colaboradores, sin que estos estén informados y formados, sobre los conceptos de calidad, los objetivos que persigue el centro, las mejoras que se obtienen y, sobre todo la forma práctica y efectiva de cómo aplicar las ideas y la metodología de la gestión de calidad. La formación es necesaria por orientar a los colaboradores sobre las políticas y prácticas de calidad, la naturaleza del trabajo, los procesos y su significado integral. De forma que no se establezcan equívocos sobre el que es una práctica (asistencial y/o de apoyo) aceptable. La formación debe orientarse a mejorar la capacidad operativa y relacional de todos los profesionales.

✓ **HACERLO BIEN A LA PRIMERA.** La cultura de la prevención busca anticiparse a la realización de errores. Para lograrlo, es imprescindible tener una perspectiva de todos los procesos y localizar posibles interfases. Las medidas preventivas son más baratas y beneficiosas sobre los resultados asistenciales que las acciones correctoras, debiéndose potenciar el autocontrol de todos los profesionales de la institución.

Cuadro 3.2. DECÁLOGO DE LA CALIDAD TOTAL (Cont.)

- ✓ **MEJORA CONTINUA.** La TQM incorpora el objetivo de perfeccionar permanentemente el sistema. No es suficiente verificar periódicamente que los requisitos del sistema se van cumpliendo, es necesario crear nuevos requisitos cada vez más ambiciosos. El estándar cero defectos en el mundo sanitario no es un objetivo, es una obligación. Es importante la introducción de indicadores simples, a nivel de todo el centro sanitario, que permitan la visualización los progresos de la mejora continua.
- ✓ **RELACIÓN DE ASOCIACIÓN CLIENTE-PROVEEDOR INTERNO.** Los clientes no son únicamente los destinatarios finales del servicio. Existen clientes en el si de la organización hospitalaria, son los clientes internos. Cada área, servicio, unidad, persona es proveedor y/o cliente de otras y, en última instancia, todos los profesionales son clientes de la organización. Con este planteamiento, se le da una importancia capital a los colaboradores, que forman las organizaciones sanitarias, hasta el punto de crear relaciones internas que sean propias de la calidad de gestión. Cuando antes, éstas sólo se reservaban exclusivamente para los clientes externos.
- ✓ **INVOLUCRACIÓN DE LOS PROVEEDORES.** El papel desempeñado por los proveedores resulta fundamental para que la aplicación de la calidad, llegue a realizarse de forma efectiva. Los proveedores constituyen el primer eslabón de la cadena y, sobre ellos debe actuarse para obtener la calidad desde el origen. Debe existir un compromiso de calidad para que los objetivos sean comunes. Es importante trabajar conjuntamente con ellos, de forma que asuman la responsabilidad de proporcionar los niveles de calidad previstos por los centros sanitarios. En los últimos años, es cada vez más común externalizar los distintos servicios generales de los hospitales y, es cada día más frecuente exigirles la certificación de un sistema de calidad, basado en normas internacionales.
- ✓ **LIDERAZGO DE LA DIRECCIÓN.** Es fundamental la voluntad, implicación y el ejemplo de la Alta Dirección. Implantar la Calidad Total, es una decisión estratégica de la dirección que conlleva un cambio de cultura de la misma. Y la gerencia debe implicarse practicando con su ejemplo, en la consecución de los objetivos de calidad, de forma activa y constante.
- ✓ **AFECTA A TODOS LOS PROCESOS.** La Calidad Total afecta a todos los procesos de las organizaciones sanitarias, sean estos asistenciales o de soporte. Y no sólo a la calidad científico-técnica de los procesos asistenciales. Lo que debe comportar la eliminación de las barreras interdepartamentales.
- ✓ **ORIENTACIÓN A LOS RESULTADOS.** Se debe evaluar continuamente la calidad de los procesos. El análisis de la situación de salida constituye la primera referencia y, el examen permanente de los resultados obtenidos muestra las tendencias. Las características de calidad sometidas a valoración deben ser cuantitativas; por lo tanto, hace falta adoptar sistemas de evaluación específicos. Debiéndose reconocer y comunicar los éxitos obtenidos.

CALIDAD ASISTENCIAL

Las organizaciones sanitarias tienen por objetivo la mejora del estado de salud de la población, ofreciendo una atención completa y adecuada a todos los ciudadanos que la demanden, en condiciones de efectividad y eficiencia. La complejidad técnica de las actividades que llevan a cabo y las múltiples interrelaciones que se producen entre recursos humanos y recursos técnicos, entre los distintos niveles asistenciales, hacen que garantizar la calidad de la atención vaya más allá del control estricto del acto realizado, debiendo incidir también en los aspectos organizativos, equipos asistenciales multidisciplinarios y satisfacción de los clientes.

El desarrollo de la sociedad actual y el incremento del nivel de vida en España, ha contribuido a fomentar una creciente demanda de prestaciones de calidad en la sanidad. El ciudadano está mejor informado y, por lo tanto, reclama más y mejores servicios. Al propugnar una sanidad que sitúa al paciente como eje de la actividad de los profesionales se hace imprescindible cumplir una primera exigencia: prestar una asistencia más personalizada, confortable y eficaz, mediante un sistema que tenga la capacidad financiera y técnica adecuada, para satisfacer las demandas y las necesidades de los ciudadanos del siglo XXI.

La gestión por procesos orientados al cliente, constituye de acuerdo con este marco de referencia, una de las piezas claves para el funcionamiento de una organización excelente, con la máxima eficacia y eficiencia. Las organizaciones sanitarias innovadoras han iniciado la implantación de la Gestión de Calidad Total. Este enfoque representa un cambio total de los paradigmas de la gestión de los servicios sanitarios y, presenta una serie de posibles conflictos respecto a la manera como son gestionados los centros sanitarios. Los nuevos paradigmas de la TQM, incluyen un enfoque participativo en vez de la autoridad profesional y de gestión, la responsabilidad colectiva versus la individual, la de mejora permanente de la calidad versus la garantía de la calidad, flexibilidad organizativa y, un enfoque orientado al cliente interno y externo. Flexibilidad en su estructura física y de sus profesionales, que permita una adaptación frente a las necesidades de sus clientes, excelencia en la realización de los servicios y eficiencia en la producción de los mismos, son las características que definirán a los centros sanitarios del futuro. La TQM permite a la vez mejorar los resultados económicos y de calidad de los centros hospitalarios. La implementación de la TQM requiere tiempo y mucha paciencia para lograr pequeños éxitos. La reivindicación de un análisis de los problemas actuales de salud y del establecimiento de prioridades consecuentes con la entresaca de objetivos específicamente sanitarios acontece, pues, el contrapunto que requieren las propuestas de modernización de la gestión y la administración sanitaria. La Calidad Total adoptada como estrategia global permitirá dinamizar las organizaciones sanitarias, con el objetivo de lograr una mejor asistencia al ciudadano con el menor coste. Reconociendo el gran esfuerzo y los avances que en los últimos años se ha producido en las organizaciones sanitarias y en la cultura profesional en relación con la calidad, es necesario sumar nuevas propuestas y, ante todo, una mayor coordinación entre los distintos niveles asistenciales del área sanitaria.

Para JM. Juran, la calidad debe estar presente en todas las actividades de una organización sanitaria. En la planificación que, conociendo cuáles son las necesidades (técnicas y percibidas) de los clientes, debe diseñar los servicios, ubicar los recursos y construir los procesos necesarios para satisfacerlos. En la medida que los niveles de

calidad, disponiendo de información que permita conocer cuáles son los estados de salud, las expectativas, las opiniones, las percepciones y las satisfacciones de los clientes, y cómo se están desarrollando los procesos técnicos. Finalmente, la calidad, con toda su carga de elementos, debe presidir los esfuerzos de mejora permanente de todos los procesos asistenciales y de soporte de la organización sanitaria. La calidad no es una cuestión sólo de médicos, sino que es necesario un esfuerzo de colaboración y un compromiso de todas las personas que trabajan en un centro sanitario, para conseguir satisfacer las necesidades de los clientes, cumpliendo los estándares técnicos aprobados en el Plan de Mejora de la institución sanitaria.

Los servicios sanitarios deben reaccionar para adaptarse a este contexto, sin poner en peligro la sostenibilidad del sistema y, lograr un sistema centrado en el paciente, que garantice la equidad, la efectividad y la eficiencia de los servicios prestados. En marzo de 2001, el Institute of Medicine de los EEUU, publicó el informe «*Crossing the Quality Chasm*», en el que proponía cambios a cuatro niveles en su sistema sanitario, los cuáles también pueden ser adaptados en el ámbito sanitario español.

- Cambios en un nivel macro relacionados con la política sanitaria del país, que incluyen reformas en los sistemas de pago, acreditación, formación de profesionales, etc.
- Cambios en las organizaciones e instituciones proveedoras de servicios sanitarios, de forma que desarrollen los sistemas de información para facilitar una atención médica más segura y eficiente. Que se favorezca el desarrollo profesional a través de la formación continuada. Que se incremente el trabajo en equipo y la cooperación con otras organizaciones.
- Cambios a nivel de la microgestión. Se necesitan intervenciones orientada a conseguir que los clínicos, tanto de atención primaria como especializada, que son los que asignan la mayor parte de los recursos del sistema, tengan los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias, para tomar decisiones con una óptima relación entre el coste y la efectividad.
- Introducir en todos los niveles del sistema sanitario, una cultura de transparencia y de rendición de cuentas (accountability).

La calidad asistencial debe dirigirse pues, a recuperar, conservar y mejorar el nivel de salud individual y colectiva de la población. Desde un punto de vista técnico se puede definir como la realización de servicios asistenciales adecuados y eficaces en cada una de sus posibles dimensiones: disponibilidad, oportunidad, equidad, eficacia, continuidad, seguridad, eficiencia, información, trato y comportamiento ético. En cambio la calidad de la gestión en las organizaciones sanitarias se dirige a la búsqueda de la excelencia, trata de maximizar el valor para todos los grupos de interés de la organización (clientes, profesionales, proveedores, sistema sanitario y sociedad) y dirige sus esfuerzos a mejorar de forma continua los resultados relevantes y la satisfacción de clientes, profesionales y de la sociedad.

«*Nosotros tenemos el mejor sistema de salud del mundo*». Esta frase probablemente haya sido pronunciada por todos los ministros de sanidad, de todos los países industrializados. En asistencia sanitaria y, en función del sistema sanitario de cada país, pueden distinguirse varios grupos de interesados (stakeholders): los clientes, los profesionales, los gestores y los políticos. Es posible que los intereses de estos grupos sean diferentes, incluso a menudo pueden estar en conflicto. Además, la lista de prio-

ridades de las expectativas o requerimientos en relación con la calidad de un grupo, puede variar según el tipo de servicio o institución sanitaria. Como consecuencia, es importante especificar claramente quién define los criterios de buena calidad y, para quién representa un beneficio dicha calidad. La medicina está llena de recomendaciones y procedimientos bien intencionados, pero económicamente injustificables, que han sido hechos ondeando la bandera de la más alta calidad. Da miedo pensar, lo que costaría implantar dichas recomendaciones (sobre todo pruebas de screening de enfermedades de baja prevalencia con un coste marginal no justificado). A pesar de ello, todavía hoy muchos profesores de medicina y representantes de la profesión médica, se enorgullecen de dejar de lado las consideraciones económicas. En el Cuadro 3.3, se presentan algunas de las definiciones de calidad asistencial más relevantes.

Cuadro 3.3. DEFINICIONES DE CALIDAD ASISTENCIAL	
A Donabedian (1980):	
➤	Tipo de cuidados que son esperados para mejorar una medida del estado de bienestar del paciente, después que se ha realizado un análisis del balance sobre las ganancias y pérdidas esperadas, que sucedan en todos los componentes del proceso de cuidados.
OMS (1985):	
➤	Asegurar que cada paciente recibe el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado, para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico y, lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y, la máxima satisfacción del paciente con el proceso.
RH Palmer (1989):	
➤	La provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.
Institute of Medicine (1990):	
➤	El grado en que los servicios de salud, mejoran para los individuos y las poblaciones la probabilidad de alcanzar unos resultados de salud favorables y consistentes, con el conocimiento profesional existente.
<i>Fuente: Adaptado de Saturno PJ, Quintana O, Varo J (1997).</i>	

Para Vuori, los motivos específicos para la calidad en la asistencia sanitaria, pueden dividirse en tres categorías: motivos éticos, de seguridad y de eficiencia.

- **Motivos éticos.** La propia profesión médica ha tenido siempre un contenido ético en su actuación, al reclamar para los pacientes la atención sanitaria que requieren, sin consideraciones de otra índole. La calidad científico-técnica sería una consecuencia de la profesión. Y para algunos de ellos, serían los propios médicos, quienes han de establecer criterios y estándares de calidad, al ser los únicos capacitados para hacerlo y no el paciente, que desconoce la calidad de los servicios que recibe. Hoy en día, no se puede ignorar que los ciudadanos, como clientes ejercen el derecho de exigir y participar en su proceso asistencial.

- **Motivos de seguridad.** La propia vida del paciente y su salud son los que están en juego en los tratamientos, a veces muy agresivos. Garantizar la seguridad de las instalaciones, de los procedimientos y tratamientos, así como, la exigencia de una calificación profesional para el ejercicio de las profesiones sanitarias, la formación continuada y la necesidad de adquirir nuevos conocimientos, es una necesidad imperativa.
- **Motivos de eficiencia.** La consecución de un efecto al menor coste posible, no tiene que contraponerse a una mala calidad. La calidad es rentable, en la industria y en la asistencia sanitaria. Calidad no es sinónimo de alta tecnología, sino del uso de la técnica adecuada, poco molesta para el paciente y de menor coste para el sistema.

Es entonces, cuando parece importante ponerse de acuerdo acerca de cuáles son los elementos que constituyen la calidad en la asistencia sanitaria. Sólo es posible planificarla, medirla y mejorarla, si existe un acuerdo previo sobre su contenido. Para evitar confusiones, diversos autores dividen la calidad en los diversos componentes que se exponen en el Cuadro 3.4.

Avedis Donabedian a la hora de describir los componentes de la calidad, distinguió entre: aspectos científico-técnicos, de relación con el paciente y, otros relativos al entorno. Esta propuesta considera como un elemento de la calidad asistencial y, por tanto, de la calidad que es objeto el paciente, aquellos aspectos de la relación, información, accesibilidad, cuidado, entre los principales, que coinciden con el acto médico y, que se suman a la calificación académica, conocimientos, habilidades, acierto diagnóstico y terapéutico, del médico.

Cuadro 3.4. LOS COMPONENTES DE LA CALIDAD ASISTENCIAL	
Efectividad	> La relación entre el impacto actual de un servicio en un sistema operativo y, su impacto potencial en una situación ideal.
Eficiencia	> La relación entre el impacto actual de un servicio y su coste de producción.
Adecuación	> La relación entre los servicios disponibles y las necesidades de la población.
Calidad científico-técnica	> El nivel de aplicación en la práctica de los conocimientos médicos y tecnológicos disponibles.
Accesibilidad	> Facilidad con la que los servicios sanitarios pueden recibirse de manera equitativa por la población.
Satisfacción y Aceptabilidad	> Grado con que la atención prestada satisface las expectativas de los pacientes y familiares.
<i>Fuente: Donabedian A (1984), Palmer AH (1989), Vuori HV (1988).</i>	

De nuestra experiencia personal, en la implantación de modelos de gestión de calidad total, hemos detectado seis requisitos que debe reunir una organización sanitaria, antes de plantearse el diseño y aplicación, de un proyecto de gestión de calidad total (véase Cuadro 3.5). El papel de liderazgo de la Alta Dirección de la organización es imprescindible para el éxito de todo proyecto, que queramos impulsar. Es responsabilidad de la Alta Dirección: definir la misión, visión y el plan estratégico de la organización; implantar el mapa de macroprocesos; determinar los procesos claves, la calidad del cual debe ser mejorada; comunicar los objetivos del proyecto y comprometerse con su hito; facilitar los recursos necesarios y potenciar a los líderes de los proyectos de mejora; nombrar al director del proyecto e integrarlo en la estructura directiva; apoyar al director del proyecto y a los líderes para superar las barreras organizacionales; evaluar el avance del proyecto; reconocer y recompensar cuando corresponda.

Cuadro 3.5. REQUISITOS PREVIOS PARA LA IMPLANTACIÓN DE LA GESTIÓN DE CALIDAD TOTAL EN UN CENTRO SANITARIO

- Compromiso de la alta dirección.
- Involucración de todos los colaboradores.
- Considerar a la organización como un conjunto de procesos orientados a los clientes.
- Trabajar sobre procesos y estructurar proyectos de mejora de procesos, con un horizonte y objetivos concretos.
- Considerar el problema de la resistencia al cambio, en todos los niveles de la organización.
- Formación en todos los niveles del centro sanitario.

Fuente: Fortuny B (2002).

3.3. MODELO ISO DE CERTIFICACIÓN

Un sistema de calidad conforme a las normas ISO tendrá como principal objetivo asegurar la consecución de unos estándares de calidad y, una política de calidad fijada por la empresa y, conocida por los clientes. Asegurar la calidad quiere decir lo mismo que controlar un proceso: hacerla previsible. En otras palabras, se pretende obtener un resultado previsible de la actividad de la empresa, que no sea precisamente una sorpresa.

ISO no es un acrónimo; proviene del griego *iso*, que significa igual. Es un error común el pensar que ISO significa *International Standards Organization*, o algo similar; en inglés su nombre es *International Organization for Standardization*, mientras que en francés se denomina *Organisation Internationale de Normalisation*; el uso del acrónimo conduciría a nombres distintos: IOS en inglés y OIN en francés, por lo que los fundadores de la organización eligieron **ISO** como la forma corta y universal de su nombre. La Internacional Organization for Standardization es una federación mundial de organismos nacionales de normalización. Es una organización no gubernamental establecida en 1947. Los Comités Técnicos de la ISO elaboran las normas internacionales y, están formados por los comités miembros de cada país (AENOR en España) interesados por un estudio concreto. Su misión es promover el desarrollo de la norma-

lización y sus actividades relacionadas en todo el mundo, con el objetivo de facilitar el intercambio internacional de bienes y servicios, desarrollando la cooperación en las actividades intelectuales, científicas, tecnológicas y económicas.

Hay que tener en cuenta que normalización y certificación, no son lo mismo: normalización consiste en la elaboración, difusión y aplicación de normas. Mientras que, la certificación es la acción llevada a cabo por una entidad, reconocida como independiente de las partes interesadas, mediante la que se manifiesta la conformidad, solicitada con carácter voluntario, de una determinada empresa, producto, servicio, proceso o, persona con los requisitos mínimos definidos en las normas o especificaciones técnicas.

AENOR se autodefine como una «entidad española, privada, independiente, sin ánimo de lucro, reconocida en los ámbitos nacional, comunitario e internacional, y que contribuye, mediante el desarrollo de las actividades de normalización y certificación (N+C) a mejorar la calidad en las empresas, sus productos y servicios, así como a proteger el medio ambiente y, con ello, el bienestar de la sociedad». Fue designada para llevar a cabo estas actividades por la Orden del Ministerio de Industria y Energía, de 26 de febrero de 1986, de acuerdo con el Real Decreto 1614/1985 y reconocida como organismo de normalización y para actuar como entidad de certificación por el Real Decreto 2200/1995, en desarrollo de la Ley 21/1992, de Industria. AENOR a su vez está acreditada por la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC).

ISO define el **aseguramiento de la calidad** como un conjunto de acciones preestablecidas y no improvisadas, sistemáticas, que se pueda demostrar de la manera adecuada que se han realizado y, necesarias para proporcionar la confianza que un servicio (o producto) satisficará unos requisitos de calidad especificados, en una situación dada.

La **certificación** es parte importante del aseguramiento. Es el procedimiento mediante el cual un tercero, da una garantía escrita de que un producto, proceso o servicio es conforme con unos requisitos especificados. Este «tercero» al que se refiere la definición, es cualquiera de los organismos de certificación existentes como, por ejemplo, la Asociación Española de Normalización y Certificación (AENOR), etc. Su finalidad es garantizar que se documentan y siguen determinados procedimientos. Se puede aplicar a instituciones, servicios e individuos.

La **auditoría** evalúa si un centro cumple determinados parámetros, siendo su finalidad fiscalizadora. El equipo auditor que se ocupa de otorgar una certificación está formado por auditores con experiencia en la evaluación de sistemas de gestión de la calidad. Los auditores han de tener la experiencia que les permita aplicar los requisitos genéricos de la norma al funcionamiento del servicio sanitario de que se trate, pero su objetivo principal es verificar el cumplimiento de los requisitos del sistema de gestión de la calidad.

La **autorización**, es cuando la administración pública establece los criterios mínimos, que han de cumplir los centros sanitarios, para poder iniciar su actividad. Su finalidad es preservar el interés público.

La **acreditación**, en cambio, es el procedimiento, un organismo autorizado da reconocimiento formal de que una organización o individuo es competente para llevar a cabo tareas específicas. En nuestro país, el «organismo autorizado» al que hace referencia la definición, es la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC). En el caso de la acreditación, como su finalidad es reconocer la competencia técnica, el equipo auditor verificará el cumplimiento de los requisitos de la norma UNE-EN ISO que pueda haber en relación con el servicio sanitario de que se trate, y los que estén relaciona-

dos con el sistema de gestión de la calidad, pero los auditores verificarán principalmente la competencia técnica del personal y la disponibilidad de todos los recursos técnicos necesarios para producir, por ejemplo, en un laboratorio, datos y resultados fidedignos con los métodos especificados.

A nivel internacional, las normas de certificación más extendidas son las de la familia ISO. De todo este conjunto de Normas, son la ISO 9001 y, la ISO 14001 las que contienen el modelo de gestión, y las únicas capaces de certificar. La norma ISO 9001 está orientada al aseguramiento de la calidad del producto/servicio y a aumentar la satisfacción del cliente. La norma ISO 14001 establece el sistema de gestión ambiental. Ambas normas son perfectamente aplicables al sector sanitario, y mucho más en su actual versión, en la que se pone especial énfasis en aspectos como la gestión por procesos y la mejora continua de éstos. Estos aspectos se hallan muy relacionados con el concepto de servicio y con la filosofía de gestión preponderante en el sector sanitario.

La norma también tiene como objetivo incrementar la satisfacción del cliente, incluyendo los procesos para la mejora continua y la garantía de la conformidad de los productos. Dos consecuencias prácticas importantes de la implantación de esta norma son el aumento del orden en el trabajo cotidiano y la documentación de todos los procesos necesarios para la prestación del servicio. Las normas de la familia ISO 9000 están basadas en 8 principios clave de gestión de la calidad. Estos 8 principios se exponen en el Cuadro 3.6.

Cuadro 3.6. PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA ISO 9001

- **Enfoque al cliente.** Las organizaciones dependen de sus clientes y por tanto deberían comprender las necesidades actuales y futuras de los clientes, satisfacer los requisitos de los clientes y esforzarse en exceder las expectativas de los clientes.
- **Liderazgo.** Los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización. Ellos deberían crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización.
- **Participación del personal.** El personal, a todos los niveles, es la esencia de una organización y su total compromiso posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización.
- **Enfoque basado en procesos.** Un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.
- **Enfoque de sistema para la gestión.** Identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de sus objetivos.
- **Mejora continua.** La mejora continua del desempeño global de la organización debería ser un objetivo permanente de ésta.
- **Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones.** Las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información.
- **Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor.** Una organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor.

Fuente: Adaptación a partir de norma ISO 9000:2000 (2000).

La evidencia objetiva de la existencia de un sistema de calidad es un requisito indispensable, independientemente del modo al que nos refiramos. La organización no sólo debe existir, se debe demostrar su existencia mediante el manual de calidad, el manual de procedimientos y las instrucciones de trabajo. Para asegurar el logro de sus objetivos, deben ser los propios ejecutores de las tareas, los que redacten los procedimientos y las instrucciones de trabajo.

Un aspecto muy importante de las normas ISO es el enfoque a procesos. Entendidos estos, como cualquier o conjunto de ellas, que utilizan recursos para transformar inputs en resultados (outcomes). En la Figura 3.1. se expone el modelo de un sistema de gestión de calidad basado en procesos. Para que las organizaciones operen de manera eficaz, tienen que identificar y gestionar numerosos procesos interrelacionados y que interaccionan. A menudo el resultado de un proceso constituye directamente el elemento de entrada del siguiente proceso. El enfoque basado en procesos consiste en, la identificación y gestión sistemática de los procesos utilizados en la organización y, en particular, las interacciones entre estos procesos.

De nuestra experiencia profesional en la implantación de un proceso de certificación ISO, en una institución sanitaria se ha requerido doce meses de intenso trabajo, de toda la organización para cumplir con los condicionamientos existentes. En la Figura 3.2, se presenta un cronograma aproximativo para la implantación rápida de un proyecto de certificación ISO, en una institución sanitaria.

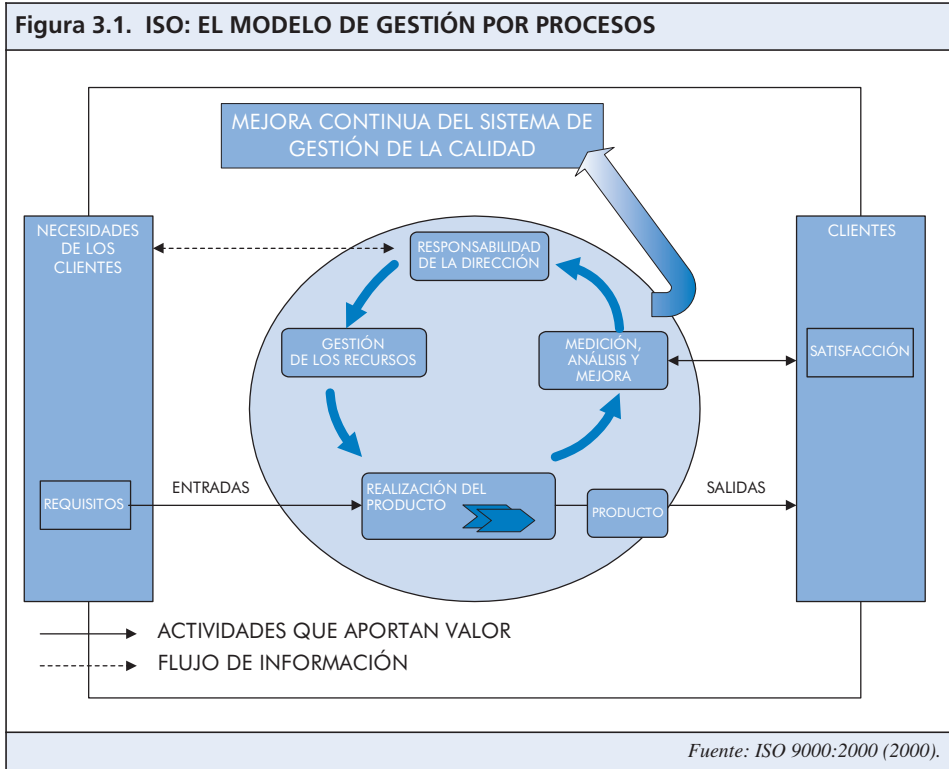


Figura 3.2. PLANIFICACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROYECTO ISO 9000

	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8	MES 9	MES 10	MES 11	MES 12
Política de calidad. Designación de responsables												
Sistema Documental básico												
Elaboración y revisión de protocolos												
Implantación del Sistema de Calidad y seguimiento												
Auditoría Interna												
Proceso de Certificación												

Para el profesor Batallé, las ventajas de la certificación son varias y, se exponen en el Cuadro 3.7. Los requisitos de la norma, correctamente aplicados, es decir adaptados a las necesidades de cada centro sanitario, son de gran ayuda para mantener la casa en orden. Para los profesores Grima y Tort-Martorell, en ningún caso puede considerarse que estos requisitos sean condición suficiente para el logro de la gestión de Calidad Total. No se considera la satisfacción de los profesionales, ni la mejora continua de los resultados, entre las principales causas. El problema reside que determinadas organizaciones, para conseguir rápidamente la certificación, pseudo-ordenen la organización, con la ayuda de expertos en la elaboración de documentos filosóficos, sin fundamento ni apoyo organizativo alguno.

Cuadro 3.7. VENTAJAS DE LA CERTIFICACIÓN ISO

- Posesión de una herramienta comercialmente eficaz.
- Evita la proliferación de auditorías de calidad por parte de los clientes.
- Mejora la credibilidad técnica y la imagen de la empresa.
- Beneficio de la promoción asegurada, basada en la publicación y difusión de la lista de productos y empresas certificadas.
- Disminución de los costes de calidad.
- Optimización de todos los recursos de la organización.
- Mayor conocimiento de los objetivos de la organización por parte de todo el personal.
- Mejora en la gestión de la información y de las comunicaciones.
- Mejora en el orden y la disciplina.
- Mayor y mejor uso de las herramientas de calidad.
- Mejor conocimiento de las relaciones cliente-proveedor.
- Mejoras en la identificación y trazabilidad de productos y procesos.
- Mejoras en la gestión de procesos.

Fuente: Batallé P (2006).

En cuanto a la duda que muchas veces se suscita acerca de la posible coexistencia de los modelos ISO y EFQM en una organización, debemos decir que su complementariedad es absoluta y que no existe ninguna contradicción entre ambos.

Una organización que esté inmersa en la implantación de un sistema de gestión de la calidad basado en las normas ISO obtendrá una ayuda valiosísima de la aplicación de métodos de diagnóstico interno y mejora continua, como el del modelo EFQM. Este modelo, al tratar de dar cobertura a todos los aspectos de la organización, es más amplio en los aspectos que analiza que el horizonte cubierto por los hitos definidos en las normas ISO. Es decir, mediante la combinación de ambos modelos, la organización no sólo no entra en conflicto consigo misma, sino que está en el camino de obtener cotas de excelencia más alta que si se limitara a certificarse de acuerdo con las normas ISO.

Muchos de los conceptos introducidos en los requisitos ISO son difíciles de trasladar a la asistencia sanitaria, dado que las ISO se centran mayoritariamente en la producción y, emplean un lenguaje distinto al del sector sanitario. Éste es el aspecto que más dificulta su comparación con los estándares de la asistencia sanitaria, aunque con el documento UNE 66924 IN: «*Sistemas de gestión de la calidad. Directrices para la mejora de los procesos en las organizaciones sanitarias*», de enero de 2002, se realiza una importante aproximación al campo sanitario. El documento tiene por objetivo, servir de ayuda en el desarrollo y mejora de un sistema de gestión de calidad en los servicios sanitarios, haciendo énfasis en la prevención de errores, en la reducción de la variabilidad y, en la disminución de las actividades que no aportan valor a la organización.

3.4. MODELOS DE ACREDITACIÓN SANITARIA

La acreditación es un proceso por el cual un centro sanitario se somete, con carácter voluntario, a un procedimiento de evaluación externa, con el fin de evaluar su grado de cumplimiento de criterios y estándares, previamente establecidos por un organismo independiente. Finalmente éste, en función de los resultados obtenidos, emitirá el dictamen correspondiente: procede la acreditación del centro, acreditación con reparos o no procede la acreditación.

El proceso de acreditación implica la evaluación de la estructura organizativa del centro sanitario y la provisión de asistencia, en comparación con estándares profesionales contemporáneos, para determinar si el centro cumple un número suficiente de estándares, para merecer el certificado de acreditación. Lo que conlleva dos tipos de conceptos. Uno, el de prevención, la mejora de la calidad pasa por un análisis metódico de las causas que provocan una disfunción y, por la puesta en marcha de acciones correctoras antes de la obtención del certificado. Dos, confianza, el cliente debe tener pruebas de que el centro está dotado de los medios necesarios, para poder gestionar el riesgo que suponen el ejercicio profesional de la medicina.

En un interesante estudio de Aranaz y colaboradores publicado en 2003, se realizó una encuesta a los directivos de los centros sanitarios españoles (no se envió a directivos catalanes), con el objetivo de explorar sus opiniones sobre el aseguramiento de la calidad y la acreditación sanitaria. Un resumen de los resultados se presenta en

el Cuadro 3.8. Un aspecto controvertido, es que los directivos españoles son partidarios de una acreditación obligatoria, como ocurre con el sistema sanitario francés, que alcanza incluso a los centros privados. EEUU y Cataluña, la exigen para contratar con la administración sanitaria pública. También consideran que el órgano de acreditación debe ser independiente, congruente con las tendencias internacionales. Y, que se hicieran públicos los resultados del proceso de acreditación.

En España, la acreditación asistencial ha tenido hasta la fecha un pobre desarrollo, excepto en Cataluña que inició el proceso en el año 1981 y, Andalucía inició su propio sistema en 2003. Ello es debido a la propia naturaleza del Sistema Nacional de Salud y, su descentralización en los Gobiernos Sanitarios Regionales,

Cuadro 3.8. RESULTADOS ENCUESTA DIRECTIVOS CENTROS SANITARIOS

Fortalezas

- > Diferenciación positiva.
- > Efecto positivo en profesionales y pacientes.
- > Reconocimiento público de capacidades.
- > Mejora de la capacidad de elección consciente por parte del ciudadano.
- > Posibilidad de comparar centros y establecer benchmarking.
- > Herramienta para detectar áreas de mejora.
- > Homogeneidad de criterios para establecer conciertos económicos.

Debilidades

- > La rigidez del sistema.
- > Los costes económicos.
- > Escasa cultura de calidad del sistema.
- > Poca implicación de los directivos.
- > Posible delegación en empresas auditoras externas.
- > Ausencia de acuerdo del modelo a seguir.
- > No percepción de su necesidad por parte de los profesionales

Oportunidades

- > Interés de las organizaciones privadas por introducirse en el sector sanitario.
- > Posibilidad de generar un modelo único para todo el SNS.
- > Avance hacia la homologación europea.
- > La exigencia de los ciudadanos cambiará la mentalidad de los médicos.
- > Aumentar la competencia gestionada.

Amenazas

- > Pérdida de prestigio o de cuotas de mercado.
- > Desmotivación ante el incumplimiento de objetivos.
- > Pérdida de confianza de la sociedad ante resultados adversos.
- > Posible incremento del desequilibrio entre hospitales grandes y pequeños.
- > Temor a la administración de datos.
- > Posible utilización inadecuada por los medios de comunicación.
- > Lucha por imponer el tipo de modelo.
- > Posibilidad de mayor judicialización de la asistencia sanitaria.

Fuente: adaptado de Aranz JM (2003).

con un mercado cautivo de pacientes. En cambio, la acreditación docente de hospitales para la formación de médicos especialista MIR, tiene una larga y exitosa tradición, siendo realizada por la Comisión Nacional de la Especialidad correspondiente.

En los últimos años, en los países desarrollados, se ha producido una irrupción muy destacable de sistemas de evaluación externa de las instituciones sanitarias. Las causas son múltiples y pueden estar relacionadas, según Joaquín Bañeres, con la percepción de que los recursos no siempre se han utilizado de forma óptima, incrementándose la preocupación de gobiernos, instituciones, profesionales y clientes, por obtener el máximo nivel de calidad en los servicios sanitarios. Para la administración sanitaria, los gestores y los profesionales, esta preocupación se relaciona con la responsabilidad de responder ante los ciudadanos, es el concepto anglosajón de la *accountability*.

MODELO JOINT COMMISSION INTERNACIONAL

Fue a principios del siglo XX, EEUU el país que inició las primeras experiencias de acreditación. Los trabajos pioneros del Dr. Ernest Codman, sirvieron para elaborar en 1917, lo que se considera el primer manual de acreditación hospitalaria de la historia, el *Minimum Standard for Hospital*, cuyo contenido cabía en una sola hoja.

La institución de acreditación sanitaria, más importante y pionera en el mundo es la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*. Fue creada en 1951, por instituciones representativas del sector sanitario: *American Medical Association*, *American Hospital Association*, *American College of Physicians*, *American College of Surgeons* y *American Dental Association*. Los programas de Acreditación de la *Joint Commission* abarcan, hospitales, centros de salud mental, asistencia domiciliaria, centros sociosanitarios, centros ambulatorios, laboratorios clínicos, redes de servicios sanitarios y, transporte sanitario de emergencias médicas.

Otros países como Canadá, Australia y Reino Unido tienen sistemas de acreditación parecidos, algunos de ellos inspirados en el de la *Joint Commission*. En el año 2003, en EEUU estaban acreditados 5000 hospitales, en Canadá 400, en el Reino Unido cerca de 100 y, en Nueva Zelanda 60. A finales de los años 90 y como resultado de la experiencia en el ámbito internacional, la *Joint Commission* creó una rama internacional, con el propósito de llevar la acreditación por todo el mundo, con un modelo más adaptable a las diferentes realidades internacionales. Para ello, un grupo de expertos de 16 países participaron en la elaboración de un nuevo manual y, en la prueba piloto de la aplicación de los mismos. La española Fundación Avedis Donabedian (FAD) que en sus primeros años había utilizado los estándares norteamericanos, participó en el grupo de expertos, que definió los nuevos estándares internacionales. Desde finales del año 2000, los hospitales españoles disponen de una traducción del nuevo manual de estándares.

Los contenidos del modelo de acreditación tienen como eje fundamental al paciente. El principal objetivo de la aplicación de los estándares es estimular las mejoras continuadas y sostenida en las organizaciones sanitarias, aplicando estándares consensuados internacionalmente. Este objetivo se trata de conseguir, a través de una evaluación externa, realizada por una institución independiente e imparcial, en Es-

paña es la FAD. La evaluación la realiza un equipo de evaluadores de la FAD certificados por la Joint Commission. Se trata de profesionales con amplia experiencia en el sector sanitario. Se trata de una revisión *inter pares* (peer-review). Lo que favorece la interlocución con los profesionales sanitarios. La evaluación es una evaluación continua, que debe revalidarse cada tres años.

El modelo actual es el de una evaluación por funciones, las cuales pueden ser evaluadas prácticamente en toda la organización. Existen dos tipos de funciones, las funciones con estándares centrados en el paciente y las funciones con estándares de gestión de la organización (véase Cuadro 3.9). Existe un equilibrio entre estándares prescriptivos con los que son indicativos. Estos últimos, indican que el centro debe hacer un determinado protocolo o procedimiento, pero es el propio centro el que lo define y, los evaluadores comprueban si se aplica tal como se ha definido. Los estándares internacionales se adaptan a los factores legales y culturales de los diferentes países y comunidades autónomas, donde se aplique. Prevalciendo la normativa local sobre los estándares, cuando hay posibles contradicciones.

El Manual de estándares incorpora en su parte final una comparación con otros modelos: el original de EEUU, Malcom Baldrige, ISO y, EFQM. Para Bañeres, el reconocimiento internacional puede ser motivador para una parte de los profesionales y, contribuir a mejorar la interlocución entre directivos y clínicos, con un instrumento que es producto del consenso de muchos profesionales. Y, que recoge más de cincuenta años de experiencia en el campo de la calidad asistencial. En el cuadro 3.10 se exponen los beneficios de obtener acreditación.

Así mismo, se han observado iniciativas de complementariedad entre distintos modelos, en el grupo SAGESSA. Desarrollando por un lado, la acreditación de la Joint Commission en el conjunto del hospital, por otro, el modelo de la EFQM como sistema de desarrollo organizacional en el marco del plan estratégico y, además, aplicando las normas ISO a diferentes partes de la organización de forma aislada (especialmente laboratorios, servicios de diagnóstico por la imagen y servicios generales).

Cuadro 3.9. FUNCIONES EVALUADAS CON EL MODELO DE ESTÁNDARES INTERNACIONALES

Estándares centrados en el paciente

- Accesibilidad y continuidad de la atención.
- Derechos del paciente y de la familia.
- Evaluación del paciente.
- Atención al paciente.
- Educación del paciente y de la familia.

Estándares de gestión de la organización

- Gestión y mejora de la calidad.
- Prevención y control de la infección.
- Gobierno, liderazgo y dirección.
- Gestión y seguridad de las instalaciones.
- Formación y cualificaciones del personal.
- Gestión de la información.

Fuente: Bañeres J (2003).

Cuadro 3.10. BENEFICIOS DE LA ACREDITACIÓN

PARA EL USUARIO

- Inspira confianza en el proveedor al garantizar que el producto ha sido evaluado por un organismo independiente y competente
- Aumenta la libertad de elección y fomenta un mercado libre, pero fiable

PARA LAS ORGANIZACIONES

- Enfoque asistencial centrado en el paciente.
- Modelo de gestión dinámico y participativo.
- Basado en las mejores prácticas de los centros Avalado por una institución de competencia y prestigio sanitarios.
- Logra una amplia participación de los profesionales Acreditación con Estándares Internacionales.
- Diagnóstico global integrador.
- Punto de partida del Plan de Calidad Basado en implicación de los profesionales en la mejora.
- Catalizador de cambios internos.
- Reconocimiento internacional.

PARA LA ADMINISTRACIÓN

- Áreas clave de atención centrada en el paciente.
- Aspectos básicos de gestión y organización de centros.
- Avalado por una institución de competencia y prestigio.
- Acreditación con Estándares Internacionales.
- Sistema adaptado a la realidad sanitaria española.
- Basado en implicación de los profesionales en la mejora.
- Guía para la gestión de la calidad en los centros.
- Favorece la comparabilidad entre centros.

MODELO DE ACREDITACIÓN HOSPITALARIA DE CATALUÑA

El primer modelo de acreditación de Cataluña data del año 1981 y, su aplicación constituyó la primera evaluación externa de la calidad de la estructura de los hospitales de una comunidad europea. Uno de los factores que más contribuyeron a la instauración del programa de acreditación de centros y servicios sanitarios asistenciales, fue diversidad de la titularidad de los centros hospitalarios. Permitiendo conocer la realidad de la red pública.

En el año 1983 se llevó a cabo un nuevo proceso de acreditación. Se ampliaron los estándares, tanto en número como en el nivel de calidad propuesto. El resultado fue que los hospitales presentaban las suficientes deficiencias, que no les permitía alcanzar la acreditación de tres años. Se emitieron certificados condicionados a un año, al cumplimiento de los puntos de mejora detectados. La crisis económica del sector sanitario, provocó la congelación de tarifas y, la paralización del proceso de acreditación. Se debe destacar que, el proceso de acreditación fue el pilar fundamental, en la creación de la Red Hospitalaria de Utilización Pública (XHUP). Desde entonces, la acreditación queda ligada a la contratación de servicios sanitarios hospitalarios. Por

tanto, todos los hospitales de la red, deben estar acreditados, de acuerdo a los estándares vigentes.

En 1991, se aprobó un nuevo modelo, con estándares fácilmente comprensibles y basados principalmente, en la estructura de los centros. Estos estándares fueron ampliamente consensuados y basados en la realidad del entorno hospitalario catalán. El proceso era obligatorio para todos los hospitales de la red pública y, voluntario para los centros privados. Este proceso y el seguimiento de las mejoras, a lo largo de los años, se ha revelado como una guía eficaz de actuación para la gestión de los centros. Incidiendo en los esfuerzos de mejora de las infraestructuras, renovación arquitectónica y, mejora de la calidad. En un estudio realizado en el año 2000, de los 85 hospitales acreditados, se detectaron problemas de cumplimiento, sobre todo en la sectorización contra incendios, seguida de la dotación del cuarto de baño y, de la rotulación interna de los centros. A nivel de calidad de las historias clínicas, algunas deficiencias detectadas fueron, en la evaluación de las mismas y, en el cumplimiento de los apartados administrativos.

A principios de 2006, se publica un nuevo decreto que regula la acreditación de centros de atención hospitalaria y, el procedimiento de autorización de las entidades evaluadoras. Los principales ejes clave del modelo de acreditación se resumen en el Cuadro 3.11.

Como objetivo principal del modelo, cabe destacar el de establecer un nivel de calidad para una organización competente. Este objetivo se hace efectivo al alcanzar un número determinado de los estándares que se denominan esenciales y que son necesarios para obtener el certificado de acreditación. Su evaluación es dicotómica, o sea, se valora si se cumple o no el estándar. Estos estándares están recogidos en el volumen 1 del *Manual de estándares*. Del modelo, se deriva un impulso a la mejora de la calidad de la organización. Éste se lleva a cabo de forma voluntaria por medio del cumplimiento de los estándares no esenciales o de mejora. Su evaluación es cuantitativa. Estos requisitos están recogidos en el volumen 2 del *Manual de estándares*.

El procedimiento de acreditación se inicia con la realización de una autoevaluación del cumplimiento de los estándares, por parte del propio centro. Una vez admitida a trámite la información presentada al Servicio de Calidad Asistencial y Acreditación, la institución puede instar el procedimiento de evaluación externa ante una entidad evaluadora autorizada, por el Departamento de Salud. El Comité de Acre-

Cuadro 3.11. EJES DEL MODELO DE ACREDITACIÓN HOSPITALARIA DE CATALUÑA

- Evalúa el proceso y orienta a resultados
- Está enfocado al cliente interno y cliente externo.
- Genera satisfacción en ciudadanos y profesionales del sector.
- Genera un impacto positivo en la sociedad y fomenta su compromiso.
- Posibilita la adaptación a otras líneas de servicio.
- Es realista con la situación actual de Cataluña.
- Es económicamente sostenible.
- Es elemento básico para la contratación de servicios.
- Evalúa los servicios de salud, con criterios de transparencia e independencia y sobre la base del análisis de los datos y de la información generada.

Fuente: Adaptado de Dirección General de Recursos Sanitarios. Generalitat de Catalunya.

ditación, órgano técnico adscrito a la Dirección general de Recursos Sanitarios del Departamento de Salud, recibe el informe y formula la propuesta de otorgación o denegación de la acreditación.

La Dirección General de Recursos Sanitarios emite la resolución correspondiente. La certificación de acreditación se emite, en base al porcentaje de estándares de acreditación que el centro haya alcanzado (véase Cuadro 3.12). Y, se puede otorgar sujeta a la ejecución de un plan de mejora, presentado por el hospital. La Dirección General de Recursos Sanitarios es la unidad del Departamento de Salud que autoriza a las entidades externas que quieren constituirse en entidades evaluadoras del modelo de acreditación.

Cuadro 3.12. NIVELES DE ACREDITACIÓN EN CATALUNYA

PORCENTAJE	ACREDITACIÓN
100	Acreditado por 3 años. No seguimiento.
80-99	Acreditado + Plan de Mejora. Auditoria interna anual.
70-79	Acreditado + Plan de Mejora. Seguimiento anual del Plan.
60-69	Acreditado + Plan de Mejora. Visita de seguimiento a los 6 meses. Si no mejora. No acreditado.
<60	No acreditado.

Fuente: Dirección General de Recursos Sanitarios. Generalitat de Catalunya.

El nuevo modelo de acreditación para centros hospitalarios de agudos, presenta para sus impulsores, unas características innovadoras, como es la adaptación de la filosofía del modelo de excelencia de la EFQM, a un modelo de acreditación, junto con estándares adaptados de modelos de aseguramiento de la calidad, como los de la Joint Commission, los de Health Quality Service (elaborado por la británica King's Fund) y las normas ISO.

MODELO DE ACREDITACIÓN DE ANDALUCIA

La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía es una organización de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía creada en 2003, para promocionar y garantizar la calidad y la mejora continua de todos los servicios de salud, mediante la garantía de su calidad y mejora continua. La Agencia de Calidad Sanitaria está organizada bajo la forma jurídica de Fundación, regida por un Patronato presidido por la Consejera de Salud e, integrado en su totalidad por miembros de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud.

El II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía, que profundiza en las políticas del I Plan, aborda nuevos retos para consolidar unos servicios de salud que satisfagan las necesidades, demandas y expectativas presentes y futuras de los ciudadanos. Este plan, identifica a la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía como un «elemento nuclear que facilitará las estrategias de mejora de los centros y situará al Sistema Sanitario Público andaluz como un sistema que busca la excelencia en la prestación de los servicios».

El modelo de acreditación andaluz es propio y singular, basado en la realidad sanitaria de la comunidad. Siendo objeto de acreditación: los centros asistenciales, las unidades de gestión clínica, las áreas sanitarias, las unidades de investigación, las competencias profesionales, la formación continuada, unidades de diálisis, páginas web sanitarias, oficinas de farmacia. Los diferentes programas de acreditación comparten, desde su propia perspectiva, la misma estructura. Contemplando las mismas áreas clave para la gestión de la calidad: 5 bloques con 5 grandes dimensiones en torno a los que se agrupan los distintos contenidos de los programas. Es decir, los ciudadanos, la atención sanitaria y los procesos, los profesionales, las áreas de soporte y, los resultados con la eficiencia. Otro aspecto relevante y común a todos los programas, es que en todos ellos la autoevaluación tiene un papel muy relevante, impulsando a la organización hacia la mejora continua.

Su punto de partida es el potencial de mejora del propio centro y, la madurez en la gestión de la calidad. El programa se basa en un patrón de referencia que comprende una serie de estándares característicos del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA), en cuyo diseño han participado profesionales y directivos del sistema, integrados en distintos Comités Técnicos Asesores.

En el grupo I, se incluyen los Estándares considerados Obligatorios para obtener el primer nivel de acreditación. Tienen esta consideración por estar comprendidos en el ámbito de la seguridad y áreas prioritarias del SSPA. Por lo tanto debes cumplirse y estar estabilizados, para alcanzar cualquier nivel de acreditación. En el grupo II, se incluyen los elementos asociados al mayor desarrollo del centro o de la unidad de gestión clínica: sistemas de información, nuevas tecnologías y, rediseño de espacios organizativos. El grupo III, abarca aquellos estándares que llevan al centro o a la unidad de gestión, a constituirse en un referente para el resto del sistema andaluz. Una vez realizada la evaluación y en función del cumplimiento de estándares, el resultado obtenido podrá ser el que se relaciona en el Cuadro 3.13.

La acreditación tiene una validez de cinco años. No obstante, una vez finalizado el proceso, los centros pueden decidir, transcurrido un año al menos, solicitar la acreditación en los grados más avanzados, para seguir caminando hacia la excelencia. En el año 2006, en el área de acreditación de centros se había finalizado 56 proyectos de los 135 presentados. De las más de 8.000 áreas de mejora identificadas por los profe-

Cuadro 3.13. TIPOS DE ACREDITACIÓN HOSPITALARIA EN ANDALUCÍA

Acreditación Avanzada
➤ Cumplimiento de más del 70% de los estándares del Grupo I (con la totalidad de los obligatorios).
Acreditación Óptima
➤ Cumplimiento del 100% de los estándares del Grupo I y más del 40% del Grupo II.
Acreditación Excelente
➤ Cumplimiento del 100% de los estándares del Grupo I y del Grupo II y de más del 40% de los estándares del Grupo III.
<i>Fuente: Consejería de Salud. Junta de Andalucía.</i>

sionales, durante la autoevaluación de sus centros, han sido implantadas más del 50%, antes de finalizar el proceso. Referente al programa de acreditación de profesionales, la Agencia junto con 36 Sociedades Científicas, ha presentado el modelo de acreditación de competencias profesionales, de las diferentes especialidades y grupos profesionales.

REGISTRO ESPAÑOL DE CERTIFICACIÓN Y ACREDITACIÓN SANITARIA (RECAS)

La Sociedad Española de Calidad Asistencial elabora el Registro Español de Certificación y Acreditación Sanitaria, como parte del esfuerzo para caminar, hacia la excelencia del sistema sanitario. El RECAS es una base de datos que acoge sistemáticamente a los centros y servicios sanitarios, que han conseguido alguna certificación o acreditación. Su principal finalidad es difundir ante la sociedad, el trabajo que las organizaciones sanitarias realizan, para mejorar el sistema sanitario español. Es un registro voluntario, en el que pueden inscribirse todas las organizaciones sanitarias españolas, independientemente de su titularidad.

Comprende tres apartados, la certificación ISO, la acreditación Joint Commission International y, evaluación externa de la European Foundation for Quality Management. En el registro del mes de febrero de 2009, se habían registrado 73 certificaciones ISO (59 de la norma 9001:2000 y, 14 de la norma 14001:2004), de distinto alcance, desde un servicio a la totalidad de las actividades de un centro asistencial. De la Joint Commission, con alcance de toda la organización, a 2 áreas básicas de salud y 4 centros hospitalarios. Con evaluación externa de la EFQM, nivel premio europeo (más de 500 puntos) 1 centro hospitalario y, otro centro con más de 500 puntos; nivel excelencia europea (entre 400-500 puntos) 4 centros hospitalarios.

Se debe destacar el esfuerzo de gestión de la CCAA del País Vasco, con los más de 25 diplomas de compromiso con la excelencia acreditados por las diferentes organizaciones de servicios de Osakidetza; un total de 4 Q de oro y 17 Q de plata obtenidos en las evaluaciones externas respecto al modelo EFQM; más del 80% de los hospitales y comarcas sanitarias que cuentan con certificación de la norma ISO o la obtención de un premio europeo a la excelencia, son prueba del esfuerzo realizado en la mejora de la calidad del servicio sanitario.

3.5. LOS COSTES DE LA CALIDAD

Durante muchos años, se ha asociado la mejora de calidad con incrementos de costes. La calidad en un centro sanitario, no debe siempre identificarse con inversiones en tecnología, en incrementos de personal o, en la puesta en marcha de nuevos procedimientos diagnósticos o terapéuticos. Una mejora del proceso asistencial conlleva una mayor calidad. Una organización sanitaria eficaz, con pequeños cambios no costosos, puede mejorar los circuitos de atención a los clientes, obtener mayor rapidez en el servicio y, por consiguiente, conseguir una mayor satisfacción de sus clientes y fa-

miliares. Ello, tiene mucho que ver con la disposición de las personas a hacer bien su trabajo, es decir, con su calidad humana.

Es cierto, siguiendo a Juran, que el desarrollo de los medios para lograr el objetivo de la calidad, conlleva unos costes de personal, formación, material, equipos, entre otros. A su valoración económica se le denomina coste de calidad. Para la Sociedad Americana de Calidad (ASQ) los costes de calidad se clasifican en costes de prevención, de evaluación y de fallos (véase figura 3.3.).

- **Costes de prevención.** Son los costes de todas las actividades específicamente diseñadas para evitar la mala calidad de los productos y servicios. Algunos ejemplos son: el desarrollo e implantación del sistema de calidad; la unidad de garantía o control de calidad con sus informes; la actividad de las comisiones clínicas y sus informes; la elaboración de vías clínicas, protocolos y planes de curas; la obtención y análisis de datos; las encuestas de percepción de la calidad a clientes, entre otros.
- **Costes de evaluación.** Son los costes correspondientes a la medida, evaluación o auditoria de los productos o servicios, para garantizar la conformidad con las normas de calidad y los requisitos de funcionamiento. Como ejemplos citaremos: la evaluación de historias clínicas; las actividades de seguimiento de las comisiones clínicas; la actividad de la comisión de garantía o control de calidad; la actividad del servicio de atención al cliente; las encuestas de satisfacción a clientes.
- **Costes de errores.** Los costes de errores son los resultantes de productos o servicios disconformes con las especificaciones o, las necesidades de los clientes. Se clasifican en dos categorías: internos y externos. Los costes de fallos internos tienen lugar antes de la entrega o expedición de un producto o de proveer un servicio. Los costes de fallos externos se producen después de entregar un producto y, durante o después de proveer un servicio.

Algunos ejemplos sanitarios de costes de errores internos, tenemos: las radiologías y todo tipo de pruebas diagnósticas, repetidas por pérdida o por mala calidad; las actividades de detección y estudio de problemas; las actividades del servicio de atención al cliente; las historias clínicas mal archivadas o perdidas.

Como ejemplo de costes de errores externos, citaremos: las quejas y reclamaciones de los clientes y su gestión; las reintervenciones quirúrgicas, ingresos hospitalarios y los efectos iatrogénicos; el servicio de atención al cliente; la pérdida de confianza del cliente y familiares; las reclamaciones judiciales.

Para Harrington, el concepto fundamental es el de **coste de mala calidad**, que es el coste incurrido para ayudar al empleado para que haga bien su trabajo y, el coste que conlleva verificar que la producción es aceptable, más cualquier otro coste que tenga la organización y el cliente, porque el producto o servicio no cumplía las especificaciones y/o expectativas del cliente. En el Cuadro 3.14, se refieren los elementos de los costes de la mala calidad.

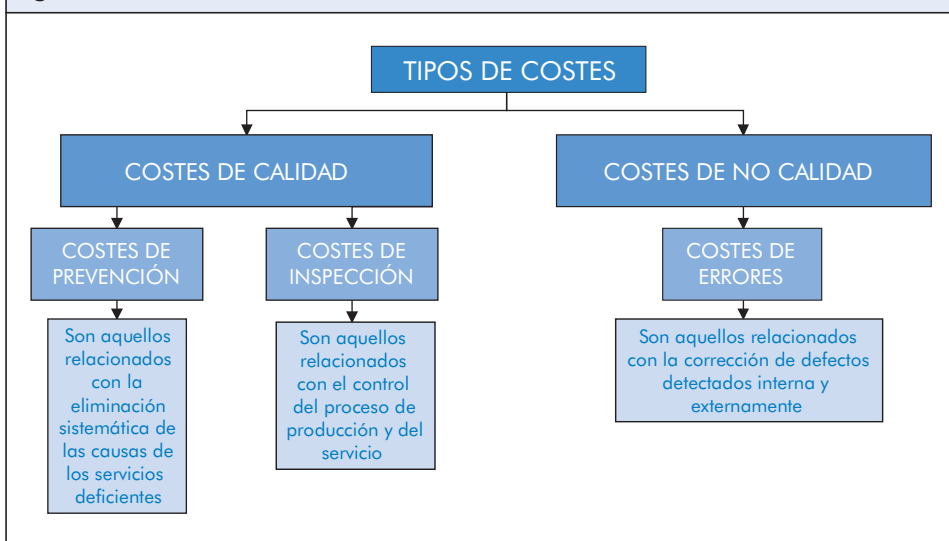
Esta clasificación se caracteriza por incluir los costes indirectos o externos, que repercutirán en la organización o en el cliente, no detectados de forma inmediata y, que se contabilizan como el resto de los costes. Los costes indirectos también son denominados costes ocultos de la calidad, siendo costes intangibles y, por consiguiente, difíciles de medir.

Cuadro 3.14. LOS ELEMENTOS DE LOS COSTES DE LA MALA CALIDAD	
Costes directos de la mala calidad	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Costes controlables de la mala calidad. ➤ Costes de prevención. ➤ Costes de evaluación. ➤ Coste resultante de la mala calidad. ➤ Coste de los errores internos. ➤ Coste de los errores externos. ➤ Coste de la mala calidad del equipo. 	
Costes indirectos de la mala calidad	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Coste en que incurre el cliente. ➤ Coste de la insatisfacción del cliente. ➤ Coste de la pérdida de reputación. 	
<i>Fuente: Harrington HJ (1990).</i>	

No es fácil asignar todos los costes a cada una de estas categorías. De hecho, la frontera entre una categoría y otra, no es clara para algunos tipos de costes. Pero, el coste de cada problema debe calcularse en función del tiempo, de personal dedicado, de materiales malgastados, o, de cualquier otro despilfarro superfluo. Una vez calculado el coste de mala calidad, se puede calcular el coste que supone resolver el problema. Aunque, la información disponible, no sea del todo exacta, no debe impedirse su estimación.

El conocimiento de los costes de calidad permite a las organizaciones sanitarias, tener una idea del nivel de cada problema y, las ventajas de su solución. Permitiendo comparar entre los distintos problemas, para decidir la prioridad de actuación. Lo que,

Figura 3.3. TIPOS DE COSTES DE CALIDAD Y DE NO CALIDAD



ayuda a tomar consciencia del impacto de los diferentes cambios, que se establecen en la organización. La gestión de los costes de la calidad se basa en que mejorar la calidad y mejorar los costes de la misma, son sinónimos. La mejora de los costes medibles tiene un efecto sobre los costes indirectos, intangibles y ocultos. El coste de calidad es un sistema global que debe formar parte de cualquier actividad de mejora. Sus cifras indicarán el potencial de mejora y la base para medir la mejora conseguida. Además, es una ayuda para establecer las prioridades y, mostrar el resultado de las acciones correctoras y, justificar su implantación.

El programa de gestión de los costes de calidad, debe iniciarse con los costes de fallo más elevados. A continuación, examinar los costes de evaluación implantados, analizando su déficit o exceso. Este análisis se utiliza para establecer el nivel preciso y deseado de la actividad evaluadora. Finalmente, la gestión de los costes de prevención pretende conseguir mejoras, para ello, se requiere un estudio minucioso que conduzca a establecer acciones de mejora para todas las actividades que afecten a la calidad del producto o servicio.

La estrategia de la utilización de los costes de la calidad, consiste en intentar llevar los costes de fallos a cero. Invertir en acciones de prevención idóneas para mejorar. Reducir los costes de evaluación según los resultados obtenidos. Y, evaluar de forma continua y orientar la prevención, para obtener sus mejoras.

3.5. BIBLIOGRAFÍA

- AENOR. Sistema de gestión de la calidad. Directrices para la mejora de los procesos en las organizaciones sanitarias. UNE 66924 IN. Madrid: AENOR; 2002.
- AENOR. Gestión de la calidad. Madrid: AENOR; 2003.
- AGENCIA DE CALIDAD DEL SNS. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
- ALMAZÁN S. Modelo de acreditación andaluz. Agencia andaluza de calidad sanitaria. Rev Adm Sanit. 2006; 4(2): 189-94.
- ARANAZ JM, LEUTSCHER E, GEA MT, VITALLER J. El aseguramiento y la acreditación sanitaria. Qué opinan sobre la acreditación los directivos sanitarios españoles. Rev Calidad Asistencial. 2003; 18(2): 107-14.
- ARBUSA I, ALFARO L, ZAMORA JJ. El Sistema Nacional de Salud en el siglo XXI. La gestión de la calidad en la provisión de Servicios Sanitarios. Rev Adm Sanit. 2005. 3(3): 431-46.
- ARCELAY A. La gestión clínica y la calidad asistencial. En: ARANAZ JM, VITALLER J. (dirección y coordinación). La calidad: Un objetivo de la asistencia, una necesidad de la gestión sanitaria. Valencia: Escuela Valenciana de Estudios para la Salud; 2001.
- BADIA A, BELLIDO S. Técnicas para la gestión de la calidad. Madrid: editorial Tecnos, S.A.; 1998.
- BALDRIGE NATIONAL QUALITY PROGRAM. 2007 Health Care Criteria for Performance Excellence. Gaithersburg: Baldrige National Quality Program; 2007.
- BAÑERES J. Sistemas internacionales de evaluación externa. Rev Calidad Asistencial. 2003; 18(2): 69-71.
- BAÑERES J. Experiencia de la Fundación Avedis Donabedian (FAD) en la aplicación del modelo de estándares internacionales de la Joint Commission of Accreditation. En: ARANAZ JM, VITALLER J. Aseguramiento de la calidad y acreditación sanitaria. Valencia: Escuela Valenciana de Estudios para la Salud; 2003.

- BERG M, SCHELLEKENS W, BERGEN C. Bridging the quality chasm: integrating professional and organizational approaches to quality. *International Journal for Quality in Health Care*. 2005; 17(1): 75-82.
- BERNILLON A, CERUTTI O. *Implantar y gestionar la calidad total*. 2ª edición. Barcelona: ediciones Gestión 2000, S.A.; 1993.
- BERWICK DM. Continuous improvement as an ideal in health care. *N Engl J Med*. 1989; 320: 53-6.
- BERWICK DM. Crossing the boundary: changing mental models in the service of improvement. *International Journal for Quality in Health Care*. 1998; 10(5): 435-41.
- BERWICK DM. A User's Manual for The IOM's «Quality Chasm» Report. *Health Affairs*. 2002; 21(3): 80-90.
- BERWICK DM, BISOGNANO M. Los servicios sanitarios. En: JURAN JM, GODFREY AB. *Manual de calidad 5ª edición vol. 2*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.U.; 2001.
- BERWICK DM, GODFREY AB, ROESSNER J. *Curing health care. New strategies for quality improvement*. San Francisco: Jossey-Bass Inc. Publishers; 1990.
- BOHIGAS L, HEATON C. Methods for external evaluation of health care institutions. *International Journal for Quality in Health Care*. 2000; 12: 231-8.
- BORREGO D. Los costes de la calidad. En: ARANAZ JM, VITALLER J. (dirección y coordinación). *La calidad: Un objetivo de la asistencia, una necesidad de la gestión sanitaria*. Valencia: Escuela Valenciana de Estudios para la Salud; 2001.
- BROOK R. Managed Care is not problem, quality is. *JAMA*. 1997; 278: 1612-4.
- CARRASCO AL. Estándares de la JCI 2002 frente al modelo EFQM: ¿hacia la complementariedad? *Rev Adm Sanit*. 2006; 4(2): 303-10.
- CARRASCO G, PALLARÉS A, CABRÉ L. Costes de la calidad en Medicina Intensiva. *Guía para gestores clínicos*. *Med Intensiva*. 2006; 30(4): 167-79.
- CLEMENTE PA, FORTUNY B, TORT-MARTORELL X. *Modelo de excelencia de la EFQM aplicado al ámbito sanitario. Aplicación práctica. Volumen 1*. Barcelona: Faura & Casas Editorial; 2003.
- CLEMENTE PA, FORTUNY B, TORT-MARTORELL X. *Modelo de excelencia de la EFQM aplicado al ámbito sanitario. Aplicación práctica. Solución al caso del Hospital de la Vall de Clefort. Volumen 2*. Barcelona: Faura & Casas Editorial; 2003.
- CROSBY PB. *Hablemos de calidad*. México D.F.: McGraw-Hill/Interamericana de México S.A.; 1993.
- DAVINS J. Comparativa de 3 modelos de gestión de calidad: EFQM, ISO, JCAHO. *FMC. Form Med Contin Aten Prim*. 2007; 14(6): 328-32.
- DEL POZO R. El modelo de acreditación de la Joint Commission-Foundation y su aplicación en atención primaria. *JANO*. 2004; LXVI(1.521): 67-70.
- DEMING WE. *Calidad, productividad y competitividad. La salida de la crisis*. Madrid: ediciones Díaz de Santos, S.A.; 1989.
- DONABEDIAN A. *La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación*. México D.F.: La Prensa Médica Mexicana, S.A.; 1984.
- DONABEDIAN A. Una aproximación a la monitorización de la calidad asistencial (primera parte). *Control de Calidad Asistencial*. 1991; 6(1): 1-6.
- DONABEDIAN A. Una aproximación a la monitorización de la calidad asistencial (segunda parte). *Control de Calidad Asistencial*. 1991; 6(2): 31-9.
- DONABEDIAN A. Evaluación de la competencia médica. *Rev Calidad Asistencial*. 2001; 16: S137-9.
- DONABEDIAN A. El pasado y el futuro a los ochenta años. *Rev Calidad Asistencial*. 1999; 14: 785-7.

- EDDY DM, BILLINGS J. The quality of medical evidence: implications for quality of care. *Health Affairs*. 1988; spring 1988: 19-32.
- EZKURRA P, SÁNCHEZ I, ASENGINOLAZA I, ZUBELDIA E, AGIRRE M. Alcance total en la certificación de procesos de una unidad de atención primaria de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. *Rev Calidad Asistencial*. 2006; 21(5) 271-6.
- FORTUNY B. Gestió de la qualitat. En *Introducció a la gestió empresarial de centres sanitaris*. Barcelona: Centre d'Estudis Col·legials. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona; 1997.
- FORTUNY B. Disseny, aplicació i avaluació d'un model de Gestió Hospitalària de Qualitat Total (GESHQUAT) (tesis doctoral). Barcelona: Universitat Politècnica de Catalunya; 2002 (disponible en <http://www.tdx.cbuc.es/TDX-0113103-100123/index.html>)
- FORTUNY G, DURAN A, CANO FJ, SACRISTAN MC, BUIXADERA J, SUÑOL R *et al*. Programa de Qualitat. Àrea de Salut de Menorca. INSALUD Balears. Maó: editorial Menorca; 1995.
- FORTUNY B, PONSÀ, CLEMENTE P, PARIS J, GATELL T, PERICH N. Gestión de calidad total en el Pius Hospital de Valls. Dirección por procesos, mejora permanente y gestión clínica (1ª parte) *Todo Hospital*. 2001; 173: 35-47.
- FORTUNY B, PONSÀ, CLEMENTE P, PARIS J, GATELL T, PERICH N. Gestión de calidad total en el Pius Hospital de Valls. Dirección por procesos, mejora permanente y gestión clínica (2ª parte). *Todo Hospital*. 2001; 174: 127-37.
- FRENK J. Medical Care and Health Improvement. *Annals of Internal Medicine*. 1998; 129(5): 419-20.
- GODFREY AB, BERWICK DM, ROESSNER J. ¿Funciona la gestión de la calidad en la sanidad? *Qualitas Hodies*. 1993; septiembre: 58-62.
- GÓMEZ G. Diseño del modelo de acreditación en la comunidad valenciana, En: ARANAZ JM, VITALLER J. Aseguramiento de la calidad y acreditación sanitaria. Valencia: Escuela Valenciana de Estudios para la Salud; 2003.
- GÓMEZ G, CERVERA M. Mejora de la calidad asistencial en la Comunidad Valenciana. *Rev Calidad Asistencial*. 2004; 19(3): 157-62.
- GRIMA P, TORT-MARTORELL J. Técnicas para la gestión de la calidad. Madrid: ediciones Díaz de Santos, S.A.; 1995.
- GRYNA FM. Calidad y costes. En: JURAN JM, GODFREY AB. *Manual de calidad* 5ª edición vol. 1. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.U.; 2001.
- GUIX J. Calidad en salud pública. *Gac Sanit*. 2005; 19: 325-32.
- HARRINGTON HJ. El coste de la mala calidad. Madrid: ediciones Díaz de Santos, S.A.; 1990.
- HUMET C. La responsabilidad del gestor en el impulso y seguimiento de los programas de calidad. *Rev Calidad Asistencial*. 1999; 14: 773-80.
- INSTITUTE OF MEDICINE. *Crossing the Quality Chasm: a New Health System for the 21st Century*. Washington: National Academy Press; 2001.
- JACKSON S. Europe supports UK Government in putting quality of the heart of health care. *Health Manpower Management*. 1998; 24: 100-3.
- JAMES P. Gestión de la Calidad Total. Madrid: Prentice Hall Iberia; 1997.
- JOINT COMMISSION INTERNATIONAL ACCREDITATION. Estándares internacionales de acreditación de hospitales. Barcelona: Fundación Avedis Donabedian; 2001.
- JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS. Características de los indicadores clínicos. *Control de Calidad Asistencial*. 1991; 6(3): 65-74.
- JURAN JM. Juran y el liderazgo de la calidad. Un manual para directivos. Madrid: ediciones Díaz de Santos, S.A.; 1990.
- JURAN JM. La función de la calidad. En: JURAN JM, GRYNA FM. *Control de Calidad*, 4ª edición. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.U.; 1993.
- JURAN JM. Por qué fracasan las iniciativas de la calidad. *Harvard DEUSTO Business Review*. 1994; 63: 58-62.

- JURAN JM. Cómo pensar sobre calidad. En: JURAN JM, GODFREY AB. Manual de calidad 5ª edición vol. 1. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.U.; 2001.
- KALUZNY AD, McLAUGHLIN CP, JAEGER BJ. TQM as a managerial innovation: research, issues and implications. En: McLAUGHLIN CP, KALUZNY Continuous Quality Improvement in Health Care. Theory, implementation, and applications. Gaithersburg: An Aspen Publication; 1994.
- KATZ JM, GREEN E. Managing quality: a guide to system-wide performance management, 2nd ed. St. Louis: Mosby-Year Book, Inc.; 1996.
- KLAZINGA NS. La calidad asistencial como meta común: el papel de los pacientes, médicos, gestores y políticos. En: LÁZARO P, MARÍN I (directores). Evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria. Madrid: Smithkline Beecham; 1998.
- LÓPEZ ML, COSTA N, MANZANERA R. Modelo de acreditación sanitaria en Cataluña. Rev Adm Sanit. 2006; 4(2): 185-8.
- LORENZO S. Hacia la gestión de la calidad total. En: ARANAZ JM, VITALLER J. (dirección y coordinación). La calidad: Un objetivo de la asistencia, una necesidad de la gestión sanitaria. Valencia: Escuela Valenciana de Estudios para la Salud; 2001.
- LORENZO S. Evidencia científica y gestión de calidad. Monografías Humanitas. 2004; 3: 107-18.
- MARQUET R. Certificación, acreditación y modelos de excelencia: algunas cuestiones para el debate. FMC. Form Med Contin Aten Prim. 2007; 14(6): 333-4.
- McLAUGHLIN CP, KALUZNY AD. Total Quality Management issues in Managed Care. J. Health Care Financ. 1997; 241: 10-6.
- MENEU R. La sombra de una duda: limitaciones en la evidencia sobre la efectividad de las iniciativas de mejora de calidad. Rev Calidad Asistencial. 2003; 18(6): 332-8.
- MIRA JJ, ARANAZ JM, ÁLVAREZ NJ. La calidad asistencial. Componentes. Evolución del concepto de calidad asistencial. En: ARANAZ JM, AIBAR C, VITALLER J, JJ MIRA. Gestión Sanitaria. Calidad y seguridad de los pacientes. Madrid: Fundación Mapfre. Ediciones Díaz de Santos, S.A.; 2008.
- NET A, SUÑOL R, BOHIGAS L, DELGADO R. El control de calidad en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Med Clin (Barc). 1986; 86: 725-30.
- NEWHOUSE JP. Why is there a quality chasm? Health Affairs. 2002; 21(4): 13-25.
- ORBEA T. Aportación de las ISO 9000 a los servicios sanitarios. Rev Calidad Asistencial. 2001; 16: 484-5.
- ORTÚN V. Mejor (servicio) siempre es más (salud). Rev Esp Salud Pública. 2006; 80: 1-4.
- ORTÚN V. Los incentivos para la mejora de la calidad en los servicios de salud. Rev Calidad Asistencial. 2007; 22(1): 1-6.
- OSAKIDETZA. Guía de gestión por procesos e ISO 9001: 2000 en las organizaciones sanitarias. Vitoria Gasteiz: Osakidetza; 2004.
- ØVRETVEIT J. Quality assessment and comparative indicators in the Nordic countries. Int J Health Plann Manage. 2001; 16: 229-41.
- ØVRETVEIT J, GUSTAFSON D. Using research to inform quality programmes. BMJ. 2003; 326: 759-61.
- PALMER RH. Evaluación de la Asistencia Ambulatoria. Principios y práctica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1990.
- PAINO M, BERRAONDO I, SÁNCHEZ E, DARPÓN J. Experiencia de certificación con normas ISO 9000 en centros de atención primaria. Cuadernos de Gestión. 2002; 8(3): 106-14.
- PEREZ P, DELGADO R, MOREU F. La política de Qualitat de la Ciutat Sanitària de Bellvitge. Salut Catalunya. 1991; 5: 129-34.
- RIBERA J. La calidad: definición e instrumentos básicos de mejora. En: RIBERA J, RODRÍGUEZ-BADAL MA, ROURE JB. Calidad: definirla, medirla y gestionarla. Barcelona: ediciones Folio, S.L.; 1997.

- RODRÍGUEZ J. La organización sanitaria y su influencia en la calidad. En: ARANAZ JM, VITALLER J. (dirección y coordinación). La calidad: Un objetivo de la asistencia, una necesidad de la gestión sanitaria. Valencia: Escuela Valenciana de Estudios para la Salud; 2001.
- RODRÍGUEZ-BADAL MA, ROURE JB. Hacia la calidad de la gestión. En: RIBERA J, RODRÍGUEZ-BADAL MA, ROURE JB. Calidad: definirla, medirla y gestionarla. Barcelona: ediciones Folio, S.L.; 1997.
- RUIZ U, SIMON J. Quality management in health care: a 20-year journey. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2004; 17(6): 323-33.
- SÁNCHEZ-LUQUE JJ, CARABAÑO-MORAL R, ZUBELDIA-SANTOYO F, ROMERO-LÓPEZ T. El proceso de acreditación de calidad en una unidad de gestión clínica de atención primaria. *Aten Primaria*. 2006; 37: 117-8.
- SATURNO P. Qué, cómo y cuándo monitorizar: herramientas para la mejora de la calidad. En: ARANAZ JM, VITALLER J. (dirección y coordinación). La calidad: Un objetivo de la asistencia, una necesidad de la gestión sanitaria. Valencia: Escuela Valenciana de Estudios para la Salud; 2001.
- SCHYVE PM. The evolution of external quality evaluation: observations from the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. *International Journal for Quality in Health Care*. 2000; 12: 255-8.
- SHAW C. External assessment of health care. *BMJ*. 2001; 322: 851-4.
- SIMÓN R, GUIX J, NUALART L, SURROCA RM, CARBONELL JM. Utilización de modelos como herramienta de diagnóstico y mejora de la calidad: EFQM y Joint Commission. *Rev Calidad Asistencial*. 2001; 16(5): 308-12.
- SUÑOL R. Posada en funcionament d'un programa de qualitat assistencial en un hospital. *Salut Catalunya*. 1991; 5: 121-3.
- SUÑOL R. Agenda para la calidad en el nuevo milenio. *Rev Calidad Asistencial*. 1999; 14: 725-8.
- SUÑOL R, BAÑERES J. Origen, evolución y características actuales de los programas de Gestión de la Calidad en los servicios de salud. En *Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria*. Madrid: Du Pont Pharma, S.A.; 1997.
- TORRES A, FERNÁNDEZ E, PANEQUE P, CARRETERO R, GARIJO A. Gestión de la calidad asistencial en Andalucía. *Rev Calidad Asistencial*. 2004; 19(3): 105-12.
- TORT-MARTORELL X. EFQM Excellence Model vs ISO 9000 (2000). *Revista de Qualitat*. 2000; 35: 17-8.
- VALDÉS P. Acreditación en el modelo de la Comisión Conjunta. *Todo Hospital*. 2007; 237: 391-9.
- VAQUERO S. Detección de no conformidades e implantación de mejoras en una unidad de cirugía mayor ambulatoria certificada según la norma ISO 9001:2000. *Rev Calidad Asistencial*. 2006; 21(6):311-3.
- VARO J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria. Madrid: ediciones Díaz de Santos, S.A.; 1993.
- VITALLER J. Orientaciones internacionales en el aseguramiento y la acreditación sanitaria. En: ARANAZ JM, VITALLER J. Aseguramiento de la calidad y acreditación sanitaria. Valencia: Escuela Valenciana de Estudios para la Salud; 2003.
- VUORI HV. El control de calidad en los servicios sanitarios. Conceptos y metodología. Barcelona: Masson, S.A.; 1988.
- VUORI H. Introducing quality assurance: an exercise in audacity. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2007; 20(1): 10-5.

CAPÍTULO 4.

EL MODELO EFQM DE EXCELENCIA

4.1. LA EXCELENCIA EMPRESARIAL Y SUS FUNDAMENTOS

Los profesionales de la salud, gestores, clínicos, proveedores, propietarios y administración sanitaria, están inmersos en una de las controversias más complejas, que el debate sobre los sistemas sanitarios aporta en la actualidad. De una parte, la mejora de la asistencia sin que los clínicos pierdan su responsabilidad y protagonismo y, de otra, la mejora de la calidad asumiendo que los proveedores de servicios tienen que satisfacer las preferencias y necesidades de sus clientes. La aproximación de estas dos perspectivas implica un cambio importante en la cultura y gestión de las organizaciones sanitarias. El Modelo Europeo de Excelencia logra conjugar estas perspectivas contrapuestas y hacerlas complementarias. Consigue que la organización realice una evaluación de sí misma y lo haga a través de un enfoque que se centra en el cliente y se realiza con la participación de los gestores de los servicios sanitarios.

La Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM) fue fundada en 1988 por 14 empresas europeas líderes en su sector, con el apoyo de la Comisión de la Unión Europea, con el objeto de ayudar a las empresas europeas a ser más competitivas en el mercado mundial. El grupo fundador estaba formado por Robert Bosch GMBH, BT, Bull SA, Ciba-Geigy AG, Dassault Aviation, AB Electrolux, Fiat Auto S.p.A., KLM-Royal Dutch Airlines, Nestlé A.G., Ing. C. Olivetti & C., S.p.A., Philips Electronics N.V., Renault, Gebrüder Sulzer Aktiengesellschaft y, Volkswagen AG. En la actualidad cuenta con más de 1.000 asociados y su misión es ser la fuerza que impulse en Europa la excelencia sostenida. Asimismo, tiene como visión un mundo en el que las organizaciones europeas sobresalgan por su excelencia.

El Modelo Europeo de Excelencia se desarrolló en 1991, en consonancia con los modelos Malcolm Baldrige en los EEUU y el premio Deming en Japón, como marco para la Autoevaluación de la organizaciones y, como base para evaluar las solicitudes al Premio Europeo de la Calidad, que fue concedido por primera vez en 1992. La EFQM fomenta el establecimiento de alianzas a nivel nacional con organizaciones similares a ella, a fin de promover la excelencia sostenida. Estas organizaciones o partners, colaboran con la EFQM para promocionar el modelo EFQM de excelencia. En España, el Club Excelencia en Gestión (CEG), es el «National Partner Organization» de la EFQM y, por tanto representante en exclusiva de la EFQM en España.

En 2003 y tras un proceso de revisión que duró dos años, se presentó la versión actual del modelo que pasó a denominarse Modelo EFQM de Excelencia. Uno de los revisores fue el profesor de la Universidad Politécnica de Catalunya, el Dr. Xavier Tort-Martorell. La EFQM propone un modelo constituido por un conjunto de facto-

res o criterios que interrelacionados entre sí definen a una organización teóricamente excelente, capaz de lograr y mantener los mejores resultados posibles. Existe una versión para el Sector Público y las Organizaciones del Voluntariado, que contempla un reducido número de modificaciones, respecto al modelo original, reflejando las peculiaridades de estas organizaciones. Estos cambios indican diferencias claves, como su naturaleza de organizaciones sin ánimo de lucro o su carácter de monopolio.

Independientemente del sector, tamaño, estructura o madurez, las organizaciones para alcanzar el éxito, necesitan establecer un sistema de gestión apropiado. En definitiva, el Modelo EFQM de Excelencia sostiene que los enfoques tradicionales que basan la mejora en el análisis de aspectos parciales de la organización, tales como los resultados, no son suficientes para conseguir organizaciones competitivas capaces de adaptarse a los cambios del entorno, siendo necesaria la consideración de otros aspectos sintetizados en la definición de la Excelencia.

El modelo EFQM de Excelencia, pone «boca abajo» los conceptos clásicos de control y garantía de calidad, todavía en uso a las organizaciones sanitarias españolas, para entrar de pleno en las más actualizadas técnicas de gestión. En las organizaciones sanitarias se ha recorrido un tortuoso camino tratando de hacer tangible aspectos tan etéreos como la calidad de servicio, otros no tanto como la calidad científico-técnica o la accesibilidad, para acabar asumiendo que todas las actividades y componentes de la organización han de orientarse hacia las necesidades y expectativas de los clientes y, hacia los resultados a través de un liderazgo ejemplar, implicando a todos los colaboradores, organizando eficientemente los procesos e innovando, aprendiendo y mejorando continuamente.

La European Foundation for Quality Management define la excelencia como *«aquella manera sobresaliente de gestionar una organización capaz de obtener resultados permanentes en el tiempo para todos los grupos de interés, mediante la aplicación de los ocho conceptos fundamentales de la Excelencia»*. Por lo tanto, la EFQM insiste en que la excelencia es una estrategia de gestión que engloba a la totalidad de la empresa. En el ámbito sanitario supone pasar de aspectos concretos científico-técnicos, a la consideración de la globalidad, de todos los procesos del centro asistencial.

Los ocho conceptos fundamentales de la excelencia pueden ser considerados como el compendio de las «mejores prácticas» en el ámbito de la gestión de organizaciones. Estos conceptos, se describen brevemente en el Cuadro 4.1.

Para que la aplicación del Modelo sea eficaz y consiga los objetivos con los que se afronta, estos principios deben ser asumidos totalmente por los directivos de la organización, de lo contrario su aplicación carecerá de sentido. El papel de la dirección es lograr que esta estrategia de gestión se despliegue por toda la organización, asumiendo el liderazgo del proyecto para conseguir que se integre en la cultura organizacional. Esta cultura debe transmitirse desde la dirección al resto de la organización sanitaria, siendo condiciones indispensables, que en primer lugar defina su compromiso con la Excelencia y, que posteriormente sus actuaciones muestren coherencia entre el compromiso teórico y la realidad práctica. Esta coherencia tiene que manifestarse en la manera de priorizar y asignar medios como comunicación, formación, fondos para equipos de mejora, tiempo, apoyo metodológico, entre otros.

Para aplicar y desplegar estos principios en una organización, se debe comenzar identificando a todos los grupos de interés relevantes (stakeholders): propietarios, políticos, clientes, trabajadores, directivos, proveedores, la comunidad. Una vez identi-

Cuadro 4.1. LOS CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE LA EXCELENCIA

- **Orientación hacia los resultados.** La Excelencia consiste en alcanzar resultados que satisfagan plenamente a todos los grupos de interés de la organización.
- **Orientación al cliente.** Consiste en crear valor sostenido para el cliente.
- **Liderazgo y coherencia en los objetivos.** Ejercer un liderazgo con capacidad de visión, que sirva de inspiración a los demás y que sea coherente en toda la organización.
- **Gestión por procesos y hechos.** Gestionar la organización mediante un conjunto de sistemas, procesos y datos, independientes e interrelacionados.
- **Desarrollo e implicación de las personas.** Maximizar la contribución de los empleados, a través de su desarrollo e implicación.
- **Proceso continuo de Aprendizaje, innovación y mejora.** Desafiar el estatus quo y hacer realidad el cambio, aprovechando el aprendizaje para crear innovación y, oportunidades de mejora.
- **Desarrollo de Alianzas.** Desarrollar y mantener alianzas que añadan valor.
- **Responsabilidad Social de la Organización.** Exceder el marco legal mínimo, en el que opera la organización y, esforzarse por comprender y dar respuesta a las expectativas, que tienen los grupos de interés en la sociedad.

ficados se deben conocer de forma estructurada y sistemática sus expectativas, para poder crear mecanismos transparentes que sean capaces de equilibrarlas y satisfacerlas. Por lo tanto, aplicar los conceptos de la Excelencia en el ámbito sanitario, supone buscar resultados satisfactorios para todos ellos. Los resultados de un centro sanitario no los podemos valorar aisladamente en sus parcelas clínicas o económicas, sino en los aspectos de aprendizaje de la propia organización y en los de servicio a la sociedad.

Si la implantación de la Excelencia en las organizaciones en general, supone un gran cambio, esto es especialmente importante en el ámbito sanitario, donde la cultura profesional está completamente consolidada. Si bien, debe empezar a nivel de la Gerencia del centro, la cual debe asignar los recursos necesarios. Su despliegue sólo será efectivo, cuando todos los directivos y mandos intermedios (Jefes de Servicio, Supervisores, Coordinadores, etc.) lo asuman, se impliquen y logren transmitirlo al resto de los profesionales y trabajadores, de la organización. Frente a la tradicional gestión de las organizaciones sanitarias, basada en divisiones, departamentos o en definitiva, funciones, el nuevo paradigma que introduce la Excelencia, es la *gestión por procesos*. El gestionar lo que realmente sucede en las empresas, permite no perder la orientación al cliente y poder adaptarse mejor a sus necesidades. Para poder hablar de gestión por procesos la organización en primer lugar debe identificarlos. La identificación es sencilla, puesto que es simplemente pensar en lo que está haciendo. Y, a continuación, crear equipos interdisciplinarios, que a través de la utilización de vías clínicas, estandaricen la actividad, que se debe realizar en cada proceso.

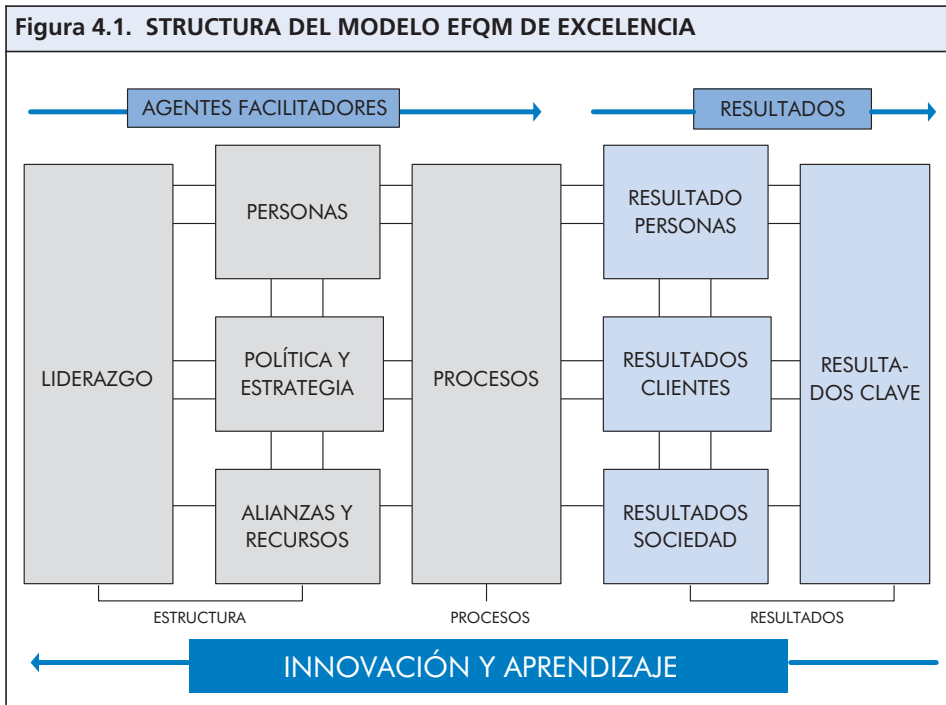
De la concepción inicial de la calidad entendida como responsabilidad del director del departamento de calidad, se ha pasado a la idea de que es responsabilidad de todas las personas de la organización. Pero la Excelencia enfatiza este concepto hasta llegar a conseguir a través del desarrollo e implicación de las personas, desarrollar la misión (razón de ser) y alcanzar la visión (meta a largo plazo) de la empresa. Si esto se acepta para las organizaciones industriales, es mucho más importante en las empresas de ser-

vicios y, por ende, en los centros sanitarios, donde muchas de las actividades las realizan profesionales en contacto directo con el cliente. Se podría decir que *la calidad mayor de una organización es la de su peor empleado*. En los centros sanitarios todo este conjunto de medidas, debe ir encaminado a alinear en el mismo sentido, los objetivos de los profesionales con los de la organización en la que trabajan y, conseguir que desarrollen su máximo potencial, en el servicio a los clientes y sus familiares

4.2. ESTRUCTURA Y CARACTERÍSTICAS DEL MODELO EFQM DE EXCELENCIA

ESTRUCTURA DEL MODELO

El actual Modelo EFQM de Excelencia (véase Figura 4.1) está compuesto por nueve criterios. Se diferencian claramente dos partes: el grupo formado por los llamados «Agentes Facilitadores» que se refieren a lo que hace organización y cómo lo hace, y el grupo de criterios «Resultados» que dan cuenta de los logros obtenidos por la organización respecto a todos los grupos de interés (clientes, trabajadores, sociedad) y en relación a los objetivos globales. La premisa establecida por el modelo explica cómo los Agentes Facilitadores son los determinantes de los Resultados alcanzados. Como puede observarse, en la misma figura, esta formulación no difiere de



la clásica conceptualización de estructura, proceso y resultados propuesta por Donabedian y que resulta más familiar en los servicios sanitarios.

El modelo EFQM de Excelencia, dice que «la satisfacción de clientes y empleados y la obtención de un impacto positivo en la sociedad se consiguen mediante un adecuado liderazgo de los directivos en el proceso de transformación de la organización, mediante el establecimiento de oportunas políticas y estrategias, un adecuado aprovechamiento de los recursos y alianzas de todo tipo y una buena gestión de sus procesos, todo lo cual lleva a conseguir la visión de la organización con excelentes resultados de negocio.»

La EFQM agrupa a los criterios en dos categorías: Agentes Facilitadores y Resultados. Los criterios del grupo de los agentes facilitadores, analizan como la organización realiza las actividades clave. Los criterios del grupo de resultados, se encargan de los resultados que se obtienen. El planteamiento genérico de cada uno de los criterios se especifica mediante un conjunto de subcriterios, hasta completar un total de 32, que detallan su contenido. De igual forma en cada subcriterio se recogen las llamadas áreas a abordar o de interés que aclaran, a modo de ejemplo de las mejores prácticas de gestión, cuál es el significado y alcance de cada criterio. Los nueve criterios con sus treinta y dos subcriterios están relacionados con todas las áreas de gestión y de medición de resultados de las organizaciones. A partir de nuestra experiencia personal, en la Figura 4.1, se relaciona el modelo EFQM con los tres criterios de evaluación de la calidad, de Avedis Donabedian.

El Modelo de la EFQM divide los criterios de resultados en dos subcriterios: medidas de percepción y medidas de rendimiento. Aquellas son los datos directos o clave que obtiene la organización, mientras que éstas son los resultados internos de las métricas de los procesos. En los Cuadros 4.2 y 4.3, se describen brevemente el concepto de cada uno de los nueve criterios, cuya definición más detallada puede encontrarse en el documento oficial y, así mismo, se relacionan los 32 subcriterios de los agentes, facilitadores y de los resultados. Las flechas del modelo quieren resaltar la naturaleza dinámica del mismo. Mostrando que la innovación y el aprendizaje, potencian la labor de los agentes facilitadores y, por tanto, a unos mejores resultados.

Cuadro 4.2. CRITERIOS Y SUBCRITERIOS DEL MODELO EFQM DE EXCELENCIA. AGENTES FACILITADORES

➤ **Liderazgo:** la responsabilidad ineludible de los equipos directivos de ser los promotores de conducir la organización hacia la excelencia. Los líderes deben mostrar claramente su compromiso con la mejora continua, desarrollando la misión y la visión y actuando como modelo para el resto de la organización. Implicándose con los clientes y colaboradores y reconociendo los esfuerzos y logros de los empleados

- Los líderes desarrollan la misión, visión, valores y principios éticos. Y actúan como modelo de referencia de una cultura de Excelencia.
- Los líderes se implican personalmente para garantizar el desarrollo, implantación y, mejora continua, del sistema de gestión de la organización.
- Los líderes interactúan con clientes, partners y representantes de la sociedad.
- Los líderes refuerzan una cultura de Excelencia, entre las personas de la organización.
- Los líderes definen e impulsan el cambio en la organización.

Cuadro 4.2. CRITERIOS Y SUBCRITERIOS DEL MODELO EFQM DE EXCELENCIA. AGENTES FACILITADORES (Cont.)

➤ **Política y estrategia:** Revisa en qué medida la misión, visión y valores de la organización, están fundamentadas en la información procedente de indicadores relevantes (rendimiento, investigación, creatividad y comparación con las mejores prácticas, etc.), así como en las necesidades y expectativas de clientes y otros grupos de interés. También analiza la estructura de procesos que desarrollan la política y estrategia y cómo se transmite a toda la organización

- La política y estrategia se basa en las necesidades y expectativas actuales y futuras de los grupos de interés.
- La política y estrategia se basa en la información de los indicadores de rendimiento, la investigación, el aprendizaje y las actividades externas.
- La política y estrategia se desarrolla, revisa y actualiza.
- La política y estrategia se comunica y despliega, mediante un esquema de procesos clave.

➤ **Personas:** Considera la gestión de los recursos humanos de la organización y los planes que desarrolla para aprovechar el potencial de los profesionales. También estudia los sistemas de comunicación, reconocimiento y distribución de responsabilidades

- Planificación, gestión y mejora de los recursos humanos.
- Identificación, desarrollo y mantenimiento del conocimiento y la capacidad de las personas de la organización.
- Implicación y asunción de responsabilidades, por parte de las personas de la organización.
- Existencia de un diálogo entre las personas y la organización.
- Recompensa, reconocimiento y atención a las personas de la organización.

➤ **Alianzas y recursos:** Evalúa cómo gestiona la organización los recursos más importantes (financieros, materiales, tecnológicos, información), con excepción de los Recursos Humanos, y las colaboraciones que establece con organizaciones externas

- Gestión de las alianzas externas.
- Gestión de los recursos económicos y financieros.
- Gestión de los edificios, equipos y materiales.
- Gestión de la tecnología.

➤ **Procesos:** Se refiere al diseño y gestión de los procesos implantados en la organización, su análisis y cómo se orientan a las necesidades y expectativas de los clientes

- Diseño y gestión sistemática de los procesos.
- Introducción de las mejoras necesarias en los procesos, mediante la innovación, a fin de satisfacer plenamente a clientes y otros grupos de interés, generando cada vez mayor valor.
- Diseño y desarrollo de los productos y servicios, basándose en las necesidades y expectativas de los clientes.
- Producción, distribución y servicio de atención, de los productos y servicios.
- Gestión y mejora de las relaciones con los clientes.

Fuente: Modelo EFQM de Excelencia. Versión para el Sector Público y las Organizaciones del Voluntariado (2003).

Cuadro 4.3. CRITERIOS Y SUBCRITERIOS DEL MODELO EFQM DE EXCELENCIA. RESULTADOS

<p>➤ Resultados en los clientes: Se refiere tanto a la percepción que los clientes tienen de la organización, medida a través de encuestas o contactos directos, como a los indicadores internos que contempla la organización para comprender su rendimiento y adecuarse a las necesidades de los clientes.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Medidas de percepción: imagen general, productos y servicios, apoyo y atención a los productos y servicios, fidelidad. • Indicadores de rendimiento: imagen externa, productos y servicios, apoyo y atención a los productos y servicios, fidelidad.
<p>➤ Resultados en las personas: Se refiere a los mismos aspectos que el criterio anterior pero en referencia a los profesionales de la organización. De igual manera se contemplan medidas de percepción de la organización por parte de las personas que la integran, e indicadores internos de rendimiento.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Medidas de percepción: motivación, satisfacción. • Indicadores de rendimiento: logros, motivación e implicación, satisfacción, servicios que la organización proporciona a las personas que la integran.
<p>➤ Resultados en la sociedad: Analiza los logros que la organización alcanza en la sociedad. Para ello considera la repercusión de la organización sobre el medioambiente, la economía, educación, bienestar, entre los más relevantes.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Medidas de percepción: imagen general, actividades como miembro responsable de la sociedad, implicación en las comunidades donde opera, información sobre las actividades de la organización que contribuyen a la preservación y mantenimiento de los recursos. • Indicadores de rendimiento: tratamiento de los cambios en los niveles de empleo, relaciones con las autoridades, felicitaciones y premios recibidos.
<p>➤ Resultados Clave: Evalúa los logros de la organización respecto al rendimiento planificado, tanto en lo que se refiere a objetivos financieros como a los relativos a los procesos, recursos, tecnología, conocimiento e información.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Resultados clave del rendimiento de la organización: resultados económicos y financieros, resultados no económicos. • Indicadores clave del rendimiento de la organización: económicos y financieros, no financieros.

Fuente: Modelo EFQM de Excelencia. Versión para el Sector Público y las Organizaciones del Voluntariado (2003).

CARACTERÍSTICAS DEL MODELO EFQM DE EXCELENCIA

Además del atractivo de los fundamentos que definen el marco conceptual, el modelo reúne una serie de características (véase Cuadro 4.4) que le hacen particularmente robusto y, que han favorecido el creciente interés con el que se contempla

Cuadro 4.4. CARACTERÍSTICAS DEL MODELO EFQM DE EXCELENCIA

- Está basado en los principios de la Excelencia.
- Es una herramienta de diagnóstico del nivel de implantación de la dirección de la excelencia en una organización.
- Ofrece un marco genérico de criterios, que pueden aplicarse ampliamente en cualquier organización o componente de la misma.
- Realizado en un marco no prescriptivo.
- Es una estrategia de gestión que aglutina las mejores prácticas en la gestión empresarial.
- En el ámbito sanitario, permite pasar de aspectos muy concretos de la calidad asistencial, a la gestión de la globalidad del centro.

en el entorno sanitario. Es un instrumento genérico y muy flexible de forma que puede ser utilizado en cualquier tipo de organización o empresa, independientemente del tamaño, sector de negocio, o carácter público o privado, y puede referirse tanto a la totalidad de la organización como a diferentes divisiones, unidades o servicios. Tiene un carácter no prescriptivo, en el sentido de que la aplicación del modelo no dicta lo que hay que hacer, sino, que debe ser cada unidad la que decida las acciones a emprender. Reconociendo que las propias características y singularidades de cada organización, pueden determinar el camino a seguir, para mejorar la eficiencia de una organización.

La ventaja que aporta la utilización del modelo, como instrumento de identificación de oportunidades de mejora, es que la Autoevaluación que propone tiene un carácter sistemático, periódico y, altamente estructurado, de forma que se revisan de una forma lógica y ordenada todos los aspectos críticos de una organización, que pueden tener influencia en su gestión, representados por los 9 criterios y 32 subcriterios en los que está estructurado el modelo. La atención se dirige a la globalidad de la organización siendo más enriquecedora, realista y eficiente que los abordajes que se dirigen a aspectos concretos o parciales.

La incorporación del aprendizaje adquirido tras la evaluación en desarrollo de planes de mejora, confieren al modelo un carácter dinámico que posibilita adaptarse a las necesidades cambiantes de los clientes y de otros grupos de interés, a la disponibilidad de recursos de cada tiempo y la detección y ajuste de deficiencias potenciales. De esta forma se supera el carácter estático que establece el aseguramiento de un determinado nivel de calidad. Este carácter dinámico se refleja en el esquema del modelo de forma que la innovación y aprendizaje actúan potenciando los agentes facilitadores dando lugar a una mejora de los resultados.

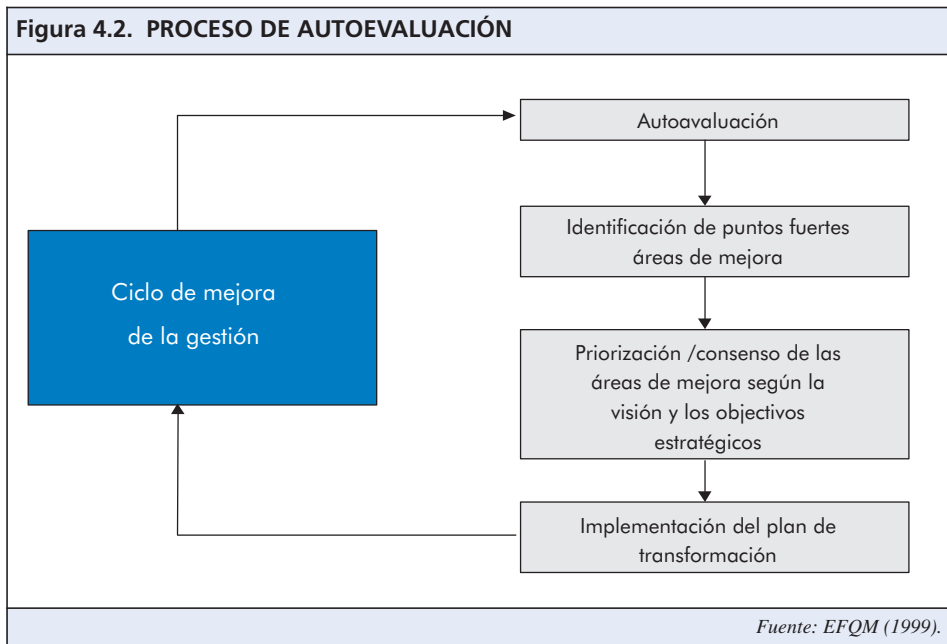
Las características que se acaban de describir hacen que el Modelo EFQM de Excelencia sea considerado como un valioso instrumento de ayuda a la gestión, ya que la sistemática que incorpora redundante en una planificación más sólida, fundamentada y acorde con las necesidades de cada momento, facilitando la transformación de las organizaciones que los nuevos retos exigen.

4.3. AUTOEVALUACIÓN MEDIANTE EL MODELO EFQM DE EXCELENCIA

CONCEPTO DE AUTOEVALUACIÓN

La aplicación de un modelo de excelencia, requiere conocer la situación de partida de la organización, para lo cual es preciso analizar los resultados que ha obtenido en el pasado, los procesos que los han determinado y, los objetivos perseguidos por la organización. La práctica que para ello propone el modelo, es la Autoevaluación (véase Figura 4.2), definida como un examen global, sistemático y periódico de las actividades y resultados de una organización, comparados con el Modelo EFQM de Excelencia.

El proceso de Autoevaluación, permite a la organización diferenciar claramente sus puntos fuertes, de las áreas donde pueden introducirse mejoras. Este proceso de diagnóstico se culmina con el desarrollo de un plan de mejora en las diferentes áreas de gestión. Por lo tanto es un proceso de gestión, que define planes de actuación concretos para aumentar, la efectividad y la eficiencia de los procesos de las organizaciones, en línea con la propia planificación estratégica de la empresa.



PLANIFICACIÓN DE UNA AUTOEVALUACIÓN

Los objetivos fundamentales del proceso de Autoevaluación son reflexionar en equipo, sobre las actividades y resultados de un centro enfrentándose al modelo EFQM de Excelencia y, elaborar a continuación planes para la mejora continua de la organi-

zación, monitorizando el proceso, siguiendo las etapas del Cuadro 4.5. La autoevaluación supone una experiencia importante para cualquier organización, especialmente si está iniciando su camino hacia la Excelencia. Por este motivo la planificación metódica de la misma es fundamental para conseguir su éxito.

Cuadro 4.5. ETAPAS DEL PROCESO DE PLANIFICACIÓN DE UNA AUTOEVALUACIÓN

- **Desarrollo de Compromiso.** Antes de empezar es importante que las personas implicadas, especialmente los miembros del equipo directivo, se conciencien sobre los beneficios que aporta la autoevaluación y cómo se pretende aplicarlos en la empresa. Para ello es necesario tener perfectamente establecido un plan de sensibilización a seguir.
- **Elección de la Metodología.** En función de la madurez de la organización se elegirá una de las metodologías expuestas, en la siguiente sección de este capítulo.
- **Elección del Equipo de Trabajo.** Aunque no existe una directriz clara por parte de la EFQM, personalmente somos de la opinión de que el equipo directivo debe jugar un papel fundamental en la autoevaluación. Si la autoevaluación se utilizará para analizar la globalidad del centro y para establecer planes de acción en función de los resultados obtenidos, los principales implicados son los directivos, debiendo estar a su cabeza el director gerente. Por razones técnicas de conocimiento del Modelo EFQM de Excelencia o, por aspectos técnicos de la organización, se pueden incluir otras personas del centro. Pero es básico para alcanzar el éxito, que los directivos tomen parte activa.
- **Formación Metodológica.** Una vez decidido el equipo se debe diseñar un plan de formación específico, en función de las características de las personas y del enfoque de autoevaluación que se quiera utilizar.
- **Realización de la Autoevaluación.** Puede realizarse siguiendo distintas metodologías, en función del nivel de conocimiento del modelo, por parte del equipo de autoevaluación (véase Tipos de Autoevaluación).
- **Plan de Comunicación.** Desde la dirección, se deben establecer cuáles van a ser los canales y que tipo de información se va a transmitir a la empresa. El modelo es una herramienta de gestión, no persigue ser el objetivo de la organización. Por este motivo la dirección, en función de la madurez de la organización, debe decidir qué aspectos comunica y cómo lo va a hacer. En cualquier caso, lo que está claro, es que si no se comunica adecuadamente, es imposible alcanzar la última etapa.
- **Desarrollo e Implantación de las Acciones Establecidas.** Es sabido que las empresas que se han limitado a realizar una autoevaluación, sin haber iniciado un cambio cultural en el camino de la Excelencia, los planes de mejora resultan poco integrados en la actividad de negocio, raramente suponen cambios en la sabiduría convencional de la organización y pocas veces aportan una mejora significativa y permanente.

Los beneficios que representa para una organización, el proceso de Autoevaluación son, utilizar un enfoque riguroso y estructurado para la mejora, así como, una evaluación basada en hechos (o en opiniones consensuadas) y, disponer de un método consistente y basado en el consenso, sobre las acciones de mejora a realizar.

TIPOS DE AUTOEVALUACIÓN

Para llevar a cabo la Autoevaluación se puede optar por diferentes opciones, todas ellas válidas. Estos enfoques (véase Cuadro 4.6) presentan un grado de dificultad variable y cada uno de ellos tiene riesgos y beneficios que tendrán que ser valorados a la hora de decidir sobre el abordaje que mejor se adapta a cada caso concreto. Los criterios que guiarán la decisión por uno u otro son: la experiencia y el grado de madurez de la organización en programas de mejora de la calidad, la formación en Autoevaluación, el tiempo y los recursos disponibles y la precisión de la información y objetivos que se desea obtener. De esta manera se utilizarán métodos diferentes para iniciar experiencias de autoevaluación que faciliten la comprensión del Modelo EFQM, obtener una relación de puntos fuertes y de áreas de mejora que posibiliten el diseño e implantación de planes de mejora, u obtener una puntuación que permita el ejercicio de comparación con otros centros u organizaciones.

Enfoque de Cuestionario de Autoevaluación. Es un método rápido, fácil de usar y que requiere pocos recursos, pudiendo ser adaptado a la realidad de cada organización. Por ello es frecuentemente utilizado por aquéllos que realizan sus primeras experiencias. Como en otras situaciones en las que se utilizan cuestionarios, la validez y fiabilidad de la información obtenida depende de la calidad de las preguntas planteadas. Su información puede ser insuficiente para tener un conocimiento ajustado de la realidad, debiendo ser completada con otros métodos.

Enfoque de Autoevaluación mediante «Matriz de Mejora». Este abordaje requiere la elaboración de una tabla o matriz de mejora en la que se especifican diferentes niveles de desarrollo respecto a objetivos de la organización estructurados según el esquema del modelo. Cada una de las situaciones planteadas presenta una puntuación asociada en una escala de 1 a 10. La valoración de la unidad se realiza en una serie de reuniones estructuradas, que culminan con la obtención de una puntuación consensuada a partir de la que se diseña e implanta un plan de mejora. Este método promueve la participación y el debate, fomentando el espíritu de equipo, además facilita

Cuadro 4.6. TIPOS DE ENFOQUE PARA LA AUTOEVALUACIÓN

MADUREZ ESFUERZO	BAJO	MEDIO	ALTO
NIVEL ALTO	Cuestionario	Formulario	Simulación de presentación al premio
NIVEL MEDIO	Cuestionario y reunión de trabajo	Formulario	Prueba de simulación de presentación al premio
	Matriz de mejora y reunión de trabajo	Reunión de trabajo facilitada	Formulario y reunión de trabajo
NIVEL INICIAL	Cuestionario elemental	Cuestionario estándar	Cuestionario muy detallado
	Matriz de mejora		Matriz a medida

la comprensión de los criterios del modelo y permite constatar la situación de la organización respecto a los objetivos planteados.

Enfoque de Autoevaluación por Reunión de Trabajo. Cada uno de los miembros del grupo evaluador es responsable de reunir la información existente en la organización sobre cada uno de los criterios y subcriterios del modelo. Los resultados obtenidos se presentan en una reunión en la que se acuerdan los puntos fuertes y las áreas de mejora de cada criterio, siendo facultativo el ejercicio de puntuación. Posteriormente cada miembro debe presentar una propuesta de los planes de acción referentes a las áreas específicas que ha trabajado. Este método facilita la implicación y el compromiso de los equipos directivos y ayuda a conseguir una visión compartida de la organización. El grado de formación y experiencia con el Modelo EFQM son importantes y puede resultar difícil obtener información sobre la implantación de algunos procesos.

Autoevaluación por Formularios o Enfoque Proforma. Consiste en la sistematización de la obtención de la información mediante la elaboración, para cada uno de los subcriterios, de un documento o formulario. La información que se registra incluye: la definición del subcriterio, las áreas a abordar (en función de la importancia que revisten para las actividades de la organización), los puntos fuertes y las áreas de mejora y las evidencias del grado de implantación. Estos documentos son la base para el posterior diseño e implantación de planes de mejora. Una de las ventajas de este enfoque es la capacidad de obtener puntuaciones semejantes a las que se obtendrían mediante abordajes más costosos. El éxito de la evaluación dependerá de la agudeza, exactitud y fidelidad con la que sea recogida la información, por lo que es preciso cierto grado de experiencia, ya que de lo contrario podríamos obtener una visión sesgada de la organización con la invalidez del resultado final.

Enfoque de Autoevaluación por Simulación de Presentación al Premio. Las organizaciones que adoptan este método deben redactar una memoria siguiendo las bases de presentación del Premio Europeo a la Calidad. Este documento será valorado por un grupo de evaluadores externos que emitirá un informe con los puntos fuertes, las áreas de mejora y la puntuación de la memoria, constituyendo un referente para potenciales reformas que pueda instaurar el equipo de dirección. Este método requiere un gran esfuerzo y tiene el peligro de que la elaboración de la memoria se convierta en un ejercicio de imagen externa más que un compromiso con la mejora continua, por parte de la dirección de la organización.

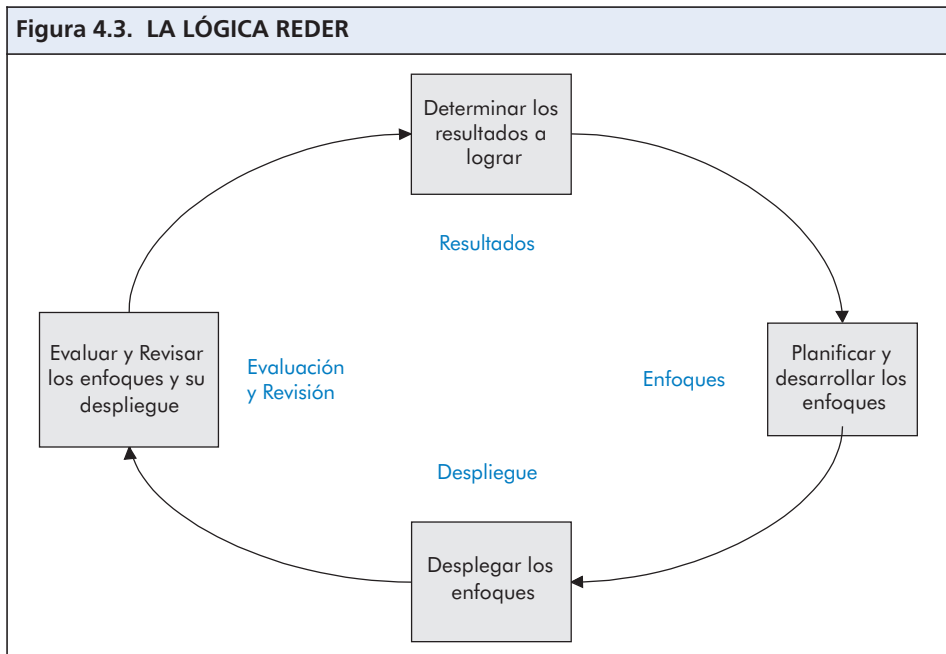
Tras completar el proceso de Autoevaluación, la organización sanitaria deberá responder a las siguientes preguntas: ¿Qué puntos fuertes hemos identificado, que pueden mantenerse y aprovecharse al máximo? ¿Qué puntos fuertes identificados todavía requieren mayor desarrollo? ¿Qué áreas identificadas de mejora, reconocemos y vemos como de máxima importancia, para mejorar? ¿Qué planes de mejora vamos a emprender? ¿Cómo vamos a supervisar los planes de mejoras acordados? Uno de los métodos de aprendizaje del modelo EFQM de Excelencia, es el estudio de casos. En el ámbito sanitario se conoce el del hospital psiquiátrico danés «Arco Iris». En el entorno español, Clemente, Fortuny y Tort-Martorell, han elaborado y publicado el del «Hospital de la Vall de Cleftort», basado en una experiencia real, original de un hospital comarcal de las comarcas de Tarragona.

4.4. EL ESQUEMA DE PUNTUACIÓN REDER

A lo largo de este capítulo, no se ha insistido en de puntuación durante el proceso de Autoevaluación, ya que el objetivo fundamental de la misma, no es tanto la obtención de una puntuación que, sobre todo en etapas iniciales, puede apartarnos de los objetivos perseguidos, sino la identificación de una serie de puntos fuertes y de áreas de mejora, como bases para la revisión de la estrategia que el centro sanitario utiliza. No obstante, como se acaba de comentar en la sección anterior, el modelo permite obtener una puntuación con la finalidad fundamental, de conocer el lugar que ocupa la organización en el viaje a la excelencia, de analizar su propia evolución a lo largo del tiempo y, de compararse con otras unidades u organizaciones en busca de modelos ejemplarizantes.

En cualquier caso, como advierte la propia EFQM, la puntuación obtenida no deber ser utilizada con fines penalizadores o, como indicador de éxito o fracaso, que aparten a la organización del proceso de mejora continua. Si se decide otorgar una puntuación, se recomienda aplicar la denominada Matriz de Puntuación REDER (en inglés RADAR) que es el procedimiento utilizado por la EFQM para la valoración de las solicitudes al Premio Europeo de la Excelencia. La amplia implantación de este sistema hace que se pueda considerar como un estándar, por lo que su utilización posibilita el ejercicio de la comparación con otras organizaciones.

El esquema REDER (véase Figura 4.3), considera cuatro elementos que sintetizan lo que una organización necesita realizar: resultados, enfoque, despliegue y evaluación-revisión. Estos elementos mantienen un claro paralelismo con cada una de las fases del conocido ciclo PDCA: Plan - Do - Check - Act. De forma que, el Enfoque



es el equivalente a la Planificación (P), el Despliegue se refiere a la Ejecución (D), y la Evaluación y Revisión corresponden a las fases de Control (C) y Ajuste (A).

La lógica REDER determina por lo tanto lo que la organización tiene que hacer para:

- Establecer los resultados y objetivos a alcanzar por la organización.
- Planificar y desarrollar un conjunto de enfoques para conseguir los resultados propuestos tanto en el presente como en el futuro.
- Desplegar dichos enfoques de una manera sistemática para garantizar una completa implantación de las medidas propuestas.
- Evaluar y revisar los enfoques de las acciones y medidas, así como su despliegue.

El elemento **Resultados**, se refiere al grado en que los resultados obtenidos por la organización obedecen a la planificación de la organización, alcanzan los objetivos planteados, abarcan las áreas más relevantes y cuál es su evolución en el tiempo. El **Enfoque** evalúa en qué medida la planificación realizada por la organización responde a las necesidades de los grupos de interés, tiene una lógica clara, se identifican procesos bien definidos y apoya la política y estrategia. El **Despliegue** considera lo que hace una organización para llevar a cabo lo que ha planificado, valorando en qué medida se ha implantado lo que se ha planificado y la forma en que se ha realizado. La **Evaluación y Revisión** se refieren a las actividades de evaluación contempladas por la organización, a la periodicidad de su aplicación y, la utilización de los resultados obtenidos para emprender acciones de mejora.

El grado de desarrollo de una organización en cada uno de los criterios del modelo, se puede cuantificar a través de una puntuación. En la Tabla 4.1. se muestra el valor de cada criterio. La puntuación tiene varias finalidades:

- En las empresas que se presentan al Premio Europeo es una manera de cuantificar y por lo tanto de objetivar en una cifra el grado de desarrollo de las mismas.
- A nivel interno permite medir y por lo tanto evaluar el progreso en el tiempo de una organización.
- Del mismo modo, que múltiples empresas de sectores diversos utilicen un mismo marco de referencia, permite establecer comparaciones entre ellas y por lo tanto diseñar mecanismos para aprender de las mejores prácticas de gestión.

PUNTUACIÓN DEL MODELO EFQM

La manera de establecer la puntuación para cada uno de los subcriterios se establece siguiendo la lógica RADAR. La valoración de los criterios del Modelo EFQM de Excelencia (véase Tabla 4.1) mediante estos elementos, se realiza en función del bloque en el que estén incluidos, de forma que cada uno de los subcriterios de los agentes facilitadores se evalúan mediante los elementos Enfoque, Despliegue y Evaluación-Revisión, mientras que a los subcriterios del grupo de resultados deben aplicarse el elemento «Resultados».

Tabla 4.1. PUNTOS DE LOS CRITERIOS DEL MODELO EFQM DE EXCELENCIA

CRITERIO	PUNTOS
Liderazgo	100
Personas	90
Política y Estrategia	80
Alianzas y Recursos	90
Procesos	140
Resultados en las personas	90
Resultados en los Clientes	200
Resultados en la Sociedad	60
Resultados Clave	150

Cada subcriterio se puntúa de 0 a 100 en función del grado de evidencia existente en la información recogida sobre los atributos considerados por los diferentes elementos. La puntuación de cada criterio se obtiene calculando la media aritmética de las puntuaciones de los subcriterios correspondientes.

La puntuación final se obtiene ponderando el valor que alcanza cada criterio, por el peso específico asignado por la EFQM a cada uno de ellos y sumando posteriormente todas las puntuaciones corregidas de los criterios. Los Agentes Facilitadores determinan el 50% de la puntuación total, mientras que los Resultados dan cuenta del otro 50%. La puntuación que finalmente se obtiene estará dentro de una escala de 0 a 1.000.

4.5. NIVELES EFQM DE EXCELENCIA

En España el Club de Excelencia en Gestión (CEG), ha creado el Sello de la Excelencia. La vigencia de este reconocimiento es de 2 años. Cuando se obtiene el reconocimiento español automáticamente se otorga el europeo. En el año 2007, las entidades de certificación acreditadas por el CEG, para la obtención del reconocimiento son siete. Los niveles EFQM de Excelencia (dispone de unos niveles que se adaptan a los del Club español, véase Cuadro 4.7) se crearon para ofrecer a las organizaciones, un reconocimiento sólido y común a toda Europa, para cada una de las etapas que se contemplan en el viaje hacia la Excelencia. En el Cuadro 4.8 se presentan los objetivos que la EFQM persigue con la introducción de los niveles de excelencia. Los niveles EFQM de Excelencia contemplan tres escalones:

- **Premio europeo a la Excelencia.** Es el premio más prestigioso y constituye el nivel superior. Hay dos categorías, el *Award Winner* que se otorga al mejor y los *Prize Winners*, que se otorgan a las organizaciones que destacan en los conceptos fundamentales de la excelencia. Requiere una memoria completa y una evaluación externa en profundidad. En el año 2005 el Hospital de Zumárraga consiguió el Prize Winner en la categoría de gestión por procesos y hechos.

Cuadro 4.7. EQUIVALENCIAS DE LOS RECONOCIMIENTOS ESPAÑOL Y EUROPEO DE LA EXCELENCIA

CEG	EFQM
➤ Excelencia Europea +500 puntos	➤ Recognised for Excellence 5 stars
➤ Excelencia Europea +400 puntos	➤ Recognised for Excellence 4 stars
➤ Excelencia Europea +300 puntos	➤ Recognised for Excellence 3 stars
➤ Compromiso hacia la Excelencia	➤ Committed to Excellence

- **Reconocimiento a la Excelencia.** Se basa en una evaluación de la organización según la totalidad del modelo. Requiere una memoria más breve y una evaluación externa modificada. Se torga a las organizaciones que alcanzan una puntuación igual o superior a los 400 puntos. Las empresas que obtienen el Reconocimiento se consideran organizaciones bien gestionadas.
- **Compromiso con la Excelencia.** Va destinado a las organizaciones que inician el camino hacia la excelencia. Este nivel hace hincapié en ayudar a las organizaciones. Estas primero deben efectuar una autoevaluación, obteniendo una relación de áreas de mejora. En una segunda etapa, la organización debe demostrar que ha implantado un plan de mejora.

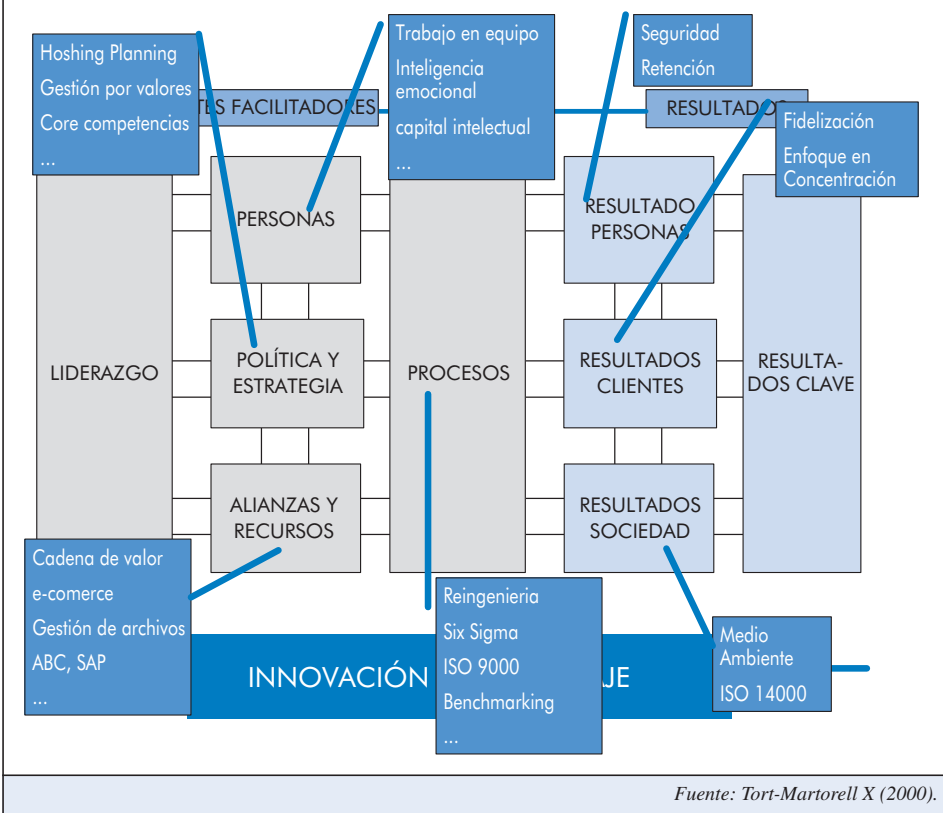
La aparición de los esquemas de reconocimiento basados en los sellos de calidad (bronce, plata y oro) sugieren una convergencia del esquema EFQM, fundamentado en la autoevaluación, con el esquema ISO 9000 basado en la certificación externa. Asimismo, el cambio observado en la norma ISO 9000, al pasar de la versión 94 a la versión 2000, incluida una filosofía de gestión por procesos y una breve referencia a la evaluación de la satisfacción de los clientes, sugiere también una tímida convergencia en la filosofía de los dos modelos. Se deberá esperar a futuras revisiones de la norma ISO 9000, para ver hasta qué punto se opta por incluir la evaluación del desempeño real de la organización, como requisito para la certificación.

Finalmente, recordar que el Modelo EFQM de Excelencia es un marco de trabajo no prescriptivo que reconoce que la Excelencia de una organización se puede lograr de manera sostenida mediante diferentes enfoques. Existe pues, una libertad de interpretación considerable a la hora de reflejar las estrategias adecuadas para

Cuadro 4.8. OBJETIVOS DE LOS NIVELES DE EXCELENCIA

- Ampliar el reconocimiento otorgado a las organizaciones, contemplando diferentes niveles de excelencia.
- Incrementar al máximo el número de organizaciones que aplican los principios del modelo EFQM de Excelencia.
- Proporcionar informes independientes de las evaluaciones, elaborados por directivos en activo, para apoyar a las organizaciones en sus esfuerzos de mejora.
- Ofrecer productos y servicios prácticos que ayuden a las organizaciones a mejorar sus niveles de excelencia.

Figura 4.4. EL MODELO EFQM DE EXCELENCIA COMO PARAGUAS DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN



una organización sanitaria, teniendo en cuenta su cultura, origen y entorno político. Para el profesor Xavier Tort-Martorell, el modelo EFQM de Excelencia permite respetar e incorporar al trabajo realizado con otros modelos, sistemas y procedimientos (Figura 4.4) con o, por ejemplo, el cuadro de mando integral (BSC), la planificación Hoshin, la gestión por valores, Six-Sigma, la inteligencia emocional, la certificación ISO, y los sistemas de acreditación y garantía de calidad específicos de cada país.

4.6. UTILIDADES DEL MODELO EFQM EN EL ÁMBITO SANITARIO

Actualmente en el entorno sanitario español, la aplicación del Modelo EFQM, ya empieza a ser una realidad y, su implantación en el sector sanitario aunque gradual, queda constatada en los originales que han ido apareciendo en revistas del propio ámbito. No obstante el número de centros que han desarrollado experiencias es todavía

Cuadro 4.9. UTILIDADES DEL MODELO EFQM DE EXCELENCIA

- Planificación estratégica.
- Benchmarking interno.
- Autoevaluación.
- Excelencia y cuadro de mando integral.

escaso, con la excepción de los centros de Osakidetza, que desde 1995 han incorporado la Autoevaluación mediante el modelo EFQM como herramienta de desarrollo estratégico. Diversos autores, han descrito diferentes tipos de aplicaciones prácticas (véase Cuadro 4.9) del Modelo EFQM de Excelencia, en el ámbito del sector sanitario español.

Por otra parte, las conclusiones de los distintos grupos que han aplicado el modelo en sus respectivos centros son coincidentes, a la hora de destacar los beneficios de la utilización del mismo (véase Cuadro 4.10). Destacando las propias características del modelo EFQM: diagnóstico de situación interna, detección de áreas de mejora, enfoque global y sistemático, orientación al cliente, etc. Destacando aquellos aspectos que se refieren a la sensibilización de los equipos directivos por la Excelencia y, el aprendizaje de los propios miembros de la organización, lo que favorece la comunicación interna, su cohesión y finalmente fomenta la cultura de organización. Como se ha comentado, una de las premisas del modelo es la absoluta implicación y compromiso de los equipos directivos, requisito sin el cual la experiencia se convertirá en un mero divertimento. En este sentido se ha apuntado que la falta de una profesionalización de la gestión de las organizaciones sanitarias y la falta de estabilidad de los

Cuadro 4.10. VENTAJAS DEL MODELO EFQM DE EXCELENCIA, APLICADO EN EL SECTOR SANITARIO

- Puede integrar las iniciativas que esté desarrollando la organización. Actuando como marco de referencia y coordinando los distintos esfuerzos.
- Tiene un enfoque que equilibra el peso de los agentes y el de los resultados. Asegurando que las organizaciones sanitarias actúen no sólo teniendo en cuenta los resultados, sino también el cómo los consiguen. Realizando la mejor gestión teniendo en cuenta sus variables.
- La autoevaluación determina sus puntos fuertes y áreas de mejora.
- Tiene un planteamiento a largo plazo.
- Provee de un detallado y estructurado sistema de autoevaluación, asegurando que los líderes tienen los conocimientos adecuados, incluidos los de la valoración de los colaboradores.
- Implica que la política y la estrategia no tengan sólo efecto sobre los planes generales de la organización, sino que estén presentes en todas las actividades diarias.
- Estimula a las organizaciones a compararse con una organización excelente.
- Favorece el trabajo con otros asociados y, permite realizar una gestión de riesgo en todos los ámbitos.
- El modelo impulsa el desarrollo de la mejora continua, antes que la consecución de una serie de estándares.
- Permite a la organización demostrar sus tendencias positivas, tanto en los resultados, como en la percepción de todos los grupos de interés.

equipos directivos, frecuente en el sector público, pueden comprometer la viabilidad de los proyectos.

De igual forma, los estudios de utilización alertan sobre las barreras, limitaciones y precauciones a tener en cuenta en la elaboración del plan de implantación del modelo. El origen empresarial del modelo puede originar ciertas dificultades no sólo en lo que se refiere a la terminología utilizada, poco habitual en el ámbito sanitario, sino también en lo que se refiere a las diferentes características de las organizaciones empresariales en comparación con los centros sanitarios, especialmente en lo relativo a la estrategia de gestión. Argumentos que han motivado la demanda de una adaptación del modelo que considere las peculiaridades del sector sanitario.

La Oficina Regional de la OMS en Europa, el año 2003 impulsó el proyecto PATH (Performance Assessment Tool for Quality improvement in Hospitals). El objetivo era adaptar los ocho conceptos fundamentales de la Excelencia, a la atención de la salud. Este estudio fue encargado a 31 expertos y, el resultado de su trabajo, fue publicado en 2006. Aunque se requiere de un largo proceso de utilización, para corroborar la bondad conceptual del marco del proyecto PATH:

AUTOEVALUACIÓN

La Autoevaluación supone una experiencia importante para cualquier organización, especialmente si está iniciando su camino hacia la Excelencia, de ahí que la planificación meticulosa de la misma, es fundamental para lograrlo de éxito. El proceso de Autoevaluación (Figura 4.2.) permite a la organización sanitaria que la aplica, diferenciar claramente sus puntos fuertes, de las áreas donde pueden introducirse mejoras. A continuación estas áreas de mejora deben priorizarse. En el Pius Hospital de Valls, se aplicó una matriz de priorización, que puntúa de 1 a 5 los siguientes criterios: impacto en el cliente, impacto en el centro sanitario, viabilidad de la mejora y, necesidad de mejora (véase Tabla 4.1.). Después de este proceso de evaluación y priorización, se tienen que diseñar e implantar Planes de Mejora, para transformar las áreas de mejora detectadas y priorizadas.

Como se ha dicho anteriormente, no existe una única manera de realizar la Autoevaluación y todos los enfoques son válidos. En función de las características, cultura y objetivos, cada organización ha de escoger el método que más se adapte a estas condiciones. Los diferentes enfoques se utilizan en función de la madurez y el esfuerzo necesarios en la organización, para realizar la Autoevaluación. En el Cuadro 4.11, se presentan los resultados de Liderazgo y Coherencia, obtenidos, a partir de una autoevaluación, a partir de los ocho fundamentos de la Excelencia, realizada en noviembre de 2006, en una empresa sanitaria pública (EPS). Asimismo, se muestra la priorización global de las áreas de mejora, que los directivos de dicha empresa definieron en el proceso de Autoevaluación.

Las empresas sanitarias que se han limitado a realizar una Autoevaluación, sin haber iniciado un cambio cultural, los planes de mejora están poco integrados en la actividad diaria, raramente suponen cambios en la sabiduría convencional de la organización y, pocas veces aportan una mejora significativa y permanente. Aunque la evidente lógica del modelo le ha conferido una aparente sencillez, el ejercicio de Autoevaluación exige un gran esfuerzo, tiempo y dedicación funda-

Tabla 4.1. MATRIZ DE PRIORIZACIÓN DE LAS ÁREAS DE MEJORA						
Criterio	Áreas de mejora	Criterios de selección de las áreas de mejora (1=bajo; 3=Medio; 5=Alto)				Puntos
		<i>Impacto en el cliente</i>	<i>Impacto en el Área</i>	<i>Viabilidad del proyecto</i>	<i>Necesidad de mejora</i>	
1. Liderazgo	<ul style="list-style-type: none"> • A • B • C 					
2. Políticas y estrategia	<ul style="list-style-type: none"> • A • B • C 					
3. Personas	<ul style="list-style-type: none"> • A • B • C 					
4. Alianzas y recursos	<ul style="list-style-type: none"> • A • B • C 					
5. Procesos	<ul style="list-style-type: none"> • A • B • C 					
6. Resultados Clientes	<ul style="list-style-type: none"> • A • B • C 					
6. Resultados Personas	<ul style="list-style-type: none"> • A • B • C 					
8. Resultados Sociedad	<ul style="list-style-type: none"> • A • B • C 					
9. Resultados clave	<ul style="list-style-type: none"> • A • B • C 					

mentalmente por parte de los equipos directivos y es lo suficientemente complejo para requerir una formación específica previa y frecuentemente la ayuda de asesores externos.

Existe el peligro de que la aplicación del modelo se limite al ejercicio de Autoevaluación, sin que posteriormente se considere la elaboración de planes de mejora o la estrategia de su implantación. La Autoevaluación por sí sola no asegura la mejora continua y el verdadero reto reside en la instauración de acciones correctoras y la evaluación periódica del progreso que se consigue. En ningún caso se tiene que tomar el Modelo EFQM, como una amenaza sino como una verdadera oportunidad, sin traumas, sin «ir a por nota», pero aprovechando el bagaje práctico que ofrece, en forma de áreas de mejora.

Cuadro 4.11. LIDERAZGO Y COHERENCIA EN UNA EMPRESA PÚBLICA SANITARIA

PUNTOS FUERTES

- Voluntad clara de liderazgo de la nueva dirección.
- Deseo de cambio cultural para comenzar las cosas desde el principio (misión, visión, valores, ...)
- Clara voluntad de convertir las tres empresas en una sola.
- Clara voluntad de romper barreras interdepartamentales y crear equipo.
- La alta dirección asume el liderazgo de forma participativa y proactiva.

ÁREAS DE MEJORA

- No se ha iniciado el desarrollo de la misión, visión y valores.
- Dificultad para identificar mejoras por falta de información.
- Dificultad para poner en marcha las mejoras identificadas por falta de cultura y tiempo
- No hay cultura de delegación ni participación.
- Ausencia de plan y cultura comunicativa (dirección y alta dirección).
- No existe una política de reconocimiento y recompensas.
- Poca accesibilidad a los directivos medios.
- Falta formación en gestión, conducción de equipos de trabajo y liderazgo, ... de los directivos.
- No hay proceso de revisión de las actividades de la dirección (falta una clara asunción de responsabilidades).
- Falta de cooperación entre los diferentes directivos y los miembros de las áreas (directivos más pendientes de su departamento que del global de la organización).
- Existencia de una cultura departamentalista, que provoca dificultades en el funcionamiento de los procesos.

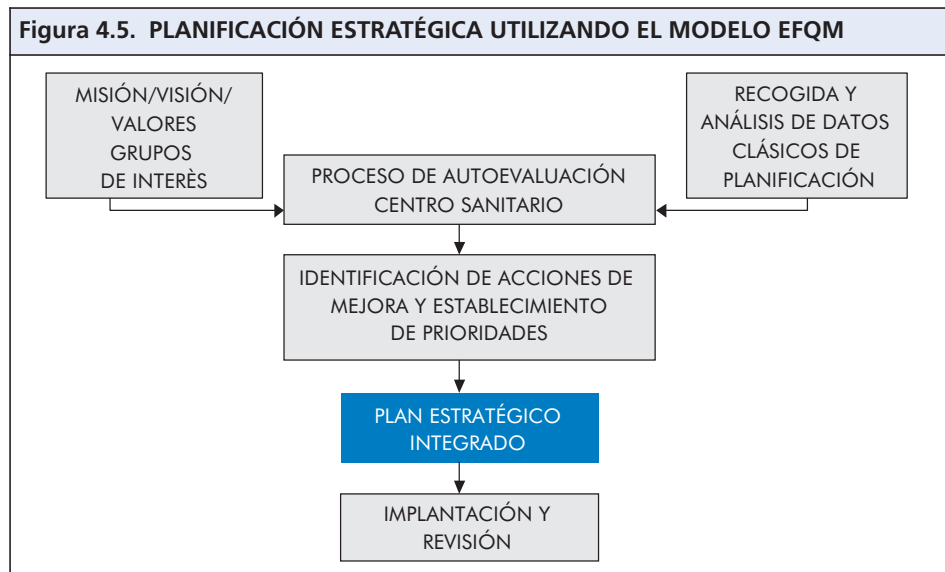
PRIORIZACIÓN ÁREAS DE MEJORA

- Iniciar el plan estratégico.
- Implantar la gestión por procesos.
- Elaborar un cuadro de mando integral.
- Confeccionar e implantar un plan de comunicación interna.
- Aplicar la gestión por competencias.

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

El camino a seguir por un centro hospitalario que se plantee realizar su proceso de Planificación Estratégica (véase el capítulo siguiente de esta obra), se inicia estableciendo la Misión y la Visión y se consensúan los Valores Institucionales. A continuación, se realiza una recogida de datos relevantes para la planificación, principalmente económicos, de actividad asistencial, de gestión, del entorno, etc., y se procede a su análisis exhaustivo por parte del comité directivo.

A partir de este momento, se realiza por parte del personal de dirección, ampliado con aquellas personas claves en la organización, tanto por su liderazgo clínico como de opinión innovadora, el Diagnóstico de Situación mediante la Autoevaluación (véase Figura 4.5). Identificadas las áreas de mejora, se establecerán las prioridades. Si se asu-



Cuadro 4.12. LÍNEA ESTRATÉGICA 1, ESTRATEGIAS Y OBJETIVOS DEL PLAN ESTRATÉGICO 2001-2003 DEL PHV

	ESTRATEGIA	OBJETIVOS
LÍNEA ESTRATÉGICA 1. ORIENTACIÓN A LOS RESULTADOS	SUFICIENCIA FINANCIERA	Riguroso cumplimiento del presupuesto. Cumplimiento global de los contratos de gestión. Vías alternativas de financiación. Crear sinergias con el grupo de hospitales del CHC-CG. Creación de una central logística con COSS-CHC-CG Realizar programa trienal de renovación tecnológica. Realizar, aplicar y evaluar el plan de gestión de mantenimiento preventivo de las instalaciones. Medir y gestionar la seguridad de todos los activos de PHV.
	ELIMINACIÓN BOLSAS DE INEFICIENCIA	Implementación de la contabilidad de costes a nivel de procesos. Implementación de costes basados en la actividad. Creación comisión de análisis de utilización de los recursos asistenciales. Establecimiento de indicadores de evaluación de las actividades realizadas. Mejora eficiencia clínica. Racionalización de los recursos operativos. Establecimiento de indicadores de evaluación del seguimiento del Plan Estratégico 2001-2003.
	EVALUACIÓN DE RESULTADOS GLOBALES	Realización de audits internos. Autoevaluación global. Autoevaluación por áreas de gestión. Evaluación plan estratégico 1997-2000. Acreditación nivel de excelencia de calidad.

men los ocho conceptos fundamentales de la Excelencia como las Líneas Estratégicas, las acciones de mejora se integrarán como estrategias en las mismas (véase Cuadro 4.12). El Plan contemplará estrategias y objetivos operativos y medibles, así como un calendario de ejecución y un responsable de su cumplimiento.

BENCHMARKING INTERNO

A partir de la autoevaluación de un centro corporativo, o bien de un gran centro sanitario, se puede realizar en un contexto de descentralización de la gestión, la autoevaluación de otros centros o de áreas clínicas autónomas. De la comparación de los resultados obtenidos (Figura 4.6) se pueden detectar las áreas descentralizadas, que realizan las mejores prácticas a cada uno de los criterios y, también se puede confeccionar un Hospital Benchmark (véase Figura 4.7), de tipo virtual que recogería la

Figura 4.6. BENCHMARKING INTERNO

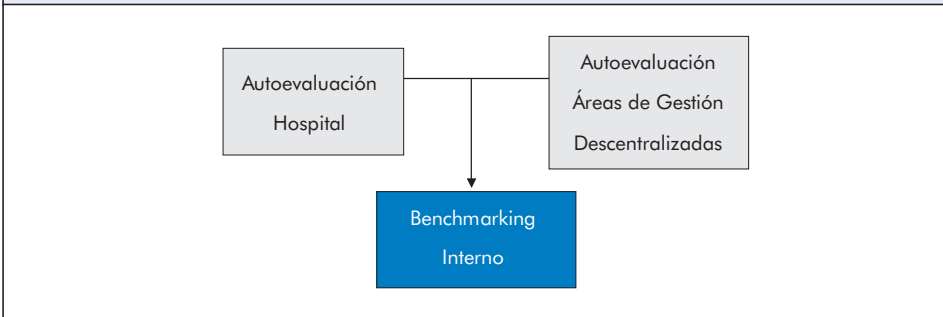
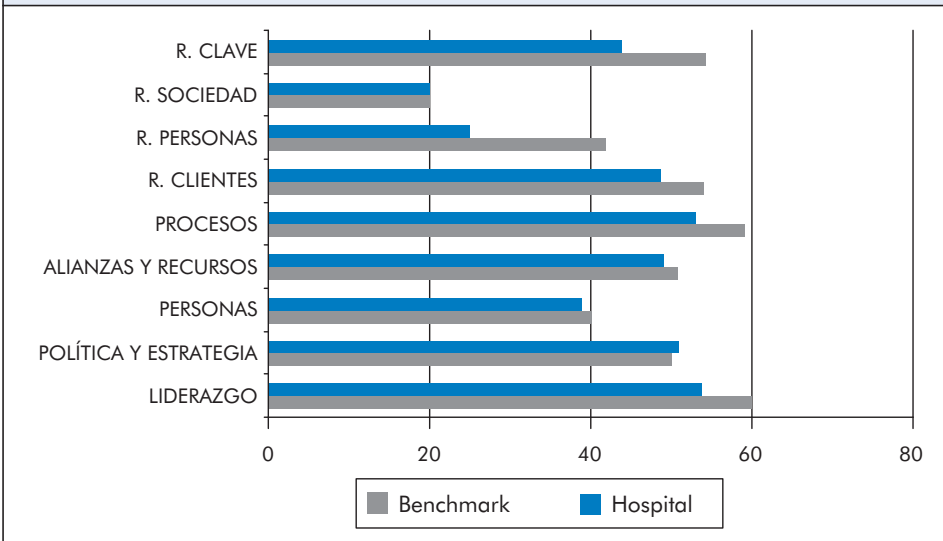


Figura 4.7. AUTOELEVACIÓN HOSPITAL BENCHMARK Y PHV



mejor puntuación obtenida a cada criterio, a partir de las autoevaluaciones realizadas. Este hospital virtual, sería el ideal de las prácticas realizadas y serviría de estándar para la asignación de objetivos, en los contratos de gestión en las áreas descentralizadas. Hasta la fecha sólo se ha descrito una experiencia de un centro hospitalario, que haya realizado el proceso de Autoevaluación a nivel global y en sus ocho áreas de gestión descentralizadas, es el caso del Pius Hospital de Valls (véase capítulo 9).

4.7. BIBLIOGRAFÍA

- ARCELAY A, SANCHEZ E, HERNANDEZ L, *et al.* Self-assessment of all the health centres of a public health service through the European Model of total quality management. *International Journal of Health Care. Quality Assurance Incorporating Leadership in Health Services.* 1999; 12: 54-8.
- BULMAN B, CONNOR M. Case study 2 South Tees Acute Hospitals NHS Trust (STAHT). *Developing Excellence.* En: STAHR H, BULMAN B, STEAD M. *The Excellence Model in the Health Sector. Sharing good practice.* Chichester: Kingsham; 2000.
- CAPELASTEGUI A. Gestión de la calidad y modelo EFQM. *Todo Hospital.* 2007; 237: 375-90.
- CARRERAS M, CASTRO A, ZAVANELLA C, HERMIDA LF, CARAMÉS J. Calidad y autoevaluación en gestión clínica: aplicación del modelo europeo de calidad en un área de gestión descentralizada. *Revista de Administración Sanitaria.* 1999; 3(11): 119-33.
- CASTKA P. Measuring teamwork culture: the use of a modified EFQM model. *Journal of Management Development.* 2003; 22(2): 149-70.
- CLEMENTE PA, FORTUNY B, TORT-MARTORELL X. Modelo de excelencia de la EFQM aplicado al ámbito sanitario. *Aplicación práctica. Volumen 1.* Barcelona: Faura & Casas Editorial; 2003.
- CLEMENTE PA, FORTUNY B, TORT-MARTORELL X. Modelo de excelencia de la EFQM aplicado al ámbito sanitario. *Aplicación práctica. Solución al caso del Hospital de la Vall de Cleftort. Volumen 2.* Barcelona: Faura & Casas Editorial; 2003.
- DAVINS J. Comparativa de 3 modelos de gestión de calidad: EFQM, ISO, JCAHO. *Form Med Contin Aten Prim.* 2007; 14(6): 328-32.
- DAVINS-MIRALLES J. El modelo de excelencia de la European Foundation for Quality Management (EFQM) como herramienta para la mejora de los Equipos de Atención Primaria. *Rev Calidad Asistencial.* 2003; 18(6): 369-74.
- DEL SAZ V, BLANCO JM, REVUELTA A, TAPIAS E, PARRILLA M, ESPINERA P. La evaluación de la organización de un equipo de Atención Primaria a través del modelo European Foundation for Quality Management of Excelencia. *Semergen.* 2007; 33: 113-8.
- DONAGHY J, ROONEY S. Proceso para conseguir una evaluación basal de la dirección clínica en seis meses. *Cuadernos de Gestión.* 2002; 8(1): 17-24.
- EGGLI Y, HALFON P. A conceptual framework for hospital quality management. *International Journal of Health Care Quality Assurance.* 2003; 16(1): 29-36.
- EUROPEAN FOUNDATION FOR QUALITY MANAGEMENT. *Modelo EFQM de Excelencia 1999.* Sector Público y Organizaciones del Voluntariado. Madrid: Club Gestión de Calidad; 1999.
- FORTUNY B. Gestió de la qualitat. En: *Introducció a la gestió empresarial de centres sanitaris.* Centre d'Estudis Col·legials. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona; 1997.
- FORTUNY B. El camino hacia la Excelencia del Pius Hospital de Valls. *Excelencia 2001;* 31: 62-66.

- FORTUNY B. La dirección por procesos en un centro hospitalario: Gestión del proceso asistencial. En: Junta de Castilla y León. La calidad en las Administraciones Públicas: un reto para el siglo XXI. Valladolid: Consejería de Presidencia y Administración Territorial; 2001.
- FORTUNY B. Disseny, aplicació i avaluació d'un model de Gestió Hospitalària de Qualitat Total (GESHQAT) (tesis doctoral). Barcelona: Universitat Politècnica de Catalunya; 2002 (disponible en <http://www.tdx.cbuc.es/TDX-0113103-100123/index.html>)
- FORTUNY B, PERICH N, CLEMENTE P. Autoevaluación según el modelo EFQM a nivel de equipo directivo y de un área clínica descentralizada. *Rev Calidad Asistencial*. 1999; 14: 489.
- FORTUNY B, PONSÀ, CLEMENTE P, PARIS J, GATELL T, PERICH N. Gestión de calidad total en el Pius Hospital de Valls. Dirección por procesos, mejora permanente y gestión clínica (1ª parte) *Todo Hospital*. 2001; 173: 35-47.
- FORTUNY B, PONSÀ, CLEMENTE P, PARIS J, GATELL T, PERICH N. Gestión de calidad total en el Pius Hospital de Valls. Dirección por procesos, mejora permanente y gestión clínica (2ª parte). *Todo Hospital*. 2001; 174: 127-37.
- FUNDACIÓN EUROPEA PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD. Modelo EFQM de Excelencia. Versión para el Sector Público y las Organizaciones del Voluntariado. Bruselas: EFQM; 2003.
- FUNDACIÓN EUROPEA PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD. EFQM. Introducción a la Excelencia. Bruselas: EFQM, 2007 (disponible en http://www.efqm.org/uploads/introding_spanish.pdf)
- FUNDACIÓN EUROPEA PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD. EFQM. Conceptos generales de la Excelencia. Bruselas: EFQM, 2007 (disponible en http://www.efqm.org/uploads/fundamental_concepts_spanish.pdf)
- GENE-BADIA J, JODAR -SOLA G, PEGUERO-RODRÍGUEZ E, CONTEL-SEGURA JC, MOLINER-MOLINS C. The EFQM excellence model is useful for primary health care teams. *Family Practice*. 2001; 18(4): 407-9.
- GONZÁLEZ RM. El modelo de excelencia 2000 de la EFQM y la enfermería. *Gestión Hospitalaria*. 2001; 12(1): 27-34.
- GRIMA P, TORT-MARTORELL J. Técnicas para la gestión de la calidad. Madrid: ediciones Díaz de Santos, S.A.; 1995.
- HERAS I, ARANA G, CASADESÚS M. A Delphi study on motivation for ISO 9000 and EFQM. *International Journal of Quality & Reliability Management*. 2006; 23(7): 807-27.
- JACKSON S. Europe supports UK Government in putting quality of the heart of health care. *Health Manpower Management*. 1998; 24(3): 100-3.
- JACKSON S. Using the EFQM Excellence Model within Healthcare. A practical guide to success. Chichester: Kingsham Press; 2001.
- JACKSON S, BIRCHER R. Transforming a run down general practice into a leading edge primary care organisation with the help of the EFQM excellence model. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2002; 15(6): 255-67.
- JACKSON S, MORGAN G. Change of heart: How a team of North Kirklees Primary Care Trust clinicians used performance management principles to improve coronary heart disease services. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2007; 20(1): 61-76.
- KAPLAN RS, NORTON DP. The balanced scorecard: measures that drive performance. *Harvard Business Review*. 1992; 70: 71-9.
- KAPLAN RS, NORTON DP. Mapas estratégicos. Convirtiendo los activos intangibles en resultados tangibles. Barcelona: Ediciones Gestión 2000, S.A.; 2004.
- LORENZO S. La gestión de la calidad: de los modelos de excelencia. *Gestión Clínica y Sanitaria*. 2004; 6(4): 131-2.

- LORENZO S. Evidencia científica y gestión de calidad. *Monografías Humanitas*. 2004; 3: 107-19.
- LUQUE A, SANTOS A, RODRÍGUEZ JM, LÓPEZ D, BARTUAL E, CAMACHO JM, *et al.* Dirección por procesos mediante la aplicación de un sistema de indicadores basado en el modelo EFQM. *Todo Hospital*. 2004; 205: 176-81.
- MADERUELO JA. Gestión de la calidad total. El modelo EFQM de excelencia. *Medifam*. 2002; 12(10):631-40.
- MARQUET R. Certificación, acreditación y modelos de excelencia: algunas cuestiones para el debate. *Form Med Contin Aten Prim*. 2007; 14(6): 333-4.
- MINKMAN M, AHAUS K, HUIJSMAN R. Performance improvement based on integrated quality management models: what evidence do we have? A systematic literature review. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007; 19(2): 90-104.
- MIRA JJ. Modelo europeo de excelencia EFQM y técnicas de benchmarking. En: ARANAZ JM, VITALLER J. *Aseguramiento de la calidad y acreditación sanitaria*. Valencia: Escuela Valenciana de Estudios para la Salud; 2003.
- MORACHO O. Modelo e instrumentos de calidad en las instituciones sanitarias. En: REPULLO JR, OTEOLA (editores). *Un nuevo contrato social para un sistema nacional de salud sostenible*. Barcelona: editorial Ariel, S.A.; 2005.
- MORACHO O, COLINA A, AMONDARAIN MA, AGUIRRE L, RUIZ-ALVAREZ E, SALGADO MV. Experiencia práctica del proceso de evaluación externa con el Modelo de Excelencia de la EFQM. *Rev Calidad Asistencial*. 2001; 16: 322-9.
- NABITZ U, SCHRAMADE M, SCHIPPERS G. Evaluating treatment process redesign by applying the EFQM Excellence Model. *Int J Qual Health Care*. 2006; 18(5): 336-45.
- NABITZ U, VAN DEN BRINK W, JANSEN P. Using Concept Mapping to design an indicator framework for addiction treatment centres. *International Journal for Quality in Health Care*. 2005; 17(3): 193-201.
- OTEO LA, PÉREZ G, SILVA D. Cuadro de mandos integral a nivel hospitalario basado en indicadores del modelo EFQM de excelencia. *Gestión Hospitalaria*. 2002; 13(1): 9-25.
- PALACIO F, PASCUAL I, DANIEL J. Modelo europeo de excelencia. Aplicación en primaria de un modelo adaptado: resultados. *Rev Calidad Asistencial*. 2002; 17(2): 87-92.
- PEYA M. El modelo europeo de calidad. *Nursing*. 2004; 22(10): 62-5.
- RICCI C, VILLAR J, VILLAVERDE A. Experiencia de una autoevaluación según el modelo de excelencia de la EFQM. Una gran reflexión. *Todo Hospital*. 2003; 199: 528-34.
- ROURE J, RODRIGUEZ MA. Aprendiendo de los mejores. El modelo EFQM y el proceso de autodiagnóstico en la práctica. Barcelona: ediciones Gestión. 2000; 1999.
- RUIZ U, SIMÓN J, MOLINA P, JIMENEZ J, GRANDAL J. A two-level integrated approach to self-assessment in health care organisations. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 1999; 12(4): 135-42.
- SÁNCHEZ E, DARPÓN J, GARAY JI, LETONA J, GONZÁLEZ R, PÉREZ MJ. Política de calidad en Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. *Rev Calidad Asistencial*. 2004; 19(3): 189-99.
- SÁNCHEZ E, LETONA J, GONZÁLEZ R, GARCÍA M, DARPÓN J, GARAY JI. A descriptive study of the implementation of the EFQM excellence model and underlying tools in the Basque Health Service. *International Journal for Quality in Health Care*. 2006; 18(1): 58-65.
- SIMÓN R, GUIX J, NUALART L, SURROCA RM, CARBONELL JM. Utilización de modelos como herramienta de diagnóstico y mejora de la calidad: EFQM y Joint Commission. *Rev Calidad Asistencial*. 2001; 16: 308-12.
- STAHR H. Case study 1 Salford Royal Hospitals NHS Trust. En: STAHR H, BULMAN B, STEAD M. *The Excellence Model in the Health Sector. Sharing good practice*. Chichester: Kingsham; 2000.

- STAHR H. Developing a culture of quality within the United Kingdom healthcare system. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2001; 14(4/5): 174-80.
- STEAD M, FENNELLS S. Case study 3 Wakefield and Pontefract Community Health NHS Trust. Making a difference. En: STAHR H, BULMAN B, STEAD M. *The Excellence Model in the Health Sector. Sharing good practice*. Chichester: Kingsham; 2000.
- TORT-MARTORELL X. EFQM Excellence Model Vs. ISO 9000 (2000). *Revista de Qualitat*. 2000; 35: 17-8.
- TORT-MARTORELL X. El modelo EFQM y su aplicación en el Pius Hospital de Valls. En: VVAA. *Libro de Ponencias. Jornada de puertas abiertas Pius Hospital de Valls*. Valls: Club Gestión de Calidad. Gestio Pius Hospital de Valls; 2000.
- TRULLENQUE F, LIQUETE J. El Modelo Integrado EFQM & BSC integra en un único modelo los conceptos de excelencia en la gestión y de alineamiento estratégico de toda la organización hacia la creación de valor. *Finanzas & Contabilidad*. 2002; 46: 62-72.
- UGALDE M. ¿Tienen un impacto real en los resultados las iniciativas de gestión de la calidad? *Rev Calidad Asistencial*. 2003; 18(6): 332-5.
- URRUTIA I, ERIKSEN SD. Application of the Balanced Scorecard in Spanish private healthcare management. *Measuring Business Excellence*. 2005; 9(4): 16-26.
- VALLEJO P, RUIZ-SANCHO A, DOMINGUEZ M, AYUSO MJ, MENDEZ L, ROMO J, *et al*. Improving quality at the hospital psychiatric ward level through the use of the EFQM model. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007; 19(2): 74-9.
- VALLEJO P, RUIZ A, DOMÍNGUEZ M, AYUSO MJ, MÉNDEZ L, ROMO J *et al*. Mejora de calidad en una Unidad de Hospitalización a partir de la aplicación del Modelo EFQM. *Investig. Clín. Farm*. 2006; 3(3): 123-9.
- VALLEJO P, SAURA RM, SUNOL R, KAZANDJIAN V, URENA V, MAURI J. A proposed adaptation of the EFQM fundamental concepts of excellence to health care based on the PATH framework. *International Journal for Quality in Health Care*. 2006; 18(5): 327-35.
- VEILLARDJ, CHAMPAGNE F, KLAZINGA N, KAZANDIJAN V, ARAH OA, GUISSSET AL. A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project. *International Journal Quality Health Care*. 2005; 17(6): 487-96.
- VIDAL A. Implantación de un sistema de calidad global basado en el modelo europeo de calidad en el Instituto Catalán de Oncología (ICO). *Nursing*. 2005; 23(1): 62-5.
- ZABALLOS A, ESTÉVEZ J, RUIZ R. ¿Es útil el Modelo EFQM en atención primaria? *Jano*. 2004; LXVI(1.520): 65-6.
- ZINK KJ. *Total Quality Management as a Holistic Management Concept. The European Model for Business Excellence*. Berlin: Springer-Verlag; 1998.
- ZULUETA C, PATRICIA M, CASTRO C, MARTÍN F, SÁIZ P, RODRÍGUEZ JM, ELÓSEGUI M. ¿Somos Excelentes? La experiencia con la Q de oro del Hospital del Bidasoa. *Rev Calidad Asistencial*. 2003; 18(6): 381-5.

CAPÍTULO 5.

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA INTEGRADA

5.1. LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN LOS CENTROS SANITARIOS

Los centros asistenciales están adaptándose a una demanda diferente a la actual. Lo que conduce a una situación de incertidumbre, detectable tanto en los profesionales como en sus clientes y generada, entre otras causas, principalmente por la ausencia de claros planes estratégicos. Para los gestores sanitarios en estas condiciones, es necesario escoger aquella estrategia que ofrezca más garantías de obtener el resultado deseado, teniendo en cuenta que todos los grupos de interés han de involucrarse en el cambio y, participar en la elección de la misma. De hecho, sólo en contadas ocasiones se adopta una única estrategia y, por lo general, es necesario un enfoque equilibrado que utilice varios métodos. Para que el cambio resulte exitoso suele ser necesario un enfoque metodológico compartido (véase Capítulo 10). El cuál, tiene que difundirse ampliamente en la organización. Siendo muy importante su amplia presentación y difusión a nivel interno. Incluso, es posible que sea necesario modificar ciertas propuestas, a raíz de los debates mantenidos con todas las partes interesadas.

La solución más ambiciosa que en la actualidad se apunta proviene de la filosofía de la Excelencia empresarial, con la implantación de nuevos sistemas de gestión por procesos. Previamente será necesario adaptar las técnicas de gestión, a las particularidades de la organización sanitaria, de otra forma, su utilidad será mínima y se corre el riesgo de que se convierta en un fracaso. Es, por tanto, sumamente necesario encontrar sistemas mejores a los actuales, de cómo hacer las cosas y adoptar nuevos conceptos sobre servicios públicos sanitarios. El propósito estratégico tiene presente la visión de como ha de ser la posición de liderazgo deseada y, establece los criterios que la organización utilizará para establecer los caminos y las pautas de su progreso.

La estrategia de empresa está evolucionando desde su enfoque inicial de planificación y de marketing estratégico, hacia una comprensión más global de pensamiento estratégico que incluye la cultura organizativa idónea, para alcanzar los objetivos deseados. La estrategia de empresa está ampliándose desde las ciencias económicas hacia las ciencias sociales. Incluso el modelo EFQM de Excelencia incluye un criterio denominado *política y estrategia*, definido como el marco de referencia de más alto nivel de la organización y que contiene su misión, visión y sus valores, lo que podríamos denominar una declaración estratégica compartida. Siendo un aspecto de cultura de empresa, tanto o más que de una cuestión de análisis de mercados. Y las culturas de empresa no se imponen, se construyen mediante diálogo y aprendizaje.

Ante los cambios cada vez más frecuentes y menos previsibles del entorno sanitario, todas las organizaciones sanitarias tienen que adaptar su estrategia a los nuevos tiempos y dar muestras evidentes, que no aparentes, de flexibilidad. La obsesión por el control suele ser un reflejo del miedo a la incertidumbre. Todos tenemos miedo a la incertidumbre y una forma de enfrentarse a esta sensación de carencia de control, de asegurar que no se produzca ninguna sorpresa desagradable, es darle la vuelta totalmente al tema: buscar el control por encima de todo. Toda planificación hace referencia al futuro. Es, por tanto, un proceso continuo y dinámico. En el que se plantean las siguientes preguntas: ¿qué hacer?, ¿cómo hacerlo?, ¿cuándo hacerlo? y, ¿quién lo hace?

Para Pineault y Daveluy, la planificación puede definirse inicialmente por la extensión de su proceso (véase Cuadro 5.1), y más específicamente por, el nivel de objetivos que se pretende alcanzar. Distinguiendo cuatro niveles de planificación:

- **Planificación normativa.** Hace referencia a la orientación general de la política sanitaria. Es la dirección a la que se dirige. Al tratarse de la salud comunitaria. Por tanto, al ser su objetivo de alto nivel, se la denomina también, como **Planificación política**. Por ejemplo, la equidad de las listas de espera o, la universalidad de la asistencia sanitaria en el SNS, son objetivos generales de una planificación normativa.
- **Planificación estratégica.** Es la planificación a largo plazo y, establece prioridades entre las diversas alternativas que se le presentan. Planteándose aquello que es posible conseguir, teniendo en cuenta el entorno interno y externo de la organización
- **Planificación táctica.** Es la referente a la estructuración y programación de los recursos, con el fin de alcanzar los objetivos.

Cuadro 5.1. ELEMENTOS DE UNA PLANIFICACIÓN INTEGRAL

Tipo de planificación	Duración	Fin	Proceso	Formalización
Estratégica	5-10 años	Determinación de la razón de ser de las grandes orientaciones y fines	Orientaciones y prioridades	Plan
Táctica	3-5 años	Disposición de recursos	Distribución de recursos y actividades	Programa
Operativa	1 año	Utilización de recursos	Desarrollo de actividades en el tiempo	Gestión operativa

Fuente. Adaptado de Pineault R, Daveluy C (1987).

- **Planificación operativa.** Hace referencia al desarrollo concreto de las actividades, calendario de ejecución y, gestión de los recursos disponibles.

La planificación estratégica es fundamental para las organizaciones sanitarias, frente a las tendencias de cambio de las diferentes variables referidas en la Figura 2.1 (véase Capítulo 2), que configuran su entorno. Esta opción representa un plan y un control, una anticipación del futuro y, es una estrategia o curso de acción frente a un entorno cada día más competitivo. De manera que, revele la misión, la visión y, los valores de la organización sanitaria. Así como, la manera de lograrlas (véase Figura 5.1). A través, del liderazgo de sus directivos, las organizaciones sanitarias innovadoras, alinean sus cuadros de indicadores y la gestión de sus procesos operativos, recursos y sistemas con sus objetivos estratégicos.

En el entorno sanitario español se ha iniciado en los últimos años un importante avance hacia la planificación estratégica tanto en el ámbito de la administración sanitaria, como en el ámbito de centros sanitarios. Algunas de éstas iniciaron sus procesos de planificación estratégica en los inicios de los años ochenta. Con un recorrido de más de veinticinco años, las experiencias han sido numerosas, pues la mayoría de organizaciones han tenido uno o varios planes estratégicos de algún tipo. Sin embargo, el nivel de cumplimiento de éstos en la mayoría de organizaciones ha sido realmente bajo, casi tanto como el nivel de conocimiento de dichos planes por parte del tejido social de cada organización. Pero todavía no se han publicado estudios de la evaluación de los resultados obtenidos de ningún proceso de planificación estratégica. A menudo se utilizan indistintamente los términos planes estratégicos, planes de empresa, planes de calidad y, planes directores, para designar el proceso de planificación de un centro sanitario, en el Cuadro 5.2, se especifica su definición.

La planificación estratégica representa pues, un plan de acción concreto para alcanzar los objetivos, teniendo en cuenta los elementos internos de la organización y,



Cuadro 5.2. TIPOS DE PLANES

- **Plan estratégico.** Exploran las dimensiones internas de la organización y de su entorno, mediante un abanico de técnicas cuantitativas y cualitativas. Siendo el instrumento esencial, para dirigir un centro sanitario hacia la Excelencia de su gestión.
- **Planes de empresa.** Son un instrumento de planificación plurianual, en base, a una previsión del comportamiento de los principales parámetros de actividad e indicadores económicos. Se basan en enfoques continuistas y, en hipótesis, generalmente expansivas, con un crecimiento del volumen de ingresos.
- **Planes de calidad.** Se corresponden con los planes de mejora, realizados para solucionar las áreas de mejora, detectadas en una evaluación interna. Pueden ser de dos tipos. El primero, se corresponde a aspectos parciales de la organización, como son los basados en áreas de mejora científico-técnicos de calidad asistencial o, en aspectos de satisfacción de los clientes. Los segundos, son globales y se corresponden con todos los aspectos de gestión de un centro sanitario. Son por sí solos, un aspecto parcial de un plan estratégico.
- **Planes directores.** Se reservan para la planificación arquitectónica de los centros sanitarios, sea de próxima construcción, o bien de reforma o ampliación. Alterando sustancialmente, la oferta y estructura de servicio, los circuitos y circulaciones, así como, las superficies disponibles.

los elementos externos del entorno. Sin olvidar que la cantidad y la calidad de la asistencia sanitaria ofrecida estarán en relación directa con la cantidad de recursos que se hayan destinado para ello. La planificación estratégica permite que los objetivos básicos de las organizaciones sean logrados, especialmente los referentes, a control de costes, mejora de la calidad de servicio, respuesta efectiva a nuevas demandas de asistencia sanitaria y, una mejor adaptación de los profesionales a los cambios que amenazan el papel social de las organizaciones asistenciales públicas, en un mundo cada vez más turbulento y competitivo.

El objetivo final de la planificación estratégica de un centro sanitario, es señalar el camino hacia la Excelencia. En la metodología del modelo de planificación estratégica integrado (PEI), que se presenta a continuación, se ha adoptado la definición de Excelencia de la European Foundation for Quality Management (EFQM). Entendiendo como Excelencia, la gestión de la organización para alcanzar y mantener en el tiempo, resultados sobresalientes para sus grupos de interés.

5.2. EL MODELO DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA INTEGRADA: PEI

El MODELO de PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA INTEGRADA (PEI) es un proceso que dirige la atención de la organización sanitaria hacia el futuro. Este modelo pretende superar los mitos que han provocado el fracaso de la planificación estratégica clásica, y a la vez orienta a las organizaciones hacia una nueva dimensión y conceptualización de la estrategia aplicada tradicionalmente. La planificación estra-

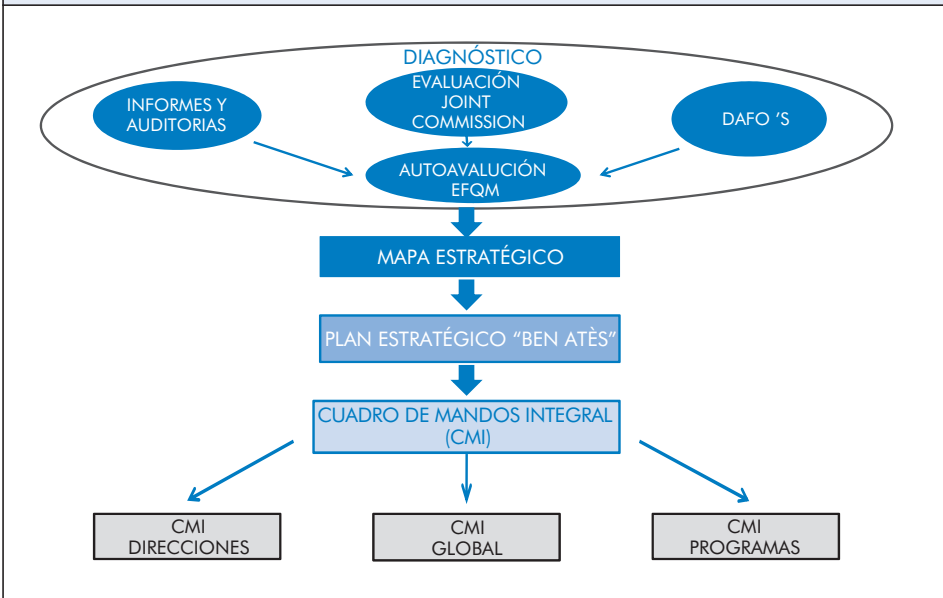
tégica integrada es una herramienta, más que una solución. De manera que capacita a las organizaciones a adaptarse más rápidamente a los cambios del entorno y, determina en que sentido tiene que avanzar en los próximos tres años. La aplicación de este modelo de planificación estratégica integrada, permite que los objetivos básicos de la organización sean alcanzados, especialmente, los referentes a control de costes, mejora de la calidad técnica y de servicio, respuesta efectiva a las nuevas demandas de atención sanitaria y proporciona una mejor adaptación del centro sanitario que lo adapta, a un entorno cada vez más turbulento y competitivo. Todo ello se consigue con la integración de de los distintos elementos del análisis diagnóstico estratégico DAFO, informes, auditorías evaluación externa de la Joint Commission International, entre otros con los planes de mejora producto de una autoevaluación siguiendo el modelo de Excelencia de la EFQM. Y a partir de aquí se diseña el mapa estratégico. Lo que nos permitirá operativizar las estrategias en objetivos medibles, asignar responsables y establecer un calendario de ejecución de las mismas.

El Modelo de Planificación Estratégica Integrada (PEI) consta de tres etapas fundamentales (véase Figura 5.2) y, está basado en la experiencia del autor como promotor de distintos planes estratégicos integrados, en diversas organizaciones sanitarias, sociosanitarias y empresas de seguros sanitarios. El elemento básico para el éxito del PEI, es la participación del máximo número de colaboradores de la organización, en su desarrollo y discusión, a lo largo de todo el proceso de planificación. El proceso de adaptación e implantación del modelo se comparte entre la dirección y el tejido social del centro sanitario. Así, en la fase del «qué» el protagonismo lo asumen los profesionales y trabajadores, mientras que en el “cómo” la responsabilidad recae totalmente en la estructura directiva, que a su vez la comparte con la estructura orgánica de la organización mediante los contratos de gestión clínica (dirección por objetivos).

Previamente al inicio del proceso de planificación, es necesario que la alta dirección del centro tome consciencia de la necesidad de iniciar este proceso de plani-



Figura 5.3. PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA INTEGRADA



ficación estratégica. Entonces, ésta debe decidir si lo realiza un grupo de trabajo interno o bien, se contrata a una firma externa, para el desarrollo de los aspectos formales del proceso. Pero, debemos insistir que en los dos casos, es imprescindible contar con la participación del mayor número posible de personas, para el desarrollo de cada una de las fases del proceso.

La primera etapa del PEI es la del **DIAGNÓSTICO ESTRATÉGICO**. Consiste en el trabajo previo que debe ser realizado con el fin de formular e implantar eficazmente las estrategias. Consta de dos fases, la de preparación del proceso de y la del diagnóstico propiamente dicho.

La profundidad y exhaustividad del mismo es muy importante puesto que de los resultados obtenidos dependerá la siguiente fase, la **ELECCIÓN DE ESTRATEGIAS**, que consta también de dos fases, la corporativa (misión, visión, valores institucionales y análisis de las expectativas de los grupos de interés), a continuación se diseña el mapa estratégico siguiendo la metodología de Norton y Kaplan, que nos permitirá la selección de estrategias mediante la priorización de las mismas y operativizar las mismas a través de los objetivos con sus indicadores, selección de responsables y calendario de ejecución.

En la tercera etapa de **IMPLEMENTACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS** se requiere que la empresa sanitaria se haya dotado del diseño organizativo adecuado a la nueva situación de cambio y, de los adecuados controles operativos aplicando el cuadro de mando integral o **Balanced Score Card**, tanto a nivel global de la institución, como de cada uno de los directores operativos y finalmente situarlo a nivel de las áreas clínicas autónomas que participen en un programa de gestión por objetivos basados en los contratos de gestión clínica (véase capítulo 8). En las siguientes secciones se describen con más detalle, las tres etapas del proceso de Planificación Estratégica Integrada.

5.3. DIAGNÓSTICO ESTRATÉGICO

FASE PREPARATORIA

En esta fase el director gerente como líder del proceso de planificación, organiza con su equipo directivo, la metodología a seguir, el calendario previsto y, escogen a las personas que participarán en los diversos talleres de análisis y discusión, así como los componentes del equipo de redacción del documento final.

Es en esta fase que el comité directivo debe revisar la definición de la misión y de la visión, pues lo más probable es no se haya hecho desde el día de la inauguración del centro. Una vez reformuladas ambas, éstas deben ser aprobadas por el máximo órgano de gobierno de la institución, sea la junta de gobierno o el consejo de administración.

La **misión** es el propósito o razón de ser fundacional de la institución. Suministra la dirección y el propósito a todos los colaboradores del centro sanitario. No es tan sólo, la descripción de la institución, sino que va más allá: ¿Porque existe? ¿Qué propósito justifica su existencia continuada? Con el paso de los años, puede quedar anticuada y, al inicio del proceso de planificación debe renovarse, por el órgano de gobierno, junto con la visión. En el Cuadro 5.3, se relacionan las características que deben cumplir la misión y la visión.

Cuadro 5.3. CARACTERÍSTICAS DE LA MISIÓN Y VISIÓN

MISIÓN

- Describir de forma clara, concreta y concisa el trabajo de la organización.
- Que sea relevante y fácilmente entendida y recordada por todas las personas.
- Orientada hacia los clientes, enfocándose a los servicios.
- Establecer los fundamentos para posteriores rediseños organizativos.
- Debe ser ambiciosa y romper posibles barreras organizacionales.
- Confieren perdurabilidad a la institución.

VISIÓN

- Debe ser una frase breve, memorable y de significado atractivo y entusiasta.
- Realista y asequible, pero debe representar un reto.
- Señala la dirección hacia la que todos deben dirigirse.
- Refuerza los valores y los puntos fuertes del centro.

La **visión** se refiere a lo que el centro sanitario quiere ser al final del proceso de gestión estratégica de su PEI. Sin visión, los centros sanitarios caen en la confusión y el desenfoco de sus estrategias de gestión. En el Cuadro 5.4, se muestran varios ejemplos de centros sanitarios u empresas de seguros, que han definido su misión y visión, en los últimos años.

Cuadro 5.4. EJEMPLOS DE MISIÓN Y VISIÓN	
PIUS HOSPITAL DE VALLS	
➤	MISIÓN: El Pius Hospital de Valls es una institución de iniciativa pública con gestión empresarial, que ofrece servicios integrales de salud y forma profesionales competentes y expertos.
➤	VISIÓN: El Pius Hospital de Valls quiere ser una organización excelente.
RESIDENCIAL ICÀRIA	
➤	MISIÓN: Somos un centro sociosanitario de iniciativa privada, que ofrece una atención personalizada y de calidad, en los ámbitos asistenciales, sociales y hoteleros, a personas mayores con un alto grado de autonomía.
➤	VISIÓN: Queremos ser una empresa sociosanitaria sostenible y excelente, para todos nuestros clientes.
GESTIÓ SANITÀRIA DE MALLORCA (GESMA)	
➤	MISIÓN: Gesma es una empresa pública sanitaria que ofrece servicios personalizados en el ámbito de la atención sociosanitaria, de salud mental y de atención comunitaria y social, para mejorar la salud, la autonomía y el bienestar de los ciudadanos de Mallorca y de las Islas Baleares.
➤	VISIÓN: GESMA quiere ser líder en la atención sociosanitaria, salud mental y atención comunitaria y social, ofreciendo una atención excelente, orientada a las personas, familias y sociedad. Promoviendo constantemente la competencia y el compromiso ético de todos sus profesionales.
INTEGRALIA	
➤	MISIÓN: la ayuda material y la inserción laboral y social de todo tipo de discapacitados.
➤	VISIÓN: Fomentar la integración de personas discapacitadas en el mundo laboral, siendo la empresa de prestación de servicios, contacto y relación con clientes basado en tecnologías de la información que se diferencia de sus rivales por su calidad y su especialización en área sanitaria.
DKV SEGUROS	
➤	MISIÓN: Crear valor de forma sostenida en los segmentos de seguros de salud, vida y generales. Siendo la empresa que ofrece mayor personalización al cliente, a través de la oferta de un producto y un servicio innovador, adecuado a sus necesidades y, con el soporte de una organización eficiente y excelente.
➤	VISIÓN: Ser una organización excelente.

FASE DE DIAGNÓSTICO

Se inicia con la obtención de **información relevante** a partir del análisis del área de influencia del centro sanitario, demanda asistencial actual y, previsiones de futuro; de la actividad asistencial; de los resultados económico-financieros; de la cultura de la organización con la incorporación de la voz de los clientes (encuestas de satisfacción) y, de la voz de los colaboradores (encuestas de clima laboral). También se deben revisar las recomendaciones de las diversas auditorías e informes técnicos que se

hayan realizado ad hoc o en los últimos tres años, como una evaluación externa de los estándares de la Joint Commission International, certificaciones ISO, etc. Posteriormente, se efectúa con el mayor número posible de profesionales del centro, diversos **análisis estratégicos DAFO** (análisis interno: debilidades y fortalezas; análisis externo: amenazas y oportunidades).

El diagnóstico propiamente dicho se realiza siguiendo el **Modelo EFQM de Excelencia** (véase capítulo 4), y se efectúa el proceso de Autoevaluación. La cual es realizada por el propio equipo directivo con un experto externo. Se identifican los puntos fuertes de la organización y las áreas de mejora a incorporar en el plan. En el Cuadro 5.5 se muestra un resumen del diagnóstico estratégico realizado por más de doscientos profesionales en la empresa pública Gestión Sanitaria de Mallorca (GESMA) en octubre de 2007.

Cuadro 5.5. DIAGNÓSTICO ESTRATÉGICO GESMA (OCTUBRE 2007)

- GESMA es una organización joven en el final de un largo proceso de orientación hacia el ámbito sociosanitario. La no profesionalización de los directivos y mandos intermedios, así como la ausencia de plan estratégico, junto con la sensación de politización de las decisiones operativas, ha provocado una amplia insatisfacción de los profesionales y se ha constatado la instauración de una cultura del fracaso.
- La no concreción histórica del modelo sociosanitario y de los planes de rehabilitación, junto con la carencia de habilidades de comunicación y liderazgo de los directivos y mandos, han creado un sentimiento de no pertenencia de los profesionales de Gesma.
- Ante la obsolescencia de las infraestructuras y tecnologías existentes, hace falta afrontar urgentemente la renovación de las mismas, con la aplicación de un plan director de obras, la mejora de la confortabilidad y seguridad de todas las instalaciones hospitalarias y de los dispositivos comunitarios y residenciales, así como la renovación del parque tecnológico.
- En algunos departamentos se ha iniciado el trabajo en equipos multidisciplinarios, aunque no existe cultura de evaluación y mejora permanente de las actividades que se realizan.
- Se ha detectado una falta de transparencia importante en la adjudicación de los contratos administrativos, pues, no se han aplicado los procedimientos legalmente establecidos por la ley de contratos del sector público.
- La larga transición ha hecho que Gesma sea la gran desconocida de la red sanitaria pública del Gobierno de las Islas Baleares, lo que dificulta la coordinación asistencial interniveles.
- Gesma era en el año 2007 una empresa sanitaria pública desestructurada organizativamente y sin planificación estratégica ni operativa, para asumir los grandes retos de la atención sociosanitaria que le habían sido encargados por el Ib-Salut y la Consejería de Salud y Consumo. Era una organización que, en lugar de orientarse a los clientes externos, se había orientado históricamente a satisfacer las necesidades personales de sus clientes internos.
- Pese a estos inconvenientes, en Gesma existe un muy valioso capital humano, que se caracteriza por su profesionalidad y humanidad, que ha mantenido la luz de una atención sanitaria excelente, orientada a los pacientes y a sus familiares. Y son estos profesionales, organizados en equipos interdisciplinarios, los que permitirán que Gesma logre su visión de futuro.

Una vez realizado el diagnóstico estamos en condiciones de identificar y definir las **competencias nucleares** de la organización, las cuales son las características fundamentales que se necesitan, para el cumplimiento de la misión y alcanzar la visión. El núcleo de competencias nucleares constituye la base sobre la que la organización obtiene su ventaja estratégica, en términos de actividades, habilidades o saber hacer. Esta ventaja la distingue de sus posibles competidores y, proporciona valor a todos sus clientes. En el Cuadro 5.6, se presentan las cinco competencias nucleares de Gestió Sanitària de Mallorca (GESMA), identificadas durante el proceso de planificación estratégica integrada realizada durante el año 2008.

Cuadro 5.6. COMPETENCIAS NUCLEARES DE GESMA

- **Excelencia en el servicio:** La segmentación de la oferta sociosanitaria que realizamos nos permite ofrecer un servicio de calidad continuada a todos nuestros pacientes y residentes.
- **Organización sostenible:** Somos una empresa pública sanitaria que optimiza los recursos disponibles y los gestiona con transparencia.
- **Integración al entorno social:** Gesma es una institución respetada y querida en Mallorca, por su empatía y fluidez en las relaciones con todos los grupos de interés.
- **Responsabilidad social:** El comportamiento ético, la integridad profesional y el rigor son formas de entender nuestra actividad asistencial y social.
- **Organización que aprende:** Profesionales altamente formados, motivados y orientados al cliente, mediante el trabajo en equipos interdisciplinarios.

5.4. ELECCIÓN DE ESTRATEGIAS

FASE CORPORATIVA

Esta fase, propiamente dicha, se ha iniciado en la fase de preparación con la revisión de la misión y de la visión, con su posible reformulación y posterior aprobación por el órgano de gobierno de la institución. A continuación se deben **identificar y definir los valores institucionales**. El sistema sanitario español todavía ignora las inmensas posibilidades de eficiencia y de sentido, derivadas de to mar en serio a las personas, sean los profesionales del centro como a los clientes y familiares. Se entiende por valor institucional, el resultado de las creencias internas de la organización, hábitos, estilos de conducta y maneras de hacer, que intervienen en la toma de decisiones. Las empresas sanitarias del siglo XXI, deben ser organizaciones bien estructuradas mediante valores. Éstos les dan orientación estratégica y sentido, más allá de generar beneficios, sociales o económicos, para sus propietarios, públicos o privados.

Aunque es difícil hablar de valores en un contexto sanitario, lleno de leyes y normas, de desconfianza hacia la retórica moralista, o bien, ante la falta de correspondencia entre los valores anunciados y los hechos, los profesionales de los centros sanitarios deben superar estas barreras y, definir ellos mismos los valores con los que se identifican. Y el PEI deberá alinear la estrategia de la organización con estos valores institucionales. En el Cuadro 5.7 se exponen los valores definidos por los profesionales de algunas organizaciones sanitarias.

Cuadro 5.7. IDENTIFICACIÓN Y DEFINICIÓN DE VALORES INSTITUCIONALES

PIUS HOSPITAL DE VALLS

- **Profesionalidad.** Actitud ética de desarrollar nuestro trabajo con la máxima competencia y sensibilidad a las necesidades tanto de nuestros clientes como de la institución.
- **Respeto.** Consideración a la propia persona y a las necesidades de los demás por parte de los profesionales y de la institución.
- **Trabajo en equipo.** Participación dinámica, respetuosa y honesta de los profesionales con un objetivo común.
- **Compromiso.** Obligación moral de la institución y de todos los colaboradores de asumir la misión, lograr la visión e, incorporar los valores compartidos, con una actitud entusiasta y dialogante, responsabilizándonos de los propios actos y mejorando permanentemente.
- **Confianza mutua.** Seguridad de poder contar con nuestra capacidad de actuar y la buena fe de nuestros propósitos, promoviendo una actuación responsable.

RESIDENCIAL ICÀRIA

- **Profesionalidad:** En Icaria Residencial realizamos nuestro trabajo sobre la base de los conocimientos profesionales y la experiencia personal adquirida, con una mentalidad de mejora continuada.
- **Trabajo en equipo:** En Icaria Residencial trabajamos la participación, colaboración y compromiso de los diferentes profesionales con un objetivo común.
- **Tolerancia:** En Icaria Residencial tenemos la disposición de admitir que las personas pueden pensar o actuar de manera diferente.
- **Respeto:** En Icaria Residencial impulsamos la consideración hacia las personas y el entorno que nos rodea. La aceptación de la diferencia y la promoción del buen ambiente es un reto de todos nosotros.

INTEGRALIA

- **Entusiasmo:** Nuestra actividad ha de ser estimulante, dinámica y llena de energía. La disponibilidad, el espíritu de lucha y el sano orgullo de pertenencia, rigen las relaciones con nuestro entorno.
- **Respeto:** Nos ayudamos mutuamente y hacemos un esfuerzo de comprensión y respeto hacia las particularidades individuales. Dialogar, respetar, compartir y aportar, son actitudes permanentes.
- **Solidaridad:** Mantenemos una actitud continua de acogida que facilite la integración y el aprendizaje de los nuevos miembros del equipo.
- **Profesionalidad:** La calidad en el servicio que damos es nuestro objetivo. Intentamos ponernos en el lugar de nuestros clientes y profesionales sanitarios, procuramos observar la realidad desde su perspectiva y valoramos la calidez emocional, el compromiso, el afecto y la sensibilidad y trabajamos de forma cuidadosa y esmerada, buscando la excelencia en nuestra actitud, habilidades y tareas. Buscamos superar, con nuestra respuesta excelente, las expectativas de nuestros clientes y usuarios.
- **Aprendizaje continuo:** Aprender y enseñar permanentemente es tarea de todos. Compartir y gestionar el conocimiento y añadirle creatividad nos garantiza el futuro.

Cuadro 5.7. IDENTIFICACIÓN Y DEFINICIÓN DE VALORES INSTITUCIONALES (Cont.)

DKV SEGUROS

- **Rigor:** Trabajar de forma cuidadosa y esmerada de acuerdo con criterios profesionales forma parte de nuestra forma de hacer. Actuar con rigor es una garantía de éxito. Valoramos el trabajo bien hecho. Nuestros proyectos nos exigen eficiencia y resultados, así como un compromiso con los grupos de interés y con el objetivo de creación de valor.
- **Empatía:** Intentamos ponernos en el lugar de nuestros clientes y proveedores, procuramos observar la realidad desde su perspectiva y valoramos la calidez emocional, el compromiso, el afecto y la sensibilidad. Consideramos la empatía como elemento clave en las relaciones interpersonales. Nos esforzamos en reconocer, comprender y apreciar los sentimientos de los demás. Sabemos que las situaciones son dinámicas y sacamos provecho del diálogo porque la capacidad de escucha redundante en la eficiencia.
- **Trabajo en equipo:** Trabajamos en equipo, nos apoyamos mutuamente y hacemos un esfuerzo de comprensión y de reconocimiento de cada uno. Dialogar, respetar, compartir y aportar son actitudes permanentes. La orientación hacia una organización basada en procesos debe generar una relación constante entre departamentos. Más allá de nuestra organización, también trabajamos conjuntamente con nuestros socios y con otras entidades para contribuir al beneficio común.
- **Excelencia:** La calidad en el servicio al cliente es nuestro objetivo. Trabajamos por y para ello, mejorando nuestros procesos, nuestros productos y servicios. A los profesionales de ERGO nos caracteriza la ambición mejorar y la búsqueda de la excelencia en nuestra actitud, habilidades y tareas.
- **Integridad:** Defendemos la honestidad y el comportamiento ético y coherente de nuestras actuaciones, como individuos y como empresa.

GESTIÓ SANITÀRIA DE MALLORCA (GESMA)

- **Trabajo en equipo:** Trabajar coordinadamente según el modelo interdisciplinario, para lograr el proyecto común de GESMA mediante el diálogo, la reflexión y la autocrítica.
- **Comunicación:** Favorecer la participación con relaciones fluidas y transparentes entre profesionales, clientes, dirección y la administración sanitaria.
- **Profesionalidad:** Realizar la tarea requerida con respeto, responsabilidad, coherencia y compromiso de mejora.
- **Orientación al cliente:** El paciente y su familia, son la razón de la existencia de nuestra organización.

Esta fase corporativa finaliza al **identificar y conocer las expectativas de los grupos de interés**. Los grupos de interés o stakeholders son aquellos individuos o grupos, cuyos objetivos dependen de lo que haga la organización y, de los que, a su vez, depende la organización. Es decir, todos aquellos que tienen interés en una organización, sus actividades y sus logros. Un centro sanitario durante su proceso de planificación estratégica debe identificar, comprender y anticipar las necesidades y expectativas de los grupos de interés actuales y futuros. Se incluyen entre otros, clientes (identificación exhaustiva), asociaciones de pacientes, la red asistencial, empleados, directivos, propietarios (consejo rector), Administración (política y sanitaria) y proveedores.

Durante el proceso de planificación estratégica, los directivos de GESMA, identificaron a todos los grupos de interés y mediante una matriz poder/interés se priorizaron los stakeholders con gran poder y gran interés (véase Cuadro 5.8). La elaboración del análisis de estos grupos de interés se llevó a término, a partir de diferentes entrevistas mantenidas con una representación de cada uno ellos y, los resultados obtenidos se exponen en el Cuadro 5.9.

El **gobierno corporativo** determina a quién debe servir la organización y, cómo se deciden cuáles son los propósitos y prioridades. Está relacionado tanto con el funcionamiento de la organización, como con la distribución de poder entre los distintos stakeholders. Desde esta perspectiva, las funciones de los órganos de gobierno deberían ser las siete, que se relacionan en el Cuadro 5.10.

El informe Olivencia promovido por el gobierno español, destaca en su informe que *el buen funcionamiento de una empresa, debe comenzar con la toma de consciencia por parte de su propio Consejo de Administración*. La clave para la efectividad de los órganos de gobierno, no está en hablar de sus funciones, sino de organizar su trabajo. Un gobierno efectivo ha de empezar con la selección efectiva de sus miembros. No puede permitirse que formen parte del consejo, miembros con otros intereses que los de hacer mejor la institución. Siendo deseable que las repre-

Cuadro 5.8. GRUPOS DE INTERÉS DE GESMA

	BAJO INTERÉS	ALTO INTERÉS
BAJO PODER	Asociaciones vecinos. Unión de consumidores. Colegios profesionales. Sociedades científicas. Entidades colaboradoras. Mecenazgo. Fuerzas de seguridad. Obispado. Fundación tutelar. Fefe. Conselleria Medio Ambiente. Transporte sanitario. Consejos Insulares. Asociaciones voluntarios.	Defensor del paciente. Entidades formativas. Proveedores. Universidad. Competidores. Otros dispositivos ASS. Otros dispositivos ASM. Asociación enfermos y familiares.
ALTO PODER	Conselleria Interior. Inspección de trabajo. Ayuntamientos. Conselleria Asuntos Sociales. Medios Comunicación. Agenda protección de datos. Partidos políticos.	Agentes sociales. Pacientes. Profesionales. Directivos. Conselleria Hacienda. Atención Primaria. Magistratura. Hospitales agudos. Conselleria Salud y Consumo. Gobierno CAIB. Ib-salut. Consejo Administración.

Cuadro 5.9. EXPECTATIVAS DE LOS GRUPOS DE INTERÉS PRIORIZADOS DE GESMA

- **Pacientes:** A pesar de su satisfacción con la atención recibida, creen que se podrían mejorar las infraestructuras.
- **Asociaciones de enfermos:** Apoyo a las familias afectadas, colaboración con ellos y atención más humanizada.
- **Proveedores:** Tener una buena imagen tanto de los usuarios como del equipo de dirección con el fin de poder continuar prestando sus servicios.
- **Agentes sociales:** Que desaparezca la forma jurídica de empresa pública. Unificación de regímenes laborales y conseguir la paz social.
- **Profesionales:** Que la dirección encuentre el norte.
- **Hospitales de agudos:** Coordinación y drenaje rápido del enfermo con criterios sociosanitarios, desde los hospitales de agudos a Gesma.
- **Atención primaria:** Que la cartera de servicios de GESMA se ajuste a la realidad y que esté coordinada con la de Atención Primaria, teniendo en cuenta la calidad y continuidad asistencial.
- **Consejero de Salud:** Cumplir con la misión de ofrecer servicios sociosanitarios, de salud mental y comunitarios de máxima calidad y, con el reto de saber buscar espacios nuevos, que no estén debidamente atendidos por la red pública.
- **Consejero de Presidencia:** Que GESMA sea una empresa capaz de dar respuesta a las necesidades sociosanitarias y de salud mental que son de su competencia en las Islas Baleares.
- **Ib-Salut/ Consejo de Administración:** Gesma debe sentirse integrada con el resto de dispositivos de la red pública, por garantizar coordinación y continuidad. Debe ser flexible y adaptable a necesidades y a cambios del entorno.
- **Equipo directivo:** Que con el Plan Estratégico "Ben Atès" seamos capaces de reordenar los recursos, para lograr una gestión más eficiente y ejecutar el Plan de Inversiones para lograr la satisfacción de los profesionales y su implicación en la organización.
- **Mandos intermedios:** Desarrollar ampliamente todo el ámbito sociosanitario y llegar a ser referentes de la atención Sociosanitaria de las Islas Baleares.

Cuadro 5.10. FUNCIONES DE LOS ÓRGANOS DE GOBIERNO

- Aprobación de las estrategias generales de la institución.
- Asegurar la viabilidad de la empresa a largo plazo.
- Añadir valor para todos los que componen la empresa.
- Aportar recursos financieros y de experiencia, a la empresa.
- Identificación de los principales riesgos de la sociedad e implantación y seguimiento de los sistemas de control interno y, de información adecuados.
- Nombramiento de los más altos directivos.
- Supervisar la gestión y la sucesión de los gestores.

sentaciones institucionales, nombren a ciudadanos de su confianza, que con su experiencia y buen hacer, sirvan lealmente, con entusiasmo y pasión, a los intereses de los ciudadanos, que reciben los servicios sanitarios. Queda mucho camino por recorrer, hasta conseguir unos órganos de gobierno de los centros sanitarios que infundan respeto y confianza, tanto a los ciudadanos como, a los profesionales del sistema sanitario público.

FASE SELECCIÓN DE ESTRATEGIAS

Esta fase se inicia con la definición de las grandes líneas maestras de decisión para la selección de alternativas estratégica, es decir el equipo directivo debe **definir las políticas institucionales**, entre ellas destacan la política institucional, la asistencial, gestión de recursos, de personas de gestión del conocimiento, de la excelencia. En el Cuadro 5.11 se exponen las políticas de GESMA definidas en el año 2008.

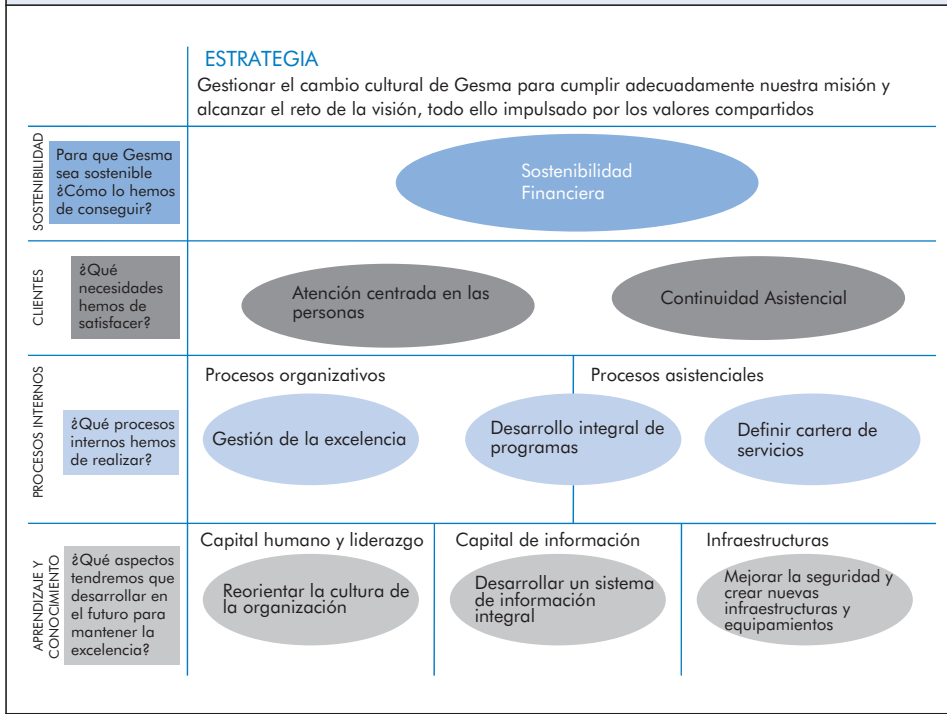
El equipo directivo debe elaborar la estrategia global que permita alcanzar la visión corporativa. La **estrategia** se puede considerar como la adecuación de las actividades de una organización al entorno en el que opera. Las decisiones estratégicas afectan a la dirección a largo plazo y, hacen referencia a cómo lograr ciertas ventajas para la organización. En la Figura 5.4 se muestra la estrategia de GESMA implicada en su mapa estratégico.

A continuación se diseña el mapa estratégico con sus líneas estratégicas y estrategias. Actualmente, el Balanced Scorecard de Kaplan y Norton, es el modelo de gestión estratégica más aceptado e implantado por las organizaciones de cualquier sector, tanto privado como público, de todo el mundo. Una de estas evoluciones es el **mapa estratégico**, el cuál proporciona el marco visual para integrar los objetivos de la or-

Cuadro 5.11. POLÍTICAS INSTITUCIONALES DE GESMA

- **Política institucional:** GESMA se compromete a establecer y mantener excelentes relaciones con las instituciones, organismos y entidades, tanto públicas como privadas, basadas en la transparencia y el espíritu de colaboración.
- **Política asistencial:** Proporcionaremos una atención integral, orientada a la satisfacción de las necesidades de los pacientes y sus familiares, trabajando con equipos interdisciplinarios.
- **Política del entorno:** Facilitaremos el acceso de los ciudadanos a nuestros centros, aprovechando su ubicación privilegiada, y favoreceremos su apertura a la comunidad.
- **Política medioambiental:** Nos comprometemos con el respeto al medio ambiente, responsabilizándonos de la gestión de los recursos en un marco de sostenibilidad.
- **Política de gestión:** Gestionaremos todos los recursos disponibles de manera eficiente y transparente, con un control responsable de los fondos públicos asignados.
- **Política de gestión de personas:** Gesma fomentará la participación en la toma de decisiones y el bienestar profesional y personal, de todos sus colaboradores.
- **Política de gestión del conocimiento:** Potenciaremos el capital intelectual de nuestros profesionales, con el fin de mejorar sus competencias técnicas y favorecer su desarrollo personal, potenciando la flexibilidad y la adaptabilidad al cambio.
- **Política de comunicación:** Estableceremos canales de comunicación bidireccionales, que faciliten el intercambio de la información dentro de Gesma y con la sociedad.
- **Política de excelencia:** Diseñaremos y mejoraremos permanentemente todos los procesos de GESMA, basándonos en el modelo asistencial de la Joint Commission y, en el modelo EFQM de gestión de la excelencia.

Figura 5.4. MAPA ESTRATÉGICO GESMA



ganización, en las cuatro perspectivas de un Cuadro de Mando Integral. El mapa ilustra las relaciones causa-efecto que vinculan los resultados deseados en las perspectivas del cliente y financiero a con un rendimiento destacado, en los procesos fundamentales: gestión asistencial, gestión del cliente y, en procesos estratégicos: innovación y responsabilidad social corporativa. Además, el mapa estratégico identifica las capacidades específicas en los activos intangibles de la organización sanitaria (capital humano, capital de la información y capital organizativo), que se requieren para obtener unos resultados excepcionales, en los principales procesos.

El mapa estratégico proporciona un marco para ilustrar de que forma la estrategia vincula los activos intangibles con los procesos de creación de valor. Para conseguirlo, el mapa divide los ejes del análisis de la empresa sanitaria en cuatro perspectivas, las cuáles se describen en el Cuadro 5.12.

Actualmente diversas organizaciones sanitarias, como por ejemplo, GESMA (véase Figura 5.4), la Clínica Universitaria de Navarra y el Hospital de Zumárraga, entre otras varias, están implantando un modelo de Planificación Estratégica Integrada EFQM & BSC, con el objetivo de transformar estrategia en acción excelente. El modelo de Planificación Estratégica Integrada toma como punto de partida, por un lado, la estrategia de la organización, y los conceptos de excelencia del Modelo EFQM y, por otro lado, el enfoque de orientación a la estrategia del Balanced Scorecard.

La implantación del modelo de Planificación Estratégica Integrada es un camino que se recorre gradualmente, donde lo importante es la práctica y la adaptación a la

Cuadro 5.12. LAS 4 PERSPECTIVAS DE LOS MAPAS ESTRATÉGICOS

- **Perspectiva financiera (sostenibilidad):** describe los resultados tangibles de la estrategia en términos financieros tradicionales. Responde a la pregunta ¿qué debemos hacer para conseguir la sostenibilidad financiera de la empresa?
- **Perspectiva clientes (pacientes y familias):** define la proposición de valor para los clientes objetivo, proporcionando el contexto para que los activos intangibles creen valor. Responde a la cuestión de ¿qué necesidades debemos satisfacer?
- **Perspectiva de procesos internos (organizativos y asistenciales):** identifican aquellos pocos procesos que se espera tengan el mayor impacto sobre la estrategia. Responde a ¿qué procesos debemos priorizar?
- **Perspectiva de capacidades estratégicas (aprendizaje y conocimiento):** identifica los activos intangibles que son más importantes para la estrategia. Las estrategias de esta perspectiva identifican que trabajos (capital humano, sistemas (capital de información) y qué clase de clima laboral (capital organizativo) se requieren para apoyar los procesos de creación de valor. Responde a ¿qué capacidades y herramientas tendremos que desarrollar en el futuro para el cumplimiento de la estrategia?

idiosincrasia de cada organización sanitaria. Entendiendo y aprovechando al máximo lo que se hace en cada momento. Es un excelente sistema de apoyo a la gestión que informa del presente con amplitud de miras. Evalúa el nivel de logro de los objetivos previstos. Facilita la adaptación al futuro e incluso su creación. Su implantación en fases avanzadas conduce a un cambio cultural hacia la excelencia. Por ello, son vitales los elementos de gestión del cambio (comunicación, detección y tratamiento de resistencias al cambio, formación).

Las líneas estratégicas con sus estrategias y objetivos medibles, son las que permiten alcanzar la visión de la Excelencia. Se aconseja que una vez el equipo directivo junto con expertos internos y externos, ha diseñado el mapa estratégico, entonces éste debe desplegarse en estrategias y objetivos operativos. En el Cuadro 5.13 se presentan las 9 líneas estratégicas y las 22 estrategias del plan Ben Atès de GESMA, así como el responsable de su consecución.

Una estrategia es un fin deseado, clave para la organización sanitaria y para la consecución de la estrategia corporativa. Por lo que su cumplimiento es un elemento de máxima prioridad en la gestión estratégica de los centros sanitarios. Establecer correctamente las estrategias con sus correspondientes objetivos operativos, en cada una de las cuatro perspectivas del mapa estratégico, será clave para que el Cuadro de Mando Integral sea una herramienta de gestión enfocada a la implantación de la estrategia. La fijación de estrategias y su conexión mediante relaciones causa-efecto permite fijar la historia de la estrategia y el por qué la organización sanitaria conseguirá éxitos financieros y de relación con sus clientes y profesionales, a través de su actuación en los procesos internos y en sus capacidades estratégicas.

Se recomienda que el mapa sólo debe contener aquellas estrategias que tienen una especial relevancia para una ejecución exitosa de la estrategia corporativa y, en cambio, no contiene aquellas otras que la organización requiere desde el punto de vista operativo del día a día. Entonces llega el momento de establecer las relaciones

Cuadro 5.13. LINEAS ESTRATÉGICAS Y ESTRATEGIAS DE GESMA	
LÍNEA ESTRATÉGICA 1: SOSTENIBILIDAD FINANCIERA. (Responsable (R): Director Gerente).	
ESTRATEGIA 1:	Cumplimiento del contrato de gestión (Director Gerente).
ESTRATEGIA 2:	Obtener financiamiento alineado con el Plan Estratégico (Director Gerente).
ESTRATEGIA 3:	Mejorar la eficiencia (Director Gerente).
LÍNEA ESTRATÉGICA 2: ATENCIÓN CENTRADA EN LAS PERSONAS. (R: Dirección Enfermería Salud Mental).	
ESTRATEGIA 4:	Promover una atención cordial, cálida y segura (Subdirección de Atención Social).
ESTRATEGIA 5:	Potenciar la autonomía de los pacientes y de sus familias (Dirección Enfermería Salud Mental).
ESTRATEGIA 6:	Ofrecer una atención integral (Dirección Enfermería Sociosanitaria).
LÍNEA ESTRATÉGICA 3: CONTINUIDAD ASISTENCIAL. (R: Dirección Médica Sociosanitaria).	
ESTRATEGIA 7:	Favorecer la coordinación interniveles sanitarios y sociales (Dirección Médica Sociosanitaria).
LÍNEA ESTRATÉGICA 4: GESTIÓN DE LA EXCELENCIA. (R: Dirección de Desarrollo Corporativo).	
ESTRATEGIA 8:	Implantar, gestionar y mejorar los procesos (Dirección de Desarrollo Corporativo).
ESTRATEGIA 9:	Aprender los mejores (Benchmarking) (Dirección de Desarrollo Corporativo).
ESTRATEGIA 10:	Mejorar la comunicación interna y externa (Dirección de Desarrollo Corporativo).
ESTRATEGIA 11:	Conocer la voz de los pacientes y familiares (Dirección de Desarrollo Corporativo).
LÍNEA ESTRATÉGICA 5: DESARROLLO INTEGRAL DE PROGRAMAS. (R: Dirección Enfermería Sociosanitaria).	
ESTRATEGIA 12:	Impulsar la gestión clínica-Unidades de Gestión Clínica (UGC) (Dirección Médica Sociosanitaria).
LÍNEA ESTRATÉGICA 6: DEFINIR CARTERA DE SERVICIOS. (R: Dirección Médica Salud Mental).	
ESTRATEGIA 14:	Diseñar cartera de servicios (Dirección Médica Salud Mental).
LÍNEA ESTRATÉGICA 7: REORIENTAR LA CULTURA DE LA ORGANIZACIÓN. (R: Dirección de Recursos Humanos).	
ESTRATEGIA 15:	Implantar gestión por competencias. (Dirección de Recursos Humanos).
ESTRATEGIA 16:	Fomentar un clima laboral positivo (Dirección de Recursos Humanos).
ESTRATEGIA 17:	GESMA solidaria. Dirección de Enfermería Sociosanitaria (Dirección de Recursos Humanos).

Cuadro 5.13. LINEAS ESTRATÉGICAS Y ESTRATEGIAS DE GESMA (Cont.)**LÍNEA ESTRATÉGICA 7: REORIENTAR LA CULTURA DE LA ORGANIZACIÓN.
(R: Dirección de Recursos Humanos). (Cont.)**

ESTRATEGIA 18: Utilizar la formación y la docencia como herramienta de cambio. Subdirección de Gestión del Conocimiento (Subdirección Gestión del Conocimiento.)

ESTRATEGIA 19: Diseñar la organización alineada con el Plan Estratégico (Director Gerente).

**LÍNEA ESTRATÉGICA 8: DESARROLLAR UN SISTEMA DE INFORMACIÓN INTEGRAL.
(R: Dirección de Gestión).**

ESTRATEGIA 20: Implantar un Sistema de Información Integrada (Responsable sistemas de información).

ESTRATEGIA 21: Diseñar y aplicar un Plan Integral de Seguridad (Dirección de Gestión).

**LÍNEA ESTRATÉGICA 9: MEJORA DE LA SEGURIDAD Y CREACIÓN DE NUEVAS INFRAESTRUCTURAS I EQUIPAMIENTOS.
(R: Dirección de Gestión).**

ESTRATEGIA 22: Diseñar y ejecutar un Plan de Usos, Obras y Equipamientos (Dirección de Gestión).

causa-efecto entre las diversas estrategias del mapa estratégico, de modo que se pueda visualizar el camino concreto que se debe seguir para alcanzar la estrategia. El proceso de construcción de las relaciones causa-efecto debe iniciarse en las perspectivas financiera y de clientes, para acabar en las perspectivas de procesos internos y capacidades estratégicas.

Una vez se han identificado las grandes líneas estratégicas con sus correspondientes estrategias se debe proceder a la operativización del mapa estratégico, para que no se convierta sólo en una muy buena declaración de intenciones. Para ello se identificarán sus objetivos operativos, con sus correspondientes indicadores de medición, estándares de cumplimiento, recursos asignados, calendario de ejecución y responsable de su cumplimiento y desarrollo. Los objetivos son las acciones concisas que la organización debe hacer bien para la implementación de las diversas estrategias. Se recomienda para la descripción de las estrategias comenzar con un verbo de acción del tipo: aumentar, reducir, iniciar, finalizar, desarrollar, lograr, alcanzar, mejorar, etc. En el Cuadro 5.14 se muestra el despliegue de la línea estratégica 3 (continuidad asistencial), con la estrategia siete y once objetivos para implementar la estrategia de GESMA, en el período 2008-11.

Los objetivos estratégicos se complementan con un sistema de indicadores, es decir de herramientas que usaremos para determinar el grado de cumplimiento de los objetivos y si nos encaminamos hacia una exitosa implantación de la estrategia. Los criterios necesarios para una correcta selección de los indicadores son: deben estar ligados a la estrategia, cuantitativos, accesibles, de fácil comprensión, equilibrados

Cuadro 5.14. ÁREA CLIENTES DEL MAPA ESTRATÉGICO DE GESMA

LÍNEA ESTRATÉGICA 3: CONTINUIDAD ASISTENCIAL. Dirección Médica Sociosanitaria. (DM-SS)
Establecer sinergias y alianzas con el Servicio de Salud y la red asistencial pública para garantizar una continuidad asistencial en el paciente a lo largo de todo el sistema

ESTRATEGIA 7. Favorecer la coordinación entre niveles sanitarios y sociales. Dirección Médica Sociosanitaria (DM-SS)
 Promover una actuación coordinada e integrada con el resto de dispositivos de la red asistencial pública de las Islas de forma que se garantice la continuidad de la atención en el ámbito sociosanitario de la salud mental, y el comunitario y social, para asegurar una asistencia de calidad.

OBJETIVOS	RESPONSABLE	INDICADOR	CALENDARIO
31- Definir e implantar Programas de Atención Sociosanitaria consensuados con los diferentes niveles asistenciales y el Servicio de Salud.	DM-SS/DM-SM	<ul style="list-style-type: none"> - Definir Programas de Salud Mental y Sociosanitaria - Número de programas consensuados entre niveles 	A diciembre 2008: Paliativos A junio 2009: resto programas sociosanitarios A junio 2010 programas de salud mental.
32-Actualizar e unificar los protocolos de admisiones y traslados.	SDCG	<ul style="list-style-type: none"> - Disponer del protocolo de admisiones - Disponer del protocolo de traslados 	A diciembre 2008 2 meses después de implantar HIS (soporte electrónico a la historia clínica)
33-Establecer la figura de enfermera de enlace con otros niveles para mejorar la coordinación.	DI-SS/DI-SM	<ul style="list-style-type: none"> - Procedimiento consensuado con el Servicio de Salud sobre enfermería de enlace. 	Sociosanitario a junio 2009 Salud Mental a diciembre 2009
34- Formalizar un acuerdo corporativo sobre la derivación de pacientes desde Atención Primaria para el ingreso a los centros sociosanitarios.	DM- SS/SDCG	<ul style="list-style-type: none"> - Acuerdo formalizado con Atención Primaria y validado por el Servicio de Salud - Número de pacientes derivados según el protocolo 	A diciembre 2008, programa de paliativos A junio 2009, el resto de programas

Cuadro 5.14. ÁREA CLIENTES DEL MAPA ESTRATÉGICO DE GESMA (Continuación)			
OBJETIVOS	RESPONSABLE	INDICADOR	CALENDARIO
35- Cumplir los acuerdos sobre accesibilidad y tiempos de espera del contrato de gestión con el Servicio de Salud.	DM-SS	<ul style="list-style-type: none"> - Tiempos de espera media de ingresos en gramas - Tiempos máximos y media de demora en relación a demanda información entre niveles 	A junio 2009
36- Definir los circuitos que garantizan la continuidad de curas	DI- SS/DI- SM	<ul style="list-style-type: none"> - Definir el circuito consensuado del informe de continuidad de curas entre niveles - Sesiones informativas a los centros sobre los circuitos 	A diciembre 2008
37- Iniciar programas de seguimiento post-alta a las Unidades Comunitarias de Rehabilitación (UCR)	SDMR- SM	<ul style="list-style-type: none"> - Registro de seguimiento post-alta UCR - Grado de satisfacción de pacientes y familias 	A junio 2009
38- Ampliar la cobertura de las Unidades de Evaluación Sociosanitaria (UVASS) a los Hospitales de Agudos.	DM-SS	<ul style="list-style-type: none"> - Creación UVASS Hospitales Comarcales Inca-Manacor 	Progresivo a 2011
39- Crear una UVA de Salud Mental definiendo criterios de ingreso de los diferentes dispositivos hospitalarios, de acuerdo con el Servicio de Salud	DM-SM/SDMC-SM	<ul style="list-style-type: none"> - UVA para Salud Mental - Acuerdo formalizado - Protocolo de derivaciones - Número de pacientes derivados según protocolo 	A diciembre 2008
40- Establecer sinergias con la Concellería de Bienestar Social y otros dispositivos sociosanitarios o sociales de las Islas	DDC	<ul style="list-style-type: none"> - Número de reuniones con los organismos adecuados - Número de acuerdos y/o convenios 	Progresivo a 2011

DM-SS: Dirección Médica Sociosanitaria. DM-SM: Dirección Médica Salud Mental. SDCG: Subdirección Control de Gestión. DISS: Dirección Enfermería Sociosanitaria. DI-SM: Dirección Enfermería Sociosanitaria. SDMR-SM: Subdirección Médica de Rehabilitación de Salud Mental. SDME-SM: Subdirección Médica de Coordinación Asistencial de Salud Mental.

entre ellos y, basados en el consenso. En el Cuadro 5.15 se presentan algunos errores percibidos en la selección de los indicadores.

Una vez establecidos los objetivos deben fijarse las metas y los responsables de su ejecución y el calendario de las mismas. Para establecer unos buenos acuerdos de gestión clínica debe establecerse un proceso iterativo por el cual se llegue mediante consensos sucesivos entre el comité de dirección y el responsable del área de gestión, para alcanzar las metas dentro de los límites de los presupuestos anuales. Estas metas deben ser retadoras y por tanto que orienten la actuación de los profesionales a superar su propia performance. Ser asequibles para no provocar desmotivación. Y ser gestionables, para ello se recomienda monitorizar su evolución mensualmente.

Cuadro 5.15. ERRORES DE SELECCIÓN DE LOS INDICADORES

- Utilizar en el CMI objetivos operativos ya preexistentes, no vinculados con la estrategia
- Seleccionar solamente indicadores fáciles de calcular en lugar de aquellos que realmente ayuden a la implantación de la estrategia.
- Seleccionar indicadores que sólo reflejen los aspectos positivos
- Utilizar los indicadores para buscar culpables.
- Seleccionar muchos indicadores, máximo tres para cada línea estratégica o estrategia.

5.5. IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS

Una vez el redactado el PEI, éste debe ser **aprobado por el máximo órgano de gobierno** (consejo de administración, consejo rector, etc.) de la organización. El Plan Estratégico Integrado abarcará un periodo de ejecución de tres años, siendo el director gerente de la institución el máximo responsable de su difusión interna y externa. Junto con su equipo directivo, trimestralmente analizarán los progresos de su implantación, de acuerdo con el calendario establecido en el propio PEI.

El **cuadro de mando integral (CMI)** desarrollado por Kaplan y Norton en los años noventa, sintetiza la información relevante de las 4 perspectivas del Balanced Scorecard en 25-30 indicadores. Los logros alcanzados permiten que la visión exitosa del centro sanitario enunciada por la dirección, se deba a la diferenciación de las prestaciones al orientarse simultáneamente a la ciudadanía (en los centros de la red pública) o a los dueños-responsables del capital-presupuesto (perspectiva financiera), a los pacientes y familiares (perspectiva clientes), a los procesos internos y al desarrollo organizativo y su mejora (perspectiva de procesos internos y del crecimiento y aprendizaje). Con la información del CMI la dirección visualiza de manera rápida la situación del centro sanitario y el avance de la estrategia global. Del CMI se desarrollan en cascada los diversos cuadros para cada una de las direcciones y de las distintas áreas clínicas con autonomía de gestión (véase Figura 5.3). Los CMI de las distintas áreas respaldan las prioridades organizativas y las estrategias al ofrecer contratos explícitos por medio de los cuales se mide el rendimiento interorganizativo, además de una manera explícita proporcionan indicadores de relación, innovación, conveniencia, calidad, servicio, flexibilidad, coste y precio. En la tabla 5.1. se presenta el CMI general de GESMA.

Tabla 5.1. CMI GESMA ENERO 2009

	Mes actual	Mes año anterior	Total año	Total año anterior	Variación %	Objetivo año	Dev. objet.
SOSTENIBILIDAD Y EFICIENCIA: SOSTENIBILIDAD FINANCIERA							
1.1.1	Cumplimiento presupuestario						
1.1.2	Coste total por estancia						
3.2	Grado de cumplimiento contrato de gestión						
7.1	Índice absentismo						
10.3	Evaluación contratación administrativa						
CLIENTES: ATENCIÓN CENTRADA EN LAS PERSONAS							
15.1	Número de Voluntades anticipadas						
27.3	Incidencia Infección Nosocomial						
27.5	Tasas de caídas hospitalarias						
27.11	Tasa de úlceras por presión						
CLIENTES: CONTINUIDAD ASISTENCIAL							
34.2	Pacientes derivados desde AP según protocolo						
35.1	Tiempo medio de espera por ingreso S5						
35.12	Tiempo medio de espera por ingreso en SM						
PROCESOS INTERNOS / ORGANIZATIVOS: GESTIÓN DE LA EXCELENCIA							
43.3	Acciones de mejoras realizadas						
44.2	Reuniones y actos de comisiones						
49.2	Repercusión mediática						
53.3	Tiempo medio de respuesta a las reclamaciones						

Tabla 5.1. CMI GESMA ENERO 2009 (Cont.)

	Mes actual	Mes año anterior	Total año	Total año anterior	Variación %	Objetivo año	Dev. objet.
PROCESOS ASISTENCIALES: DESARROLLO DE PROGRAMAS INTERDISCIPLINARES							
54.41	Índice de ocupación sanitaria						
60.2	Estancias fuera de programa						
61.3	Aplicación contrato terapéutico						
PROCESOS ASISTENCIALES: CARTERA DE SERVICIOS							
65.5	Ratio valoración de UVASS con ingreso						
65.6	Ratio valoración de UVAS SM con ingreso						
APRENDIZAJE Y CONOCIMIENTO: REORIENTAR LA CULTURA DE LA ORGANIZACIÓN							
74.2	Acuerdos firmados con el Comité de empresa						
79.2	Proyectos solidarios con participación de Gesma						
81.4	Ratio horas de formación						
APRENDIZAJE Y CONOCIMIENTO: DESARROLLO SISTEMAS DE INFORMACIÓN							
88.11	Proyectos en productividad del Plan de sistemas						
89.2	Conexiones de usuarios a la historia de Salud						
APRENDIZAJE Y CONOCIMIENTO: MEJORAR LA SEGURIDAD Y CREACIÓN DE NUEVAS INFRAESTRUCTURAS							
93.3	Acciones del Plan de gestión medioambiental						
96.3	Acciones formativas en materia de prevención						
98.1	Tasa de revisiones Salud Laboral						
99.21	Inversiones realizadas Plan de obras						

Trimestralmente serán **evaluadas las metas y analizadas las desviaciones** observadas, y anualmente se revisarán las estrategias en función de los resultados alcanzados. El equipo directivo del centro sanitario debe ser el responsable del seguimiento de su ejecución, así como de su evaluación. Inicialmente puede disponer del soporte del equipo de consultores externos y, progresivamente debe integrar el soporte, de los distintos responsables del centro sanitario.

Las organizaciones sanitarias del siglo XXI, deben aprender a moverse en una situación de cambios integrados y, de naturaleza continua. Contraponiendo esta estrategia al cambio por crisis, discontinuo, que sólo presenta soluciones cuando aparecen graves y agudos problemas en el entorno de la organización sanitaria. Es decir, se entiende la estrategia como una relación permanente con este entorno. Esto exige disponer de un plan estratégico propio, para cada hospital. En este apartado hemos presentado la metodología del Plan Estratégico Integra (PEI), pero cada centro puede adoptar la que considere más apropiada para sus necesidades de gestión. La perspectiva de gestión estratégica integral, realza la importancia de las organizaciones hospitalarias en lograr sus objetivos y, asegurar su supervivencia, y por lo tanto exige refundar la empresa sanitaria.

5.6. VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

Actualmente la planificación estratégica en las organizaciones sanitarias tiene un elevado grado de descrédito, tanto por parte de los directivos de las organizaciones como por parte del tejido social. Los motivos que explican esta situación son consecuencia de los errores cometidos de forma sistemática en gran número de organizaciones, entre los que se encuentran los que se citan a continuación. En primer lugar, tradicionalmente la planificación estratégica ha sido “propiedad” de la dirección y no de sus profesionales y trabajadores, lo que implica que ha sido elaborada y acordada exclusivamente por los primeros, y que el documento físico se ubica en un lugar más o menos preferente de sus bibliotecas, lo que compromete de forma importante tanto el conocimiento como la identificación con éste por parte del resto de la organización.

Por otro lado, la planificación clásica dice el «qué» pero casi nunca el «cómo». Se plantean las estrategias («qué») de lo que desea la organización, pero se ha descuidado en la mayoría de organizaciones planificar los objetivos y recursos («cómo») que se definen en el documento. Y casi nunca se define quién se responsabiliza y, en qué período de tiempo debe realizarse cada objetivo y acción.

Finalmente, el documento final del plan suele ser un conjunto de buenas intenciones sin vinculación con la financiación de las mismas, y un compromiso de los resultados esperados. Los deseos de la organización se han planteado a menudo más como declaración de intenciones o muestras de buena voluntad más que como objetivos concretos, medibles y realizables con los recursos disponibles. Es frecuente observar en los documentos publicados, que la planificación estratégica ha ido «por un lado» y el día a día «por otro». A menudo se han reflejado las líneas posibilistas de trabajo para dar respuestas a las preocupaciones del gerente y de su equipo directivo en

un entorno determinado. Y no es ingenuo decir que frecuentemente estas prioridades, están muy lejos de las necesidades y de las expectativas del tejido social de la organización, de los usuarios y sus familias y de la sociedad en general, entre otros grupos de interés.

Los beneficios que se asocian a la realización de un plan estratégico, se exponen en el Cuadro 5.16.

Cuadro 5.16. BENEFICIOS DE LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

- Pensar a largo plazo y desarrollar estrategias efectivas.
- Clarificar el futuro de la dirección.
- Establecer prioridades.
- Tomar decisiones en base a las consecuencias futuras.
- Desarrollar bases coherentes para la toma de decisiones.
- Tomar decisiones a través de diferentes funciones y niveles organizativos.
- Resolver problemas organizativos importantes.
- Mejorar el funcionamiento de la organización.
- Hacer frente a las circunstancias del entorno cambiante.
- Introducir la participación de los colaboradores.
- Desarrollar la capacidad de trabajar en equipo.

Los directivos de una organización sanitaria y, más concretamente su director gerente, deben ser muy cuidadosos a la hora de embarcarse en un proceso de planificación estratégica, asegurándose el reunir ciertas condiciones previas, para alcanzar un resultado final exitoso. No es aconsejable iniciar un proceso de planificación estratégica, en un contexto de caos organizativo, o cuando, se carece de las capacidades y recursos necesarios, para llevarlo a cabo con unas mínimas garantías. Tampoco parece lógico, llevar a cabo un proceso de planificación, si su implantación se vislumbra extremadamente improbable.

Como se ha dicho anteriormente, la planificación estratégica es una secuencia de procedimientos analíticos y de evaluación, con el fin de formular una estrategia planificada y, los medios para aplicarla. Para los defensores de este tipo de planificación constituye el planteamiento más racional para la formulación de una estrategia. Pero no se pueden obviar los peligros latentes, que el proceso tiene, los cuáles se resumen en el Cuadro 5.17.

Un método formal de planificación estratégica es necesario para asegurarse la formulación de una estrategia sólida para los centros sanitarios. Sin él, las presiones del día a día hacen que el director gerente, no le dedique el tiempo suficiente y resulte, además, muy difícil involucrar a toda la organización en la tarea estratégica. Lo que es realmente necesario por dos razones: son los profesionales los que tienen la información y el conocimiento necesario e imprescindible para formular de una manera correcta las estrategias y, también son ellos, los que la tienen que poner en práctica. En este sentido debemos comentar que desde la dirección se debe impulsar la participación de los profesionales en los foros de análisis y discusión estratégica de cada centro sanitario.

Por todo ello, en este capítulo se ha presentado un modelo de planificación estratégica integrada que incluye el diagnóstico estratégico (análisis DAFO, eva-

Cuadro 5.17. PELIGROS DE LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

- Olvidarse de las dimensiones culturales y políticas de la organización.
- Que el proceso de análisis, elección y evaluación, se reduzca a la alta dirección.
- Delegar la responsabilidad a consultores externos.
- Que una mala comunicación, la haga inentendible a los miembros de la organización.
- Que contenga una sobrecarga de información que la haga inoperante.
- Que no se tenga perspectiva, sólo planes formales.
- Que acabe siendo un documento en las estanterías de los directivos.

luación Joint Commission International, etc.), utilizando el modelo de excelencia de la EFQM como base del proceso, y operativizándolo a través del cuadro de mando integral.

5.7. BIBLIOGRAFÍA

- AGUSTÍ E, BROSÀ F, MERCADER M, CASA C. De la planificación a la acción: principales ámbitos de actuación e instrumentos para la operativización. *Med Clin (Barc)*. 2008; 131 Supl 4: 72-6.
- ARIAS A, CALVO A, CASADO C, DEL CASTILLO M, ESTEVA M, FONT I, FORTUNY G *et al*. 50 estratègies de millora. INSALUD Balears 1995-97. Palma de Mallorca: INSALUD Balears; 1997.
- ARIZETA A, PORTILLO I, AYESTARAN S. Cambio Organizacional y Cultural en un Hospital: percepciones y discurso de sus impulsores. *Rev Calidad Asistencial*. 2001; 16: 22-8.
- BARQUÍN M. Dirección de hospitales. Séptima edición. México DF: McGraw-Hill Interamericana Editores S.A.; 2002.
- BARRACHINA JI, MARTÍNEZ JL. La planificación, punto de partida para la definición de cómo ha de ser el hospital. *Todo Hospital*. 1995; 116: 11-7.
- BELENES R. Innovaciones en la gestión. Nueva cultura empresarial en los servicios sanitarios. En: CUERVO JI, VARELA J, BELENES R. *Gestión de hospitales. Nuevos instrumentos y tendencias*. Barcelona: editorial Vicens Vives, S.A.; 1994.
- BUENO E. La planificación estratégica en hospitales: problemas y enfoques principales. *Papeles de Gestión Sanitaria*. Valencia: M/C/Q Ediciones, S.L.; 1994.
- CLEMENTE PA, FORTUNY B, TORT-MARTORELL X. Modelo de excelencia de la EFQM aplicado al ámbito sanitario. Aplicación práctica. Volumen 1. Barcelona: Faura & Casas Editorial; 2003.
- CLEMENTE PA, FORTUNY B, TORT-MARTORELL X. Modelo de excelencia de la EFQM aplicado al ámbito sanitario. Aplicación práctica. Solución al caso del Hospital de la Vall de Cleftort. Volumen 2. Barcelona: Faura & Casas Editorial; 2003.
- CODINA J. L'hospital del futur, de la burocràcia professional a l'adhocràcia? *Salut Catalunya*. 1990; 4: 60-1.
- CORELLA JM. La gestión de servicios de salud. Madrid: Ediciones Díaz de Santos S.A.; 1996.
- CORTÉS JA, AYALA S, ÁLVAREZ P, DOMÍNGUEZ J, HOYO AE, NIETO E *et al*. Análisis del liderazgo en atención primaria mediante el modelo EFQM, con motivo de la realización de un plan estratégico. *Cuadernos de Gestión*. 2001; 7(3): 119-31.

- DE VAL-PARDO I. Centros hospitalarios. Pensamiento estratégico y creación de valor. Madrid: ediciones Díaz de Santos, S.A.; 2007.
- DEL LLANO J, MARTÍNEZ-CANTARERO JF, GOL J, RAIGADA F. Análisis cualitativo de las innovaciones organizativas en hospitales públicos españoles. *Gac Sanit.* 2002; 16(5): 408-16.
- DKV SEGUROS. Plan Valor 2003-2006. Plan Estratégico del grupo ERGO en España. Zaragoza: DKV Seguros y Reaseguros, S.A.; 2002.
- DRUCKER PF. La gerencia. Tareas, responsabilidades y prácticas. Buenos Aires: Librería El Ateneo editorial; 1987.
- DRUCKER PF. La innovación y el empresario innovador. La práctica y los principios. Barcelona: Edhasa; 1991.
- DRUCKER P. La empresa en la sociedad que viene. Barcelona: ediciones Urano, S.A.; 2003.
- ECHEVARRÍA K, MENDOZA X. La especificidad de la gestión pública: el concepto de management público. En: LOSADA C (editor). *¿De burócratas a gerentes? Las ciencias de la gestión aplicadas a la administración del Estado.* Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo; 1999.
- ERRASTI F. Principios de Gestión Sanitaria. Madrid: ediciones Díaz de Santos S.A.; 1996.
- EUROPEAN FOUNDATION FOR QUALITY MANAGEMENT. Modelo EFQM de Excelencia 1999. Sector Público y Organizaciones del Voluntariado. Club Gestión de Calidad; 1999.
- EUROPEAN FOUNDATION FOR QUALITY MANAGEMENT. Modelo EFQM de Excelencia. Versión para el Sector Público y las Organizaciones del Voluntariado. Bruselas: Fundación europea para la gestión de la calidad; 2003.
- FORTUNY B. Gestió de la qualitat. En *Introducció a la gestió empresarial de centres sanitaris.* Barcelona: Centre d'Estudis Col·legials. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona; 1997.
- FORTUNY B. A: PIUS HOSPITAL DE VALLS. Línies estratègiques per assolir el segle XXI. Valls: Fundació Pública Pius Hospital de Valls, Gestió Pius Hospital de Valls; 1997.
- FORTUNY B. El camino hacia la Excelencia del Pius Hospital de Valls. *Excelencia.* 2001; 31: 62-66.
- FORTUNY B. Disseny, aplicació i avaluació d'un model de Gestió Hospitalària de Qualitat Total (GESHQUAT) (tesis doctoral). Barcelona: Universitat Politècnica de Catalunya; 2002 (disponible en <http://www.tdx.cbuc.es/TDX-0113103-100123/index.html>)
- FORTUNY B. ¿Es sostenible la salud pública catalana? *La Vanguardia.* 26 febrero 2005: 29.
- FORTUNY B. Tots junts preparem el futur de GESMA. A: *Gestió Sanitària de Mallorca.* Ben Atès. El pla estratègic de Gesma 2008-2011. Palma de Mallorca: Govern de les Illes Balears. Conselleria de Salut i Consum; 2009.
- FORTUNY B, PONSA, CLEMENTE P, PARIS J, GATELL T, PERICH N. Gestión de calidad total en el Pius Hospital de Valls. Dirección por procesos, mejora permanente y gestión clínica (1ª parte) *Todo Hospital.* 2001; 173: 35-47.
- FORTUNY B, PONSA, CLEMENTE P, PARIS J, GATELL T, PERICH N. Gestión de calidad total en el Pius Hospital de Valls. Dirección por procesos, mejora permanente y gestión clínica (2ª parte). *Todo Hospital.* 2001; 174: 127-37.
- FORTUNY G. Estudi de la situació de salut a L'Hospitalet. Hospitalet de Llobregat: Ponència de Sanitat i Serveis Socials. Ajuntament de L'Hospitalet de Llobregat; 1986.
- FORTUNY G, ALMAZÁN C. Les altes hospitalàries d'aguts a L'Hospitalet de Llobregat. En: FORTUNY C, LÓPEZ R, SÉCULI E, HUGUET M, RODRÍGUEZ L, ARGIMÓN JM *et al.* *Estudis per a la Planificació de l'Assistència Hospitalària. Desplegament del mapa Sanitari de L'Hospitalet de Llobregat.* Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Ajuntament de L'Hospitalet; 1992.

- FORTUNY G, DURAN A, FERNANDEZ C, SACRISTAN MC, BUIXADERA J. Pla d'objectius 1994-1996. Àrea de Salut de Menorca. INSALUD Balears. Maó: editorial Menorca; 1993.
- FUSTÉ J, ARGIMON JM, DE PERAY JL. Criterios de planificación según tipos de servicios sanitarios, sociosanitarios y de salud pública: tendencias sobre desarrollo y adecuación de servicios e integración asistencial. *Med Clin (Barc)*. 2008; 131 Supl 4: 36-41.
- GADIESH O, OLIVET S. Diseñar para que se pueda poner en práctica. En: HESSELBEIN F, GOLDSMITH M, BECKHARD R. La organización del futuro. The Drucker Foundation. Bilbao: ediciones Deusto; 1997.
- GARCÍA S, DOLAN S, NAVARRO C. La Dirección por Valores para animar la empresa en entornos turbulentos. *Harvard Deusto Business Review*. 1999; mayo-junio: 78-89.
- GESTIÓ SANITÀRIA DE MALLORCA. Ben Atès. El Pla Estratègic de GESMA 2008-2011. Palma de Mallorca: Govern de les Illes Balears. Conselleria do Salent i Consum; 2009.
- GIMBERT X. El futur de l'empresa. Repensar-lo estratègicament. Barcelona: Columna edicions, edicions Proa; 1998.
- GODET M. Prospectiva y planificación estratégica. Barcelona: SG editores, S.A.; 1991.
- GRAU J, TRILLA. Reingeniería: el hospital orientado al paciente. En: ASENJO MA, BOHIGAS LI, TRILLA A, PRAT A (coord). Gestión diaria del hospital. Barcelona: Masson, S.A.; 1998.
- GUARGA A, PLA R, BENET J, POZUELO A. Planificación de los servicios de alta especialización en Cataluña. *Med Clin (Barc)*. 2008; 131 Supl 4: 55-9.
- HAMEL G, PRAHALAD CK. El propósito estratégico. *Harvard Deusto Business Review*. 1990; 41: 75-94.
- HANDY C. Los futuros que no imaginamos. En: HESSELBEIN F, GOLDSMITH M, BECKHARD R. La organización del futuro. The Drucker Foundation. Bilbao: ediciones Deusto; 1997.
- HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU. Programa Paidhos 2008. Un Pla Estratègic per a un hospital obert. Esplugues de Llobregat: Hospital Sant Joan de Déu; 2005.
- HUGUET M, BELENES R. El hospital moderno: crisis y reivindicación de la organización del futuro. En: OTEOLA (editor). Gestión clínica: gobierno clínico. Madrid: ediciones Díaz de Santos, S.A.; 2006.
- INTEGRALIA. Plan Estratégico 2004-2006. Revisión mayo 2005. Barcelona: documento interno; 2005.
- ÍÑIGUEZ-RUEDA L, SÁNCHEZ-CANDAMIO M, SANZ J, ELIAS A, FUSTÉ J. incorporación de las visiones de ciudadanos, profesionales y gestores sobre la atención sanitaria en el proceso de planificación sanitaria de Cataluña. *Med Clin (Barc)*. 2008; 131 Supl 4: 9-15.
- JARILLO JC. Dirección estratégica. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.; 1996.
- JOHNSON G, SCHOLLES K. Dirección estratégica. 5ª edición. Madrid: Pearson Educación, S.A.; 2001.
- KALUZNY AD, HALVERSON PK. Gestión en el sector sanitario público: vinculando la acción a la estrategia. En: de MANUEL E, PÉREZ-LÁZARO JJ (eds). Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1995.
- KALUZNY AD, SHORTELL SM. Creating and managing the future. En: SHORTELL SM, KALUZNY AD. Health Care Management. Organization Design and Behavior, third edition. Albany: Delmar Publishers; 1994.
- KAPLAN RS, NORTON DP. Cómo utilizar el cuadro de mando integral. Para implantar su estrategia. Barcelona: ediciones Gestión 2000, S.A.; 2001
- KAPLAN RS, NORTON DP. Cuadro de comandament integral. (The Balanced Scorecard). Barcelona: ediciones Gestión 2000, S.A.; 2002.

- KAPLAN RS, NORTON DP. Mapas estratégicos. Convirtiendo los activos intangibles en resultados tangibles. Barcelona: ediciones Gestión 2000, S.A.; 2004.
- KAPLAN RS, NORTON DP. Aligment. Incrementando los resultados mediante el alineamiento estratégico en toda la organización. Barcelona: ediciones Gestión 2000, S.A.; 2006.
- LÓPEZ F, RODRÍGUEZ FJ. Planificación sanitaria (1). Semergen. 2003; 29(5): 244-54.
- LÓPEZ F, RODRÍGUEZ FJ. Planificación sanitaria (y 3). Organización del trabajo y evaluación. Semergen. 2004; 30(8): 397-407
- MANTÉ C. Noves estratègies en l'organització de serveis sanitaris. *Annals de Medicina*. 2001; 84: 10-12.
- MARTÍN JJ. El gobierno de las organizaciones sanitarias en el Estado español. En: REPU-LLO JR, OTEO LA (editores). *Un nuevo contrato social para un sistema nacional de salud sostenible*. Barcelona: Editorial Ariel S.A.; 2005.
- MARTÍN MC, RUIZ J, DÍAZ E y Grupo de Trabajo para la Formulación del Plan Estratégico de la SOCMIC. *Rev Calidad Asistencial*. 2003; 18(5): 305-14.
- MARTÍNEZ D, MILLA A. La elaboración del plan estratégico y su implantación a través del cuadro de mando integral. Madrid: ediciones Díaz de Santos, S.A.; 2005
- MARTÍNEZ I, VILÀ JL, EVARALAR B. El plan estratégico punto de partida del plan director. *Todo Hospital*. 1992; 86: 17-26.
- MENDOZA X. La gestió de les organitzacions de professionals en el sector públic: de l'antagonisme a la cooperació (tesis doctoral). Barcelona: Universitat de Barcelona; 1999.
- MINTZBERG H. Los peligros de la planificación estratégica. *Harvard Deusto Business Review*. 1994; 60: 5-17.
- MONRAS P. La gerencia, el corporativismo y la cultura participativa en las organizaciones sanitarias. *Med Clin (Barc)*. 1996; 106: 63-5.
- MOORE M. Gestión estratégica y creación de valor en el sector público. Barcelona: ediciones Paidós Iberia S.A.; 1998.
- MOREU F, BOHIGAS L, FUSTÉ J. Líneas estratégicas de orientación de los servicios de salud con una perspectiva de futuro. *Med Clin (Barc)*. 2008; 131 Supl 4: 31-35.
- MOREU F, VILANA J. Aplicaciones del modelo de dirección estratégica al sector salud. *Rev Adm Sanit*. 2008; 6(2): 333-7.
- MOSS KANTER R. Volver a colocar a las personas en el corazón de la organización. En: HESSELBEIN F, GOLDSMITH M, BECKHARD R. *La organización del futuro*. The Drucker Foundation. Bilbao: ediciones Deusto; 1997.
- NAISBITT J, ABURDENE P. Reinventar la empresa. Barcelona: Ediciones Folio, S.A., 1986.
- NARANJO D, ÁLVAREZ MC, HARTMANN F. La información de gestión y la implantación de planes estratégicos: el papel de los directores de enfermería. *Gestión Hospitalaria*. 2003; 14(1): 25-30.
- OHMAE K. *La mente del estratega*. 2ª edición. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A., 2004.
- OSAKIDETZA/SERVICIO VASCO DE SALUD. *Plan Estratégico 2003-2007*. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza/Servicio Vasco de Salud. Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco; 2003.
- OSBORNE D, GAEBLER T. *La reinención del gobierno. La influencia del espíritu empresarial en el sector público*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.; 1994.
- PASTOR J. *Modelo de gestión de calidad en instituciones sanitarias. Integrando los modelos de gestión EFQM y CMI*. Madrid: Consejo Económico y Social; 2007.
- PETERS JP. *El proceso de planificación estratégica para hospitales*. Barcelona: Masson, S.A., SG Editores, S.A.; 1989.
- PETERS T. *Nuevas organizaciones en Tiempos de Caos*. Bilbao: ediciones Deusto, S.A.; 1995.
- PETERS TJ, WATERMAN RH. *En busca de la excelencia*. Barcelona: editorial Folio. S.A.; 1989.

- PFEFFER J. ¿Cometerá la organización del futuro los errores del pasado? En: HESSELBEIN F, GOLDSMITH M, BECKHARD R. La organización del futuro. The Drucker Foundation. Bilbao: ediciones Deusto; 1997.
- PINEAULT R, DAVELUY C. La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias. Barcelona: MASSON, S.A.; 1987.
- PIRSON M, MALHOTRA D. Algunas ideas no convencionales para gestionar la confianza de los "stakeholders" Harvard Deusto Business Review. Enero 2009; 10-20.
- PIUS HOSPITAL DE VALLS. Línies estratègiques per assolir el segle XXI. Valls: Fundació Pública Pius Hospital de Valls, Gestió Pius Hospital de Valls; 1997.
- PIUS HOSPITAL DE VALLS. Pla Estratègic 2001-2003. Consultoria i Gestió, Gestió Pius Hospital de Valls, Fundació Pública Pius Hospital de Valls. Document intern; 2000.
- PORTER ME. Estrategia competitiva. Técnicas para el análisis de los sectores industriales y de la competencia. México DF: CECSA. 1991.
- RIVERA J, OSENDE C. El hospital del siglo XXI. Harvard Deusto Business Review. 1997; 76: 59-65.
- RODRÍGUEZ FJ, LÓPEZ F. Planificación sanitaria (2): desde la priorización de problemas de salud a la elaboración de un programa de salud. Semergen. 2004; 30(4): 80-9.
- STRATEGOR. Estrategia, estructura, decisión, idoneidad. Política general de empresa. Barcelona: Masson, S.A.; 1995.
- VALERA J. Conceptos y técnicas de planificación hospitalaria. En: CUERVO JI, VARELA J, BELENES R. Gestión de hospitales. Nuevos instrumentos y tendencias. Barcelona: ediciones Vicens Vives S.A.; 1994.
- VILARDELL M. Les alternatives per a la sanitat del futur. Fulls Econòmics del Sistema Sanitari. 2002; 36: 21-2.
- ZUCKERMAN, AM. Advancing the State of the Art in Healthcare Strategic Planning. Frontiers of Health Services Management. 2006; 23(2): 3-15.

CAPÍTULO 6.

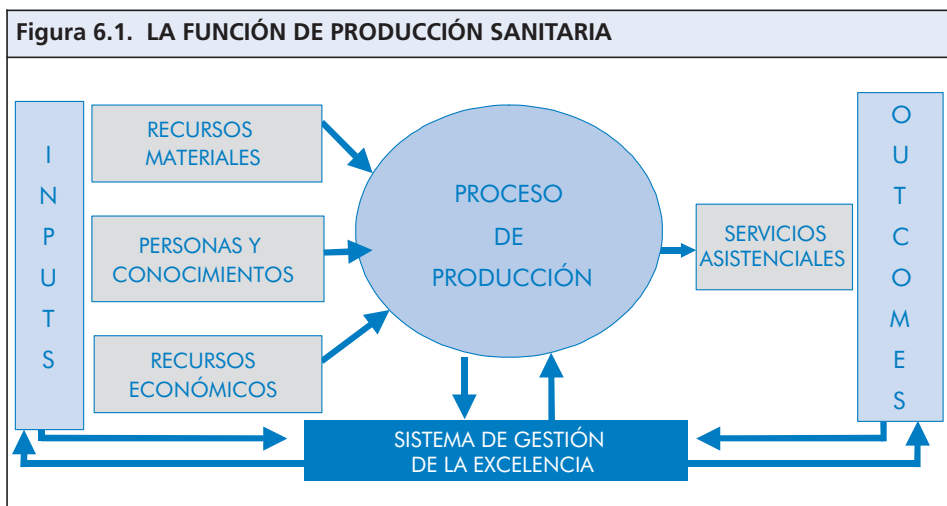
DIRECCIÓN POR PROCESOS

6.1. LOS PROCESOS Y SUS CARACTERÍSTICAS

En todas las organizaciones sean industriales o de servicios, públicas o privadas, se realiza un proceso de producción, con la finalidad de obtener el resultado final deseado. Este Proceso de Producción (véase Figura 6.1), es el que también se realiza en los centros sanitarios y, consiste en la ejecución de Procesos. Es decir, al producirse una demanda de un cliente (paciente), se efectúan actividades relacionadas y secuenciales, las cuales transforman unos inputs (recursos tecnológicos, económicos y, conocimientos), en unos servicios sanitarios para el cliente. Obteniéndose así, unos resultados que añaden valor para el cliente (mejora de su estado de salud). Debiéndose de realizar y gestionar la globalidad de estos procesos, en base a la Excelencia.

Los procesos son, por tanto, el conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan entre sí mediante las cuales, las organizaciones crean valor para sus clientes. Sus actividades para añadir valor, deben disminuir los plazos de realización de los servicios, disminuir los costes y, impactar positivamente en la calidad del servicio. En el Cuadro 6.1 se presentan las características de los mismos.

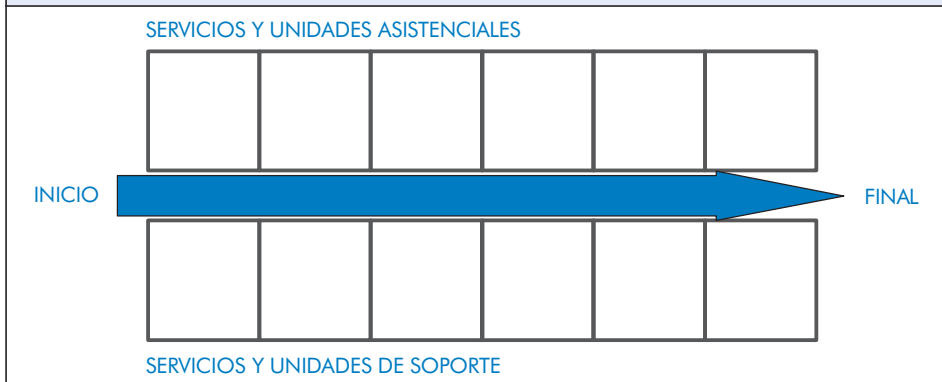
Este escenario complejo pero enormemente estimulante, justifica la utilización de la gestión y mejora de los procesos, como una valiosa oportunidad, para remover la cultura y la estructura clásica de los centros sanitarios de la red pública. De la ex-



Cuadro 6.1. CARACTERÍSTICAS DE LOS PROCESOS

- Tener un inicio y un final claramente definidos
- Traspasar las diferentes funciones del organigrama y para su orientación a los resultados (véase Figura 6.2).
- Alinear los objetivos de la institución con las expectativas y necesidades de los clientes.
- Indican como están estructurados los flujos de información y los flujos de los recursos disponibles.
- Muestran las relaciones cliente-proveedor entre las diversas funciones y, como realmente se realiza el trabajo.

Figura 6.2. REPRESENTACIÓN DE UN PROCESO SANITARIO



tensa consulta bibliográfica a la que se ha tenido acceso, no se ha podido encontrar ninguna experiencia hospitalaria que a nivel global de toda la organización, en la que se transformara completamente una organización, para poder dirigirla por procesos utilizando la gestión clínica, excepto la realizada en el Pius Hospital de Valls. Sólo se han comunicado experiencias parciales, a niveles de unidades, áreas o institutos clínicos, en el que no se ha realizado la integración global de las metodologías reseñadas.

6.2. DIRECCIÓN POR PROCESOS

A diferencia del sector industrial o de servicios, la dirección por procesos ha irrumpido muy recientemente en el entorno de la gestión de centros sanitarios. Es la principal herramienta operativa de la Excelencia y, responde al criterio de simplicidad y sentido común. La sistematización de esta forma de trabajar aporta una contribución importante a la satisfacción del cliente. Siendo éste considerado de manera holística, como un todo integral y, no como un órgano enfermo. Contribuyendo además, a identificar las múltiples ineficiencias de la gestión sanitaria en el ámbito público.

Se define la DIRECCIÓN POR PROCESOS, como la dirección de la globalidad de la organización a partir de todos sus procesos. Ello significa un cambio de para-

digma, crucial en el sistema de gestión sanitaria. Puesto que, de gestionar en base a resultados y, posteriormente controlar los procesos, ahora se deben gestionar los procesos y, posteriormente controlar los resultados. La dirección por procesos y su mejora, se sitúa como uno de los pilares sobre los cuales se asienta la Excelencia.

El diseño del trabajo asistencial y de gestión, debe fundamentarse en los procesos de un extremo a otro de las organizaciones sanitarias, junto con la creación de valor para sus clientes. Y, no en la gestión jerarquizada, en la especialización y compartimentación del trabajo sobre los pacientes. Lo cual, es el nuevo principio radical de la dirección por procesos. En esta orientación lo más importante es el valor aportado a los clientes y, no a las funciones. Frente a la tradicional gestión de las organizaciones basada en divisiones, departamentos o en definitiva funciones, el nuevo paradigma que introduce la Excelencia, es la *dirección por procesos*. Las diferencias entre una organización clásica orientada a funciones y otra innovadora y orientada a procesos, se relacionan en el Cuadro 6.2.

El enfoque basado en procesos muestra un escenario heterogéneo donde, de forma progresiva, han ido apareciendo experiencias desde la gestión de procesos, hasta la dirección por procesos. En este sentido, es más común encontrar aproximaciones indi-

Cuadro 6.2. CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE LAS ORGANIZACIONES

Dimensión	Orientación Funcional	Orientación por Procesos
Estructura Organizativa	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Jerárquica ➤ Enfoque a departamentos 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Plana ➤ Enfoque a procesos
Gestión Operativa	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pertenece a la función ➤ Barreras interdepartamentales ➤ Circuitos desconectados ➤ Operaciones no optimizadas 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pertenece al proceso ➤ Orientación a cliente de principio a fin ➤ Circuitos simplificados ➤ Optimización del servicio al cliente, coste y eficiencia
Personas	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Agrupadas en departamentos ➤ Visión del cliente limitada ➤ Separación por especialistas ➤ Enfoque individual 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Agrupadas por procesos ➤ Orientación a cliente ➤ Integración de habilidades ➤ Trabajo en equipo
Sistemas	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Distribuidos por departamentos ➤ Se miden objetivos funcionales ➤ No hay conexión entre la planificación y el control 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Integrados en los procesos ➤ Se miden indicadores de proceso ➤ Interconexión del control desde la planificación
Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Vertical 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Horizontal
Cultura	<ul style="list-style-type: none"> ➤ División entre front-office y back-office ➤ Reino de taifas ➤ Lenguaje de disciplina 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Orientación a cliente a través del proceso ➤ Propietario de proceso ➤ Lenguaje de prestación de servicio

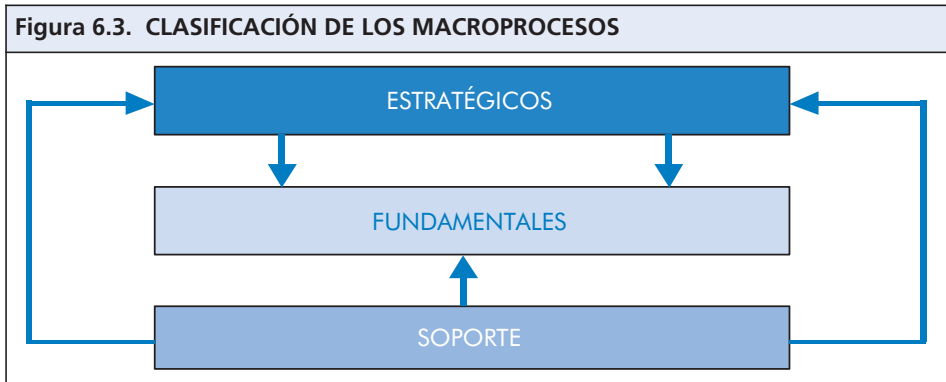
vidualizadas de procesos relevantes, mientras que el rediseño organizativo, enfocado a la dirección integral por procesos resulta todavía muy puntual (para ampliar este tema, véase el Capítulo 8: gestión clínica y rediseño organizativo).

La dirección por procesos es un modelo de gestión integral, muy complejo que requiere una reestructuración extensa y profunda de la organización sanitaria. Para ello, es imprescindible un compromiso explícito de todo el equipo directivo. Se precisa romper la inercia basada en los objetivos divisionales y, promover el traspaso de los límites funcionales y departamentales. De modo que, exista un punto final, que es el objetivo cliente. En estructuras verticales centradas en decisiones exclusivamente jerárquicas, se producen serias dificultades para gestionar homogéneamente un proceso asistencial, puesto que, cada procedimiento obliga a diferentes decisiones y controles, en distintos departamentos y estamentos profesionales. De este modo, la responsabilidad no puede ser unívoca, sino compartida en las principales áreas, lo que permite la coordinación de actividades para que se adapten estrictamente a los requerimientos del cliente, lo que en definitiva repercute en la potencial competitividad y eficiencia de la empresa sanitaria.

6.3. TIPOS Y DESPLIEGUE DE LOS PROCESOS

Para poder hablar de gestión por procesos la organización en primer lugar debe identificarlos. La identificación es sencilla, puesto que es simplemente pensar en lo que se está haciendo. Cada organización sanitaria ha de establecer la clasificación de sus procesos en base a su misión y visión. La clasificación de los procesos (véase (Figura 6.3) es triple: fundamentales, estratégicos y de apoyo. Las características de todos ellos se exponen en el Cuadro 6.3.

Los procesos se subdividen en diferentes niveles, en función de su complejidad (véase Cuadro 6.4). El nivel cero corresponde a los MACROPROCESOS fundamentales, estratégicos y de soporte. El nivel uno corresponde a los PROCESOS, el 2 a los SUBPROCESOS, los cuáles nos dicen lo que realmente se hace en la organización. El nivel tres corresponde al nivel operativo o PROCEDIMIENTO y representa la documentación del nivel dos.



Así, en una institución sanitaria como el Pius Hospital de Valls (PHV), el nivel 0 es el Macroproceso Asistencial, el nivel 1 puede ser el Proceso Maternoinfantil, el nivel 2 el Subproceso del embarazo-parto-puerperio sin complicaciones y, el nivel 3 correspondería a la Vía Clínica del embarazo, parto y puerperio sin complicaciones (véase Cuadro 6.5).

Cuadro 6.3. CARACTERÍSTICAS DE LOS DISTINTOS TIPOS DE PROCESOS

Procesos Fundamentales: son los que componen el saber hacer de la organización, es decir, su cadena de valor. Por este motivo, en empresas de servicios como los centros sanitarios, suelen ser aquellos que ponen a la organización en contacto con sus clientes.

- Atraviesan muchas funciones.
- Crean valor.
- Tienen impacto en el cliente final.
- Son claves en el funcionamiento de la organización.
- Su objetivo no es gestionar otros procesos fundamentales, sino obtener un resultado
- Desarrollan las capacidades de la organización.
- Están relacionados con los objetivos fundamentales de la organización.
- Son valorados tanto por clientes como por órganos de gobierno.

Procesos Estratégicos: son aquellos procesos, normalmente responsabilidad del equipo directivo, que proporcionan guías a la organización, para que pueda implementar los procesos fundamentales. Gestionan la relación con el entorno y el mercado de la organización.

- Están relacionados muy directamente con la misión y visión de la organización.
- Involucran a las personas del primer nivel jerárquico.
- Gestionan otros procesos.
- Afectan a la totalidad de la organización.

Procesos de Soporte: son los que dan apoyo y proporcionan recursos a los procesos fundamentales y estratégicos, para que se lleven a cabo.

- Dan soporte a los procesos fundamentales y estratégicos.
- Normalmente están dentro de una función.
- Sus clientes son internos

Cuadro 6.4. DESPLIEGUE DE LOS PROCESOS

Nivel 0: Representación global de los macroprocesos que desarrolla el centro sanitario: Procesos estratégicos, fundamentales y de soporte. Por ejemplo el Macroproceso asistencial.

Nivel 1: Representación de un proceso concreto a lo largo de la organización. Por ejemplo el proceso maternoinfantil.

Nivel 2: Representación de cada uno de los subprocesos de un proceso. Por ejemplo embarazo-parto-puerperio.

Nivel 3: Representación operativa de la vía organizativa relacionada con la secuencia temporal en el abordaje al cliente. Por ejemplo la vía clínica del embarazo-parto-puerperio.

Cuadro 6.5. DESPLIEGUE DEL MACROPROCESO ASISTENCIAL EN EL PIUS HOSPITAL

MACROPROCESO	PROCESO	SUBPROCESO	PROCEDIMIENTO
ASISTENCIAL	MATERNAINFANTIL	PATOLOGÍAS	VÍAS CLÍNICAS
	QUIRÚRGICO	PATOLOGÍAS	VÍAS CLÍNICAS
	CRÍTICOS	PATOLOGÍAS	VÍAS CLÍNICAS
	SOPORTE-DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO	SOPORTE CLÍNICO	VÍAS Y TÉCNICAS
	MEDICINA Y GERIATRÍA	PATOLOGÍAS	VÍAS CLÍNICAS
	SALUD MENTAL	PATOLOGÍAS	VÍAS CLÍNICAS
	RESIDENCIAL	ATENCIÓN INTEGRAL	PLANES DE CUIDADOS

6.4. MAPA DE PROCESOS

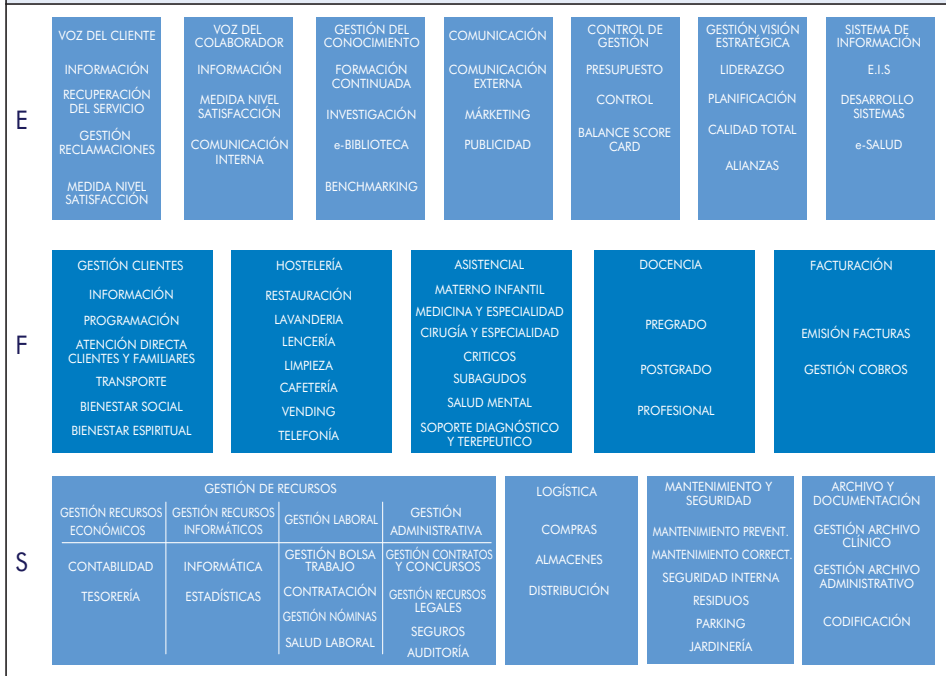
En las organizaciones sanitarias, el mapa de procesos es la representación gráfica de todos los procesos que constituyen la actividad esencial de la organización sanitaria. Estando asociado al establecimiento de la misión, visión y a la planificación estratégica del centro sanitario. La selección y agrupación de procesos tiene que ser realizada por el equipo directivo, bajo la coordinación del responsable del proyecto.

Primero se identifican los procesos fundamentales y, posteriormente los estratégicos y los de apoyo. Siendo en los centros sanitarios el macroproceso asistencial el proceso clave, pues es la razón de ser de toda la organización. Este primer mapa equivale al nivel 0 (véase Figura 6.4). A continuación, se desglosan estos macroprocesos en sus procesos correspondientes, obteniéndose de este modo el mapa de procesos de nivel 1. En la Figura 6.5 se presenta el mapa nivel 1 de una organización sanitaria integrada (OSI), y en la Figura 6.6 se presenta el mapa de una compañía de seguros médicos.

Figura 6.4. MAPA DE PROCESOS OSI, NIVEL 0



Figura 6.5. MAPA DE PROCESOS OSI, NIVEL 1



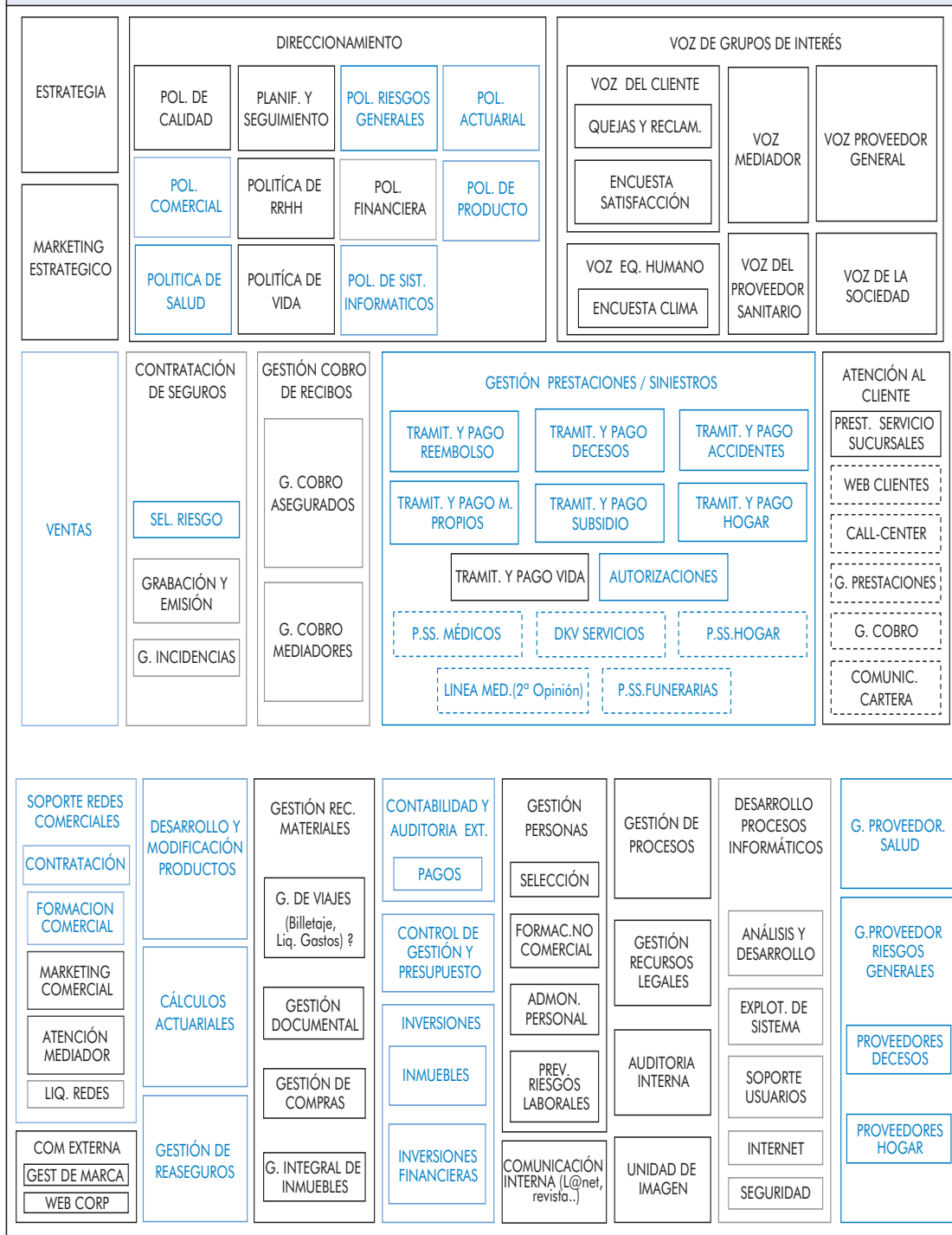
6.5. RESPONSABILIDAD DEL PROCESO

Los macroprocesos tienen que tener un claro y único responsable. Por lo tanto, el PROPIETARIO del macroproceso, es una figura clave en la gestión estratégica de los procesos. Él es la persona asignada como responsable, por la gerencia, para que el proceso sea eficaz y eficiente. De forma permanente es responsable: del diseño del proceso, de su gestión, de su interrelación con otros procesos y, de su medición y mejora.

Los criterios mayoritariamente aceptados para la selección del PROPIETARIO del macroproceso, están basados fundamentalmente en su capacidad de liderazgo, en la credibilidad personal y capacidad profesional para motivar a equipos profesionales interdisciplinarios (médicos, enfermeras y otros profesionales). Así como, en la capacidad de negociación para adoptar cambios y, relacionarse con el director gerente. En la capacidad de ver de forma global a la organización hospitalaria y de promover la Misión, los Valores institucionales y mediante la aplicación de las Líneas Estratégicas planificadas, lograr la Visión y, lograr así, el horizonte estratégico planificado. En el Cuadro 6.6 se muestran las funciones de los propietarios de los procesos.

El proceso de asignación de responsabilidad única de los macroprocesos, en un centro hospitalario clásico, organizado en direcciones divisionales, representa romper con la estructura jerárquica clásica y poner en funcionamiento un proceso de cambio organizacional innovador y pionero en los hospitales públicos españoles (para más información, véase la sección de rediseño organizativo). Resulta básico formar equi-

Figura 6.6. MAPA DE PROCESOS DKV SEGUROS, NIVEL 1



Cuadro 6.6. FUNCIONES DE LOS PROPIETARIOS DE PROCESOS

- Asumir la responsabilidad global del proceso asegurando su eficacia y eficiencia de forma estable mediante el establecimiento de los requerimientos adecuados de la relación cliente/proveedor
- Asegurar que el proceso esté adecuadamente documentado con los controles y las medidas adecuadas. La información tiene que ser distribuida a todos los colaboradores
- Gestionar los resultados de las medidas del proceso con la finalidad de mejorarlo constantemente. Implantar los cambios necesarios para aportar el máximo valor añadido para la rentabilidad y la satisfacción del cliente.
- Supervisar las actividades de benchmarking e introducir los cambios oportunos.
- Coordinar y resolver los conflictos que se producen entre las diferentes áreas.
- Documentar los cambios y mejoras producidas en el proceso para que sean estandarizadas.
- Asegurar el desarrollo y la motivación de sus colaboradores. Facilitar los recursos, formación e información necesarios para garantizar la máxima aportación personal en la ejecución de la actividad diaria.
- Promover el reconocimiento por los éxitos y aportaciones extraordinarias que se producen.
- Administrar la delegación de poder (empowerment).
- Asumir la responsabilidad final de la consecución de los objetivos operativos y estratégicos de la institución.

pos estables, interdisciplinarios y conocedores de los flujos del proceso, para su gestión eficiente, en términos de actualización, medición y control.

Resumiendo la figura esencial del propietario del proceso debe: Saber (conocimiento detallado del proceso, así como de otras funciones tales como gestión de personas y grupos, metodología de mejora permanente y, gestión sanitaria), Poder (facultad en la toma de decisiones y capacidad para delegar a los profesionales «empowerment» ciertas competencias y gestiones) y, Querer (asumiendo de forma nítida su compromiso con la organización).

6.6. PROCESOS BAJO CONTROL

Únicamente se pueden gestionar estratégicamente los macroprocesos, si éstos están controlados. Y por lo tanto, son ENTENDIDOS, están DOCUMENTADOS, son MEDIDOS y, son MEJORADOS PERMANENTEMENTE.

PROCESOS ENTENDIDOS

Un proceso es entendido cuando todas las personas involucradas en su operativa conocen su misión y, sus características documentales, incluidos clientes y proveedores.

DOCUMENTACIÓN DE LOS PROCESOS

La documentación debe definir y describir los distintos pasos y relaciones, tanto a nivel del proceso, como de los subprocesos. Un proceso para ser gestionado, tiene que cumplir las diez características documentales que se presentan en el Cuadro 6.7. El responsable de la documentación de un proceso es su propietario. Una vez, el equipo directivo ha configurado el mapa de procesos a nivel 0 y 1, debe nombrar a los propietarios de los procesos, en función de los criterios anteriormente mencionados. El propietario constituirá un equipo de trabajo, con personas involucradas en el proceso, para la realización del trabajo de documentación del proceso.

Cuadro 6.7. CARACTERÍSTICAS DOCUMENTALES DE LOS MACROPROCESOS

- MISIÓN: definición y razón de ser del proceso.
- ALCANCE: se establece el inicio y el final del proceso.
- ASIGNACIÓN DE PROPIETARIO: por la dirección.
- CLIENTES: internos, externos e intermediarios.
- PROVEEDORES: internos y externos.
- INPUTS NECESARIOS: infraestructuras, económicos, tecnología y conocimientos.
- OUTPUTS ESPERADOS: definir estándares de rendimiento.
- MAPA DEL PROCESO: representación gráfica.
- DIAGRAMAS DE FLUJO: son la representación gráfica de las etapas del proceso
- MEDIDAS DE RENDIMIENTO: indicadores en los puntos críticos del proceso
- ANÁLISIS DEL PROCESO: puntos fuertes y áreas de mejora.

Cuadro 6.8. CARACTERÍSTICAS DE LOS DIAGRAMAS DE FLUJO

- Han de representar el proceso tal y como se realiza en la actualidad
- Suministra un conocimiento del proceso a funciones externas relacionadas
- Ayudan a explicar el proceso de otros
- Su análisis es básica para identificar oportunidades de mejora
- Ayudan en la gestión del proceso, a facilitar la obtención de datos, el aprendizaje de las personas del proceso, la implantación de controles estadísticos por variables e indicadores
- Son una herramienta básica para los grupos de mejora del proceso, sea continua o radical
- Hacen posible evaluar los costes, el impacto en calidad, los tiempos y términos de cada actividad
- Clasifican que es necesario hacer y quien lo ha de hacer
- Ponen en evidencia duplicidades del esfuerzo, tardanzas, omisiones y etapas innecesarias
- Comparan el proceso actual con el ideal planteado en la etapa de rediseño de un proyecto de reingeniería
- Ayudan a establecer los procedimientos escritos asociados al proceso (iso 9000)
- Ayudan a mantener y estandarizar el proceso

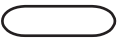


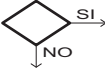

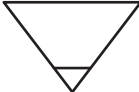




Cuadro 6.9. METODOLOGÍA PARA REALIZAR UN DIAGRAMA DE FLUJO

- Debe caber en una sola hoja
- No ocupar más de 10 filas
- No utilizar demasiados símbolos de decisión
- El proceso empieza siempre por la izquierda
- El cliente, siempre estará situado a la izquierda
- Los diferentes departamentos involucrados estarán diferenciados, indicando las diferentes actividades o subprocesos que realizan y, su interrelación
- Indicar los diferentes puntos de medida en los lugares adecuados
- Indicar en la parte superior de la página: nombre del proceso, lugar de trabajo, responsable y, fecha de la última revisión
- Indicar en la parte inferior de la página: medida del rendimiento, unidad de medida, objetivos, formas de control y responsable

La narrativa de las etapas del proceso debe ser clara, concisa operativa y comunicable, de manera que sea útil para la formación (de sus usuarios) y para su posterior análisis. Son de gran utilidad la utilización del diagrama de flujo, listas de verificación, criterios de actuación y la clasificación de inputs y outputs del proceso.

Los DIAGRAMAS DE FLUJO, son la representación gráfica de las etapas de que consta el proceso. En el Cuadro 6.8 se exponen sus principales características, y en el Cuadro 6.9 se relacionan las instrucciones para su correcta elaboración. La simbología comúnmente utilizada en los diagramas de flujo, se presenta en la Figura 6.7.

Figura 6.7. SIMBOLOGÍA PARA REALIZAR UN DIAGRAMA DE FLUJO

	INICIO Y FINAL DE UN PROCESO		CONEXIÓN ENTRE DIAGRAMAS
	ACCIÓN		DECISIÓN
	DOCUMENTO		ALMACENAMIENTO INFORMÁTICO
	LÍNEA DE FLUJO		ESPERA
	BASE DE DATOS		TRANSPORTE

PROCESOS MEDIDOS

Un aspecto clave para la gestión de un proceso es que tiene que ser medibles, de manera que la organización conozca su nivel de rendimiento, respecto a las expectativas de sus clientes internos y externos y, se pueda actuar sobre ellos, consecuentemente en función de los resultados obtenidos. Las medidas de rendimiento de un proceso o PPM (Process Performance Measurement), tienen que ser un indicador clave (véase Cuadro 6.10) de la salud del proceso. Estas medidas tienen que ser pocas y absolutamente representativas de su eficiente funcionamiento.

Cuadro 6.10. MEDICIÓN DE LOS PROCESOS

- **CRITERIO:** Regla a la que se ha de ajustar el proceso para ser considerado de calidad. Es lo que se tiene que hacer.
- **ESTÁNDAR:** Grado de cumplimiento exigible a un criterio fijado antes de la evaluación. Es una medida subjetiva de lo que supondría lograr.
- **INDICADOR:** Instrumento de medida utilizado para monitorizar los aspectos más importantes de las diferentes áreas y actividades. se expresa en forma de proporción. Es una valoración objetiva de lo que se está haciendo.

En el Cuadro 6.11 se exponen las características más importantes de los indicadores. Entendidos éstos, como la medida de la actuación de la organización, que se usan para evaluar la eficiencia, la eficacia y la calidad, de una actividad determinada. Puesto que, sólo se conoce aquello que se mide. En los Cuadros 6.12, 6.13 y 6.14 se presentan las métricas de control económico y asistencial de atención primaria y hospitalaria, más comúnmente utilizadas por los servicios sanitarios públicos.

Cuadro 6.11. CARACTERÍSTICAS DE LOS INDICADORES

Requisitos de los indicadores

- **Relevancia:** que valoren aspectos considerados críticos de los procesos.
- **Agilidad:** el sistema debe permitir la transformación rápida de la información.
- **Flexibilidad.** deben adaptarse a los diferentes niveles de agregación de la información.
- **Fiabilidad:** es el grado de reproductibilidad de los resultados, cuando el indicador es utilizado por diferentes observadores.
- **Integración:** Con los sistemas de información del centro sanitario.
- **Comparabilidad:** posibilidad de establecer comparaciones entre diferentes centros, lo que permitirá la práctica del benchmarking.
- **Evidencia científica:** siempre que sea posible deben actualizarse con los nuevos datos existentes.
- **Prioridad:** deben priorizarse en función con su influencia sobre el resultado esperado.
- **Económicos:** su coste de obtención debe ser asumible por la organización.

Construcción de indicadores

- **Nombre:** descripción resumida de la actividad que se valora.
- **Finalidad y uso:** Objetivo y motivo por el que se establece.

Cuadro 6.11. CARACTERÍSTICAS DE LOS INDICADORES (Cont.)**Construcción de indicadores (sigue)**

- Fórmula: explicación detallada de los componentes y del proceso de cálculo.
- Población: descripción detallada de los criterios de inclusión y exclusión en el numerador y en el denominador.
- Datos: que tipos de datos se van a utilizar.
- Estándares disponibles: que permiten establecer valores de referencia.
- Fuentes de información: deben identificarse.
- Periodicidad: frecuencia de medición.
- Responsable de medición: definir quien es el responsable de obtener el resultado.
- Responsable último: que actúa tras la medición.

Clasificación

- Indicador centinela: miden un proceso o resultado grave, indeseable y a menudo evitable.
- Indicador índice: miden un suceso que requiere una posterior valoración, si el índice de sucesos muestra una tendencia significativa en el tiempo.
- Indicador trazador: sirve de patrón para evaluar el resultado del proceso. Tiene que referirse a una situación frecuente, con deficiencias evitables y, al corregirlas obtener el máximo beneficio.

Utilidad de los indicadores:

- De fácil comprensión.
- Relevantes.
- Precisos, exactos y fiables.
- Económicos.
- Consensuados por los que miden y los afectados.
- Perdurables y sistematizados a lo largo del tiempo.

No utilidad de los indicadores:

- Cuando no han sido consensuados.
- La relación con el proceso que se mide no es clara.
- No se utilizan como elementos de evaluación y corrección.
- No responden a objetivos aceptados.
- Su responsabilidad se asigna a más de una función.

Cuadro 6.12. MÉTRICAS DE CONTROL ECONÓMICO DEL MACROPROCESO ASISTENCIAL**ATENCIÓN PRIMARIA**

- Cuenta de resultados
- Coste real asistencial/TISp (tarjeta individual sanitaria ponderada). (desviaciones sobre previsión, medias y resultados de centros similares)
- Coste por derivación al nivel especializado (derivaciones)
- Coste real asistencial / consulta (desviaciones sobre previsión, medias y resultados de centros similares)
- Coste laboratorio/TISp (desviaciones sobre previsión, medias y resultados de centros similares)

Cuadro 6.12. MÉTRICAS DE CONTROL ECONÓMICO DEL MACROPROCESO... (Cont.)

ATENCIÓN PRIMARIA (sigue)

- Coste radiología/TISp (desviaciones sobre previsión, medias y resultados de centros similares)
- Coste total de farmacia/TISp (desviaciones sobre previsión, medias y resultados de centros similares)
- Coste medio por envase (farmacia) (desviaciones sobre previsión, medias y resultados de centros similares)
- Coste vines-utb/total gasto
- Coste vines-utb/tisp
- Ingresos: facturación a terceros/tisp (desviaciones sobre previsión, medias y resultados de centros similares)
- Costes de no-calidad: urgencias inadecuadamente derivadas al ámbito hospitalario
- Costes por traslados (ambulancias, taxis, transporte colectivo)
- Costes de personal (sustituciones, absentismo)

ATENCIÓN HOSPITALARIA

- Cuenta de resultados (pérdidas y ganancias): desviaciones respecto al presupuesto inicial
- Coste por proceso (sistema de clasificación de pacientes): desviaciones respecto a la media, previsiones, etc.
- Coste por punto de intensidad relativa: desviaciones respecto a previsiones, media y resultados de hospitales similares.
- Coste de procesos singularizados (desviaciones)
- Coste (desviaciones)
- Consultas
- Urgencias no ingresadas
- Hospital de día
- Gastos de funcionamiento (desviaciones)
- Farmacia
- Material sanitario
- Gastos de personal (desviaciones)
- Coste de las bolsas de ineficiencia (costes de no-calidad)
- % de estancias evitables
- % de reingresos
- % de reintervenciones
- Prescripción inadecuada de medios diagnósticos y terapéuticos
- Costes estructurales (% sobre el total del presupuesto)
- Facturación a terceros (desviaciones sobre previsión, medias y resultados de centros similares)

Cuadro 6.13. MÉTRICAS DE CONTROL ASISTENCIAL DEL MACROPROCESO ASISTENCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

UNIDAD DE ATENCIÓN AL CLIENTE

- % de cartillas de largo tratamiento tramitadas
- % de Incapacidad Transitoria (ILT) tramitadas
- % gestión de citación a especialidades desde la unidad
- % de reclamaciones presentadas y resueltas en los plazos establecidos
- Gestión de visitas

DERIVACIONES AL NIVEL HOSPITALARIO Y A PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Derivaciones/1000 TISp por especialidad
- % de derivaciones realizadas respecto a las pactadas por especialidad
- Pruebas complementarias solicitadas/1000 TISp (incluye laboratorio, radiología, endoscopias, TAC, RMN, ecografías, etc., dependiendo de los centros, áreas y comarcas)

CONSULTA DE ENFERMERÍA

- % de primeras visitas espontáneas / total primeras
- % de primeras visitas derivadas / total primeras
- % de consultas sucesivas / total visitas
- Primeras visitas a terminales / total visitas
- Primeras visitas a crónicos / total visitas
- % de visitas con planes de cuidados
- Continuidad de cuidados número y desviación respecto a la media

Cuadro 6.14. MÉTRICAS DE CONTROL ASISTENCIAL DEL MACROPROCESO ASISTENCIAL EN ATENCIÓN HOSPITALARIA

DE UTILIZACIÓN DE RECURSOS

- Estancia media
- Tasa de adecuación en la indicación (Ingreso, Intervención Quirúrgica, Pruebas Complementarias, etc.)
- Adecuación de estancias
- Rendimiento de quirófanos
- Índice reiteración (sucesivas / primeras visitas)
- Procesos ambulatorizados (Consultas, Hospital de Día Médico, Quirúrgico, Oncológico, etc.)

DE PROCESO

- Demora (Lista de Espera Quirúrgica, Consultas, Pruebas Complementarias, etc.)
- Estandarización de cuidados de enfermería
- Vías clínicas
- Continuidad de cuidados entre atención primaria y especializada
- Información al cliente (Documentos de Consentimiento Informado, Protocolos de Información en áreas críticas, etc.)
- Codificación (altas, procedimientos, consultas, urgencias)
- Evaluación de la calidad de la Historia Clínica, del informe de alta, etc.

Cuadro 6.14. MÉTRICAS DE CONTROL ASISTENCIAL DEL MACROPROCESO ASISTENCIAL EN ATENCIÓN HOSPITALARIA (Cont.)

- > Errores medicación
- > Caídas
- > Úlceras
- > % de necropsias
- > % correlación anatomoclínica
- > % anulaciones / suspensiones (área quirúrgica, consulta externa, pruebas diagnósticas, CMA)
- > Ingresos procedentes CMA
- > Reintervenciones
- > Reingresos
- > Retorno a urgencias < 24 horas
- > Respuesta a reclamaciones < 15 días

DE RESULTADO

- > Envío del alta al centro de salud
- > Documentación (GRD 470 no agrupable, Codificación del alta)
- > Tejidos (% de cesáreas, % apendicitis blancas)
- > Riesgos (lesión por presión intrahospitalaria, declaración de caídas, prevalencia de sondaje vesical)
- > Terapéutica (Valor intrínseco de los fármacos, Prevalencia de pacientes con antibióticos)
- > Infecciones (En cirugía limpia, En cirugía sucia, Bacteriana, Prevalencia de pacientes con infección nosocomial)
- > Mortalidad (éxitus sobre altas, éxitus sobre urgencias, Mortalidad evitable según Rutsein (apendicitis, hernia abdominal, coleditiasis, asma)

DE RESULTADO FINAL

- > Calidad de vida (cuestionarios SF –36, QWB)

PROCESOS MEJORADOS PERMANENTEMENTE

Los procesos deben ser mejorados de una forma regular, su funcionamiento debe ser revisado periódicamente, aunque las métricas de rendimiento sean satisfactorias. Para ello, se pueden utilizar tres metodologías: mejora continua o ciclo PDCA, mejora radical o reingeniería de procesos y, aprender de los mejores o benchmarking. En el próximo capítulo de esta obra, se exponen con más detenimiento estas tres metodologías. En el Cuadro 6.15 se enumeran los principales beneficios que se obtiene, con la puesta bajo control de los procesos.

Cuadro 6.15. BENEFICIOS DE LOS PROCESOS BAJO CONTROL

- > Ayuda a conocer con mayor rapidez y profundidad la efectividad de las prácticas de gestión.
- > Acelera la tasa de mejora.
- > Reduce el margen de error en la toma de decisiones sobre los procesos.

Cuadro 6.15. BENEFICIOS DE LOS PROCESOS BAJO CONTROL (Cont.)

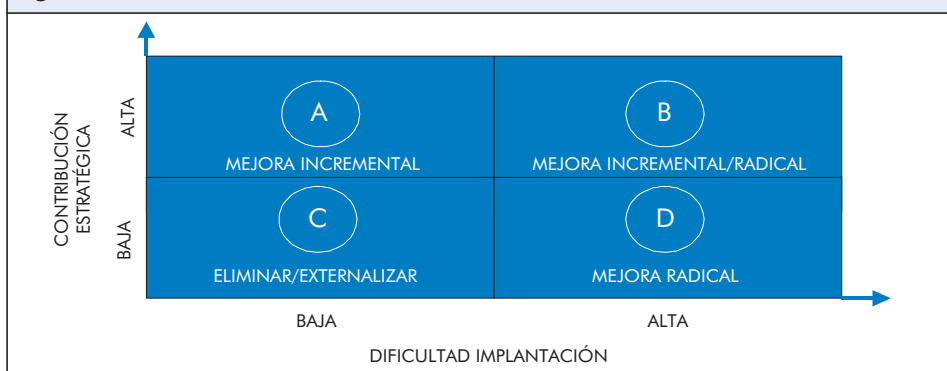
- Reduce el coste por errores.
- Ayuda a los equipos a clarificar el trabajo que se debe realizar, así como su rendimiento.
- Facilita la formación y agiliza la integración de los miembros del equipo.
- Reduce las «imprescindibilidades», puesto que nadie es la única fuente de know-how.
- Facilita la comunicación e interacción entre todos los afectados: proveedor, propietario y cliente.
- Facilita el seguimiento del rendimiento a través de las métricas.
- Posibilita la identificación de interrelaciones con otros procesos.
- Aumenta la satisfacción del cliente final, como resultado del mejor encadenamiento a través de la organización de los distintos procesos interrelacionados, que afectan al servicio ofrecido.

6.7. PRIORIZACIÓN DE LOS PROCESOS

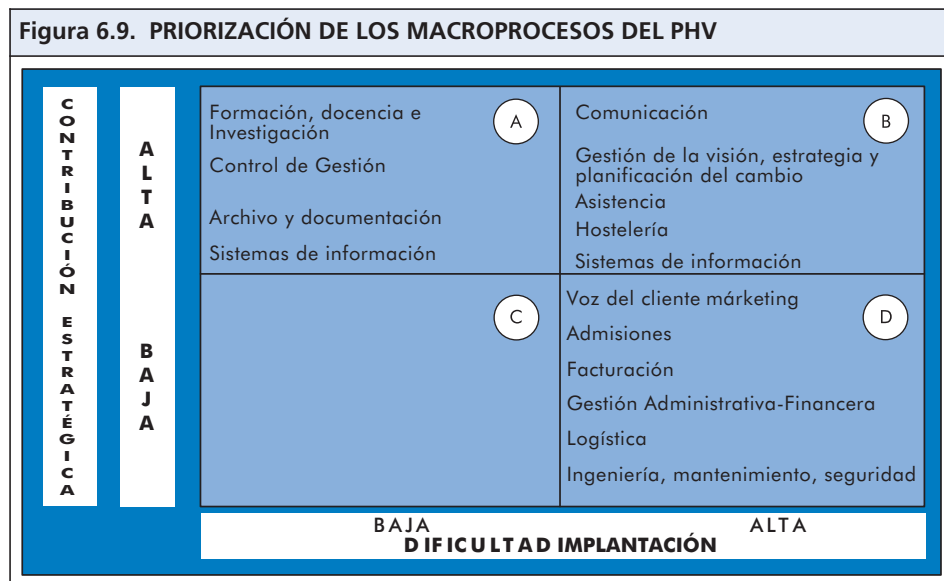
Una vez los macroprocesos han sido documentados por el equipo de trabajo, el equipo de dirección tiene que proceder a la priorización de los mismos, en función de dos criterios, por un lado, se considera el grado de contribución del macroproceso respecto al logro de los objetivos del Plan Estratégico (performance) y, por otro, el grado de dificultad que su gestión y mejora comportan, es decir su importancia estratégica. Una vez evaluados los procesos, se colocan en una tabla de doble entrada (Figura 6.8).

A partir de los resultados obtenidos en la tabla de la Figura 6.9, se desprende que los procesos situados en el cuadrante A (dificultad baja y con tribución alta) son tributarios de una mejora incremental. Los procesos del cuadrante B (dificultad alta y contribución alta) requieren como mínimo una mejora incremental, y en caso de una aparición de una situación extrema (como por ejemplo la aparición de un competidor) se requiere una mejora radical. Los procesos situados en el cuadrante D (dificultad alta y contribución baja) requieren de un proceso de emergencia o mejora radical. En cambio, los situados en el cuadrante C (baja contribución y baja dificultad) en primer lugar hay que analizar si son realmente necesarios, en caso negativo, la solución es la eliminación y, en caso positivo, se recomienda la externalización.

Figura 6.8. TABLA DE PRIORIZACIÓN DE LOS MACROPROCESOS



En la experiencia realizada en el Pius Hospital, una vez los procesos habían sido documentados, el equipo directivo realizó la clasificación de los procesos, puntuando de 1 a 5 el grado de contribución a la obtención de la visión. También se puntuó de 1 a 5 el grado de dificultad que su gestión y mejora comportaban. De su aplicación, en el PHV (Figura 6.9) se observa que no se consideraron procesos sobrantes.



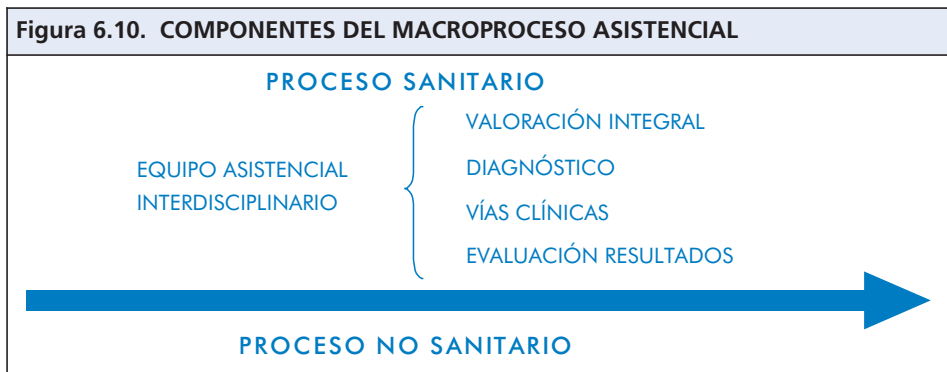
6.8. EL MACROPROCESO ASISTENCIAL

Si se piensa en el proceso asistencial como núcleo de la actividad profesional en el sistema sanitario y, se analiza cómo se le contempla desde el interior del propio sistema, se advierte que hay interpretaciones muy distantes, dependiendo del profesional, del nivel asistencial o de la estructura organizativa desde la que se actúe. Habitualmente, el proceso asistencial se delimita según el área de responsabilidad o de conocimiento que el profesional establece o, más bien, tiene asignada. Sin embargo, la realidad es bien distinta: el proceso asistencial comienza con un ciudadano que demanda una atención y debe, por tanto, finalizar con el mismo ciudadano atendido en su demanda, lo cual ha de realizarse a través de una serie de flujos de trabajo de calidad que contribuyan a obtener el mejor resultado posible de forma eficiente.

El proceso asistencial es un *continuum* que entraña una gran complejidad, ya que en su transcurrir intervienen múltiples profesionales, en diferentes escenarios y en diversas franjas de tiempo que, además, tienen o deben tener una secuencia lógica. Desde esta perspectiva, el primer aspecto que habría que destacar es la necesidad de un abordaje integral, a la hora de desarrollar una estrategia de dirección por procesos en el sistema sanitario público. La integralidad es un enfoque indispensable y, una premisa básica si realmente se quiere promover cambios de cierto calado en las organizaciones sanitarias y, dar respuestas a los déficits que en la actualidad se identifican.

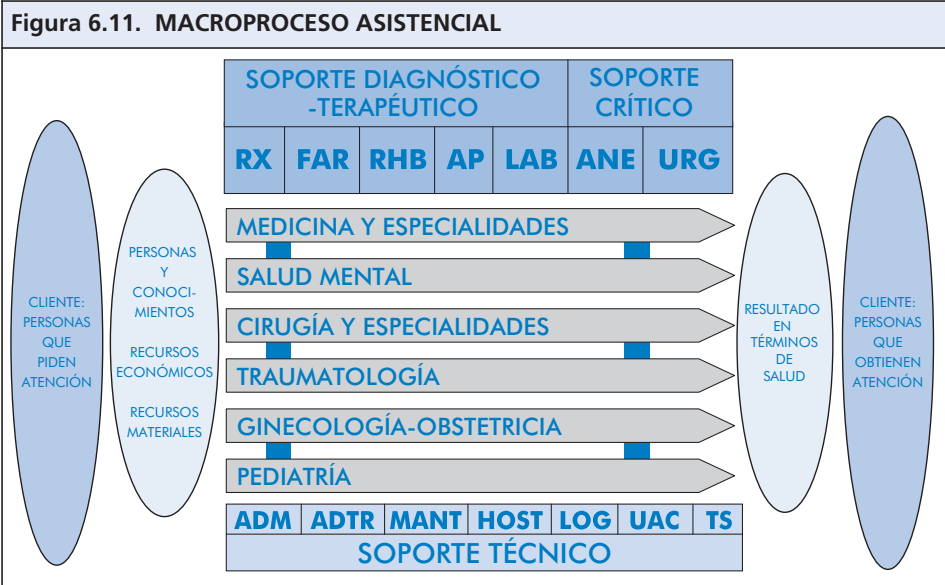
Sólo se logrará que los profesionales perciban que su actuación en el proceso es excelente, en tanto sea excelente el resultado final obtenido. En otras palabras, de poco valdrá contar con muy buenos cirujanos en el proceso cáncer de colon, si los diagnósticos se establecen en los servicios de urgencia a raíz de una obstrucción intestinal; como tampoco podremos quedar complacidos con unas el evadas coberturas de captación de los programas de atención a los pacientes con diabetes, si no mejoramos las tasas de amputación o de ceguera. Por consiguiente, la puesta en marcha de una dirección por procesos, ha de llevar aparejada a su vez una visión integral de éstos.

Los centros sanitarios tienen los mismos problemas que las organizaciones más complejas de tipo funcional, pero con la particularidad de que el producto servicio, se realiza a personas, con las que se ha de interactuar, para aportarles valor añadido a su bienestar biológico, psíquico y sociocultural. El núcleo clave de la producción sanitaria son los PROCESOS ASISTENCIALES, es decir, el conjunto de actividades sanitarias y de apoyo, que se realizan sobre el cliente durante su relación con el centro. En las organizaciones sanitarias se desarrollan simultáneamente múltiples procesos, algunos tienen relación directa con la asistencia y otros no, son lo que nom inamos Procesos Sanitarios y Procesos no San itarios. El Macroproceto Asistencial (Figura 6.10) tiene pues un componente sanitario realizado por profesionales de equipos asistenciales interdisciplinarios que realizan las fases, diagnóstica, valorativa, tratamiento, planes de curas y evaluación de resultados.



Los clientes del Macroproceto Asistencial (Figura 6.11) son personas que demandan asistencia especializada a un centro sanitario. El cual dispone de profesionales y recursos por facilitar la globalidad del proceso asistencial al nivel de los servicios clínicos demandados. Los cuales, a su vez, reciben el apoyo de los servicios diagnóstico-terapéuticos y de los servicios de apoyo técnico no asistencial, para la realización integral del proceso. Se obtendrán unos resultados en términos de salud del cliente, el cual por lo tanto habrá obtenido la atención que había demandado.

Esta nueva concepción de la gestión de los centros sanitarios, permite alinear a todo el equipo multidisciplinario que participa en una misma dirección, lo de mejorar el bienestar de la persona atendida. El componente no sanitario es el que también se denomina de apoyo técnico, y abarca, admisiones, recepción, hostelería, logística, administración, mantenimiento, seguridad, atención al cliente y trabajo social. A continuación se describe la documentación realizada en el PHV, del macroproceto asistencial.



Cuadro 6.16. DOCUMENTACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL DEL PHV	
MISIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dar servicios asistenciales sanitarios, sociales y residenciales a los clientes de la institución, colaborando en la mejora del estado de la salud integral de la población que pida atención.
VISIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Alcanzar la excelencia en los servicios sanitarios, sociales y residenciales
RESPONSABLE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Subgerente (Director) asistencial ➤ Responsables operativos: los directores de áreas clínicas
INPUTS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Las personas que con sus conocimientos, experiencia y valores desarrollan el proceso. ➤ Los recursos materiales, estructurales, hoteleros, económicos, gestores, formadores, docentes, investigadores que se utilizan para la realización del proceso. ➤ Servicios realizados.
CLIENTE EXTERNO	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Enfermos agudos y subagudos. ➤ Personas discapacitadas y/o con problemas sociales. ➤ Mujeres embarazadas, parteras, púerperas. ➤ Recién nacidos sanos. ➤ Población sana que solicite información, educación y prevención.

Cuadro 6.16. DOCUMENTACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL DEL PHV (Cont.)**CLIENTE INTERMEDIARIO**

- CatSalut
- Profesionales de los equipos de atención primaria: médicos, enfermeras, trabajadores sociales, comadronas, fisioterapeutas, etc.
- Servicios sociales municipales.
- Departamento de Bienestar Social.
- Clientes privados.
- Clientes fidelizados.
- Mutuas.
- Equipo de atención de salud mental

CLIENTE INTERNO

- Colaboradores que, con la relación proveedor-cliente entre ellos mismos, realizan el proceso.

DIAGRAMA DE FLUJO (se presenta en la Figura 6.13)**PUNTOS FUERTES**

- Profesionales competentes.
- Implantación de la dirección por procesos.
- Experiencia de atención integral por parte de algunos equipos profesionales.
- Confianza de los clientes externos como los servicios del Pius.
- Buena relación entre los profesionales.
- Amabilidad y trato al cliente.
- Continuum asistencial: especialización y sociosanitario.
- Cartera de servicios adecuada a las necesidades.
- Existencia de servicios estrella.
- Educación sanitaria en la atención.
- Coordinación servicios sociales Ayuntamiento
- Respuesta a las listas de espera

ÁREAS DE MEJORA

- Adecuar la política de traslados de habitación.
- Adecuar el circuito de difuntos.
- Implementar la información en el cliente externo.
- Mejorar el tiempo de ocio y las actividades de la gente mayor de la tercera planta de la residencia.
- Prevención de riesgos: caídas, úlceras, etc.
- Mejorar el trato al cliente externo por parte de algunos profesionales.
- Reducir el tiempo de espera en Consultas Externas, para las visitas programadas.
- Mejorar la confidencialidad y la intimidad.
- Mejorar la información en las áreas básicas de salud.
- Disminuir la interrupción de la atención en consultas externas por llamadas telefónicas.
- Implementar el consentimiento informado.
- Adecuar los turnos de enfermería, para conseguir una más correcta continuidad de cuidados.
- Disminuir las listas de espera.
- Racionalizar la presión asistencial.

Cuadro 6.16. DOCUMENTACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL DEL PHV (Cont.)	
ÁREAS DE MEJORA (sigue)	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Falta de experiencia en valorar objetivamente el trabajo propio de los demás hacia el resultado de los procesos. ➤ Falta experiencia en el trabajo en equipo con método. ➤ Estructura de los edificios complejos, con circuitos organizativos para revisar. ➤ Falta de vías clínicas. ➤ Escasa formación en dirección por procesos. ➤ Realizar un proceso de Autoevaluación. ➤ Falta de instrumentos para evaluar la calidad de las actividades asistenciales en las áreas clínicas del hospital. ➤ Falta de seguimiento de los indicadores de calidad residencial establecidos. 	
MÉTRICAS DEL PROCESO	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sólo a partir de su medida sistemática, se puede establecer su estabilidad y que se encuentre en situación de control. En la Tabla 6.1 se exponen las veintitrés métricas básicas, para controlar el macroproceso asistencial, con su frecuencia de medida, el objetivo pactado con los propietarios de los procesos, el sistema del control y los responsables del mismo. 	
DESPLIEGUE	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ En el Cuadro 6.5 se ha presentado el despliegue del macroproceso asistencial. Un nivel siguiente de desarrollo, es el que se muestra en la Figura 6.13, donde se puede ver a nivel de área clínica. 	

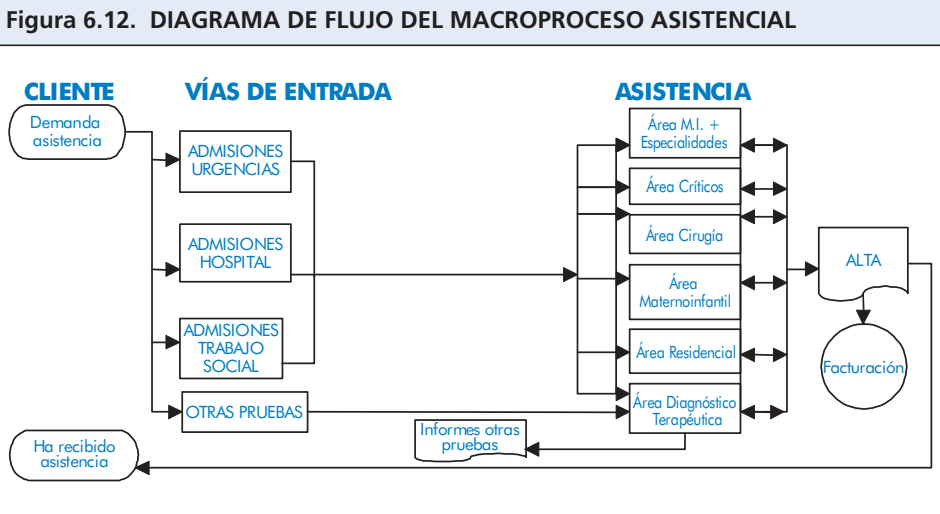


Tabla 6.1. MÉTRICAS DE CONTROL DEL MACROPROCESO ASISTENCIAL

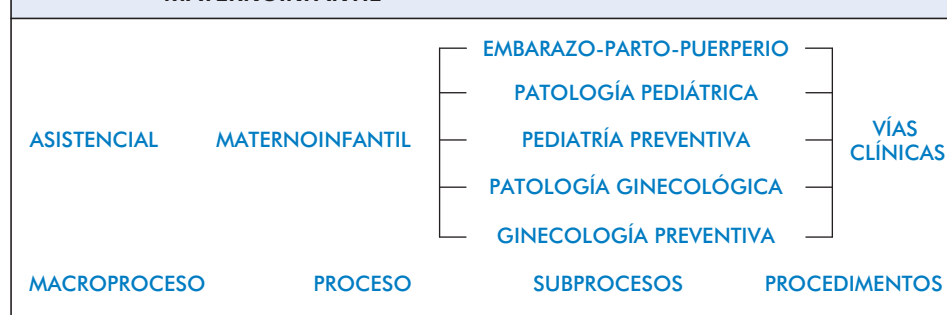
Métrica	Frecuencia medición	Objetivos	Cómo se controla	Responsable del control
N. Altas	Mensual	98-105%	SIS-Líneas (SPC)	Dirección Administrativa
N. estancias por tipología en subagudos	Mensual	98-105%	SIS-Líneas (SPC)	Dirección Administrativa
N. estancias en la Residencia asistida	Mensual	98-105%	SIS-Líneas (SPC)	Dirección Administrativa
N. Urgencias	Mensual	98-105%	SIS-Líneas (SPC)	Dirección Administrativa
Actividad servicios soporte	Mensual	98-105%	SIS-Líneas (SPC)	Dirección Administrativa
N. episodios H. día	Mensual	98-105%	SIS-Líneas (SPC)	Dirección Administrativa
N. P. Visitas consultas externas	Mensual	98-105%	SIS-Líneas (SPC)	Dirección Administrativa
Ratio 2/1 en consultas externas	Mensual	Variable según dispensarios	SIS	Dirección Administrativa
Lista de espera consultas externas/pruebas/quirófano	Mensual	Específica para cada dispensario	SIS-Líneas (SPC)	Dirección Administrativa
N. intervenciones quirúrgicas	Mensual	98-105%	SIS-Líneas (SPC)	Dirección Administrativa
Estancia Media	Mensual	4-4.5 días	SIS-Líneas (SPC)	Dirección Administrativa
Estada Media por GRD (25 GRD más prevalentes)	Trimestral	Específico para cada GRD	Servicio Gestión Clínica	Servicio Gestión Clínica
Reingresos	Trimestral	< 2%	Servicio Gestión Clínica	Servicio Gestión Clínica
Reintervenciones	Trimestral	< 1%	Servicio Gestión Clínica	Servicio Gestión Clínica
Suspensiones quirúrgicas	Mensual	< 2%	SIS	Dirección Administrativa
Coste total/GRD	Trimestral	Específico para cada GRD	Servicio Gestión Clínica	Servicio Gestión Clínica

Tabla 6.1. MÉTRICAS DE CONTROL DEL MACROPROCESO ASISTENCIAL (Cont.)

Métrica	Frecuencia medición	Objetivos	Cómo se controla	Responsable del control
Coste laboratorio/GRD	Trimestral	Específico para cada GRD	Servicio Gestión Clínica	Dirección Administrativa
Coste farmacia/GRD	Trimestral	Específico para cada GRD	Servicio Gestión Clínica	Dirección Administrativa
% cesáreas	Mensual	< 19%	SIS-Líneas (SPC)	Servicio Gestión Clínica
Mortalidad perinatal	Mensual	< 5%	SIS	Servicio Gestión Clínica
Mortalidad	Trimestral	Variable según tipología	Servicio Gestión Clínica	Servicio Gestión Clínica
Incidencia infección nosocomial	Trimestral	Variable según tipología	Servicio Gestión Clínica	C. Infecciones
Realización auditos clínicos	Semestral	100%	Informe D. Área	Director Área

SIS: SISTEMA DE INFORMACIÓN SANITARIA SPC: CONTROL ESTADÍSTICO DE PROCESOS

Figura 6.13. DESPLIEGUE DE LOS PROCESOS DE UNA ÁREA CLÍNICA MATERNOINFANTIL



6.9. VÍAS CLÍNICAS. CONCEPTOS GENERALES

El objetivo de la asistencia sanitaria es proveer a sus clientes, en el nivel asistencial más adecuado y de la forma más eficiente posible, de aquellos servicios que mejor preserven o restauren su estado de salud. Para evitar, o por lo menos reducir, la varia-

bilidad de práctica clínica innecesaria los médicos se han motivado para una mejor gestión de los procesos asistenciales, lo que ha dado lugar a la nominada medicina basada en la evidencia (MBE). La práctica clínica puede definirse como el proceso de actuación médica en relación con la atención de la salud del paciente. Las variaciones de la práctica clínica constituyen un fenómeno ampliamente investigado, definido como aquellas diferencias en el proceso asistencial y/o en el resultado de la atención de un problema clínico concreto, entre varios proveedores o en uno solo, una vez controlados los factores demográficos, socioculturales y de estado de salud. El análisis de la variabilidad en la práctica médica ha acabado con la creencia que los médicos y otros profesionales sanitarios, realizan de forma homogénea actuaciones preventivas, diagnósticas o terapéuticas, inequívocamente adecuadas delante de cada problema de salud.

La incertidumbre sobre la práctica de la medicina se manifiesta también en las notables variaciones en la frecuencia con que se realizan ciertas intervenciones quirúrgicas, técnicas diagnósticas y procedimientos terapéuticos. Cuando se comparan las tasas de utilización de estas prácticas médicas entre países o entre áreas geográficas dentro de un mismo país, la alta variabilidad en la utilización de estas técnicas no se justifica por diferencias en la composición de edad, sexo o la mayor o menor presencia e incidencia de enfermedad entre las poblaciones. En España, la posibilidad de ser operado de varices o amígdalas puede ser diez veces superior en unas Comunidades Autónomas que en otras. La lista de este tipo de procedimientos de alta variación en la práctica –por tanto, de alta incertidumbre en sus indicaciones– es extensa: además de las citadas, las operaciones sobre el apéndice y la vesícula, las cesáreas y extirpación del útero, la cirugía y dilatación de las arterias que riegan al corazón y el cerebro, etc. Estas variaciones son todavía más importantes en relación con la realización de procedimientos diagnósticos (radiografías, tomografías, resonancias magnéticas, etc.) y en la utilización de fármacos. Estudios realizados en España señalan que aproximadamente un 30% de las estancias en los hospitales de agudos no estarían justificadas.

El reconocimiento de que el saber médico descansa tanto en la experiencia científica como sobre la incertidumbre puede conducir a respuestas no adecuadas por parte de estos profesionales y tener importantes repercusiones legales y sociales. Por una parte, los médicos pueden, erróneamente, tratar de reducir la incertidumbre al mínimo mediante una excesiva investigación diagnóstica, lo que conlleva tanto a un aumento innecesario del gasto sanitario como a riesgos para los pacientes. Por otra parte, el reconocimiento de la incertidumbre en medicina está vinculado a los problemas de litigación por mala práctica, supone un reto al «estatus» profesional y modifica el papel del médico en las organizaciones (públicas o privadas) de asistencia médica colectiva.

Eddy, un cirujano americano que ha evaluado la evidencia científica sobre la que se basan los procedimientos diagnósticos y terapéuticos médicos, encontró que sólo el 15% de estas prácticas estaban respaldadas por evidencia suficiente. Es decir: sólo 1 de cada 7 intervenciones médicas tienen suficiente base para afirmar que son más beneficiosas que inútiles o peligrosas. Otros autores también coinciden en que sólo entre el 10 y el 20 por ciento de la práctica médica está respaldada con pruebas suficientes, mientras que se estima que un 20-25% de las prácticas son inútiles o peligrosas. Uno de los principios hipocráticos: «primum non nocere» (evitar, en primer lugar, hacer daño) se estaría vulnerando en este 20-25% de prácticas médi-

cas con riesgo y sin beneficio. La escasa evidencia científica disponible sobre la práctica médica es más acusada cuanto más novedosa es la tecnología y, por tanto, la experiencia de su utilización en la práctica clínica es menor.

La «medicina basada en la evidencia» es un término que engloba a toda la investigación centrada en la evaluación de la eficacia de la práctica médica. En la práctica clínica, los profesionales toman decisiones a diario y requieren, para ello, información. Sin embargo, en la actualidad, en una nueva era caracterizada por el acceso inmediato e ilimitado a la información, es cuando, paradójicamente, el profesional tiene más dificultades para obtener información válida y accesible que le permita escoger, de entre los métodos diagnósticos y respuestas terapéuticas, aquellos que sean más adecuados para cada paciente y mejorar, así, sus resultados en el ejercicio de la medicina. La capacidad de almacenar y analizar datos con las tecnologías de la información y la comunicación plantea un nuevo reto a los profesionales. La gestión de esta tecnología, que les permite evaluar los efectos beneficiosos de sus decisiones, representa la base de la nueva relación que se establece entre el profesional y el paciente.

La importancia de la enfermería dentro de la atención sanitaria ha ido en aumento y la previsión es que crezca todavía más en los próximos años. Esta previsión se sustenta principalmente en tres motivos. Por una parte, su cada vez mayor profesionalización le permite asumir con total eficacia y seguridad actividades tradicionalmente encomendadas en exclusiva a los médicos, siendo sus costes de formación y laborales inferiores. Por otra parte, el cambio en el perfil de distribución de las enfermedades, que acompaña al envejecimiento de la población, hace que predominen las de carácter crónico y degenerativo, en las que la capacidad de curar está muy limitada, ensanchándose la demanda de cuidados. Por último, las enfermeras se están revelando como eficaces administradoras de los servicios sanitarios, asumiendo cada vez un papel más importante en la gestión de los servicios y en el control de los procesos.

Un objetivo de una asistencia eficiente es, precisamente, evitar parte de la variabilidad, sobre todo la que no se relaciona, ni con la prevalencia, ni con las preferencias del paciente. Para evitarlo, en cualquier proceso clínico habría de asegurarse su desarrollo estandarizado, su efectividad, el uso eficiente de los recursos utilizados. Todo esto tendría como consecuencia un buen clima de relación, la satisfacción del paciente y de los profesionales con las atenciones ofrecidas. Una manera de averiguar si se logran estos objetivos es describiendo el proceso de forma interdisciplinaria y estableciendo criterios, indicadores y estándares de calidad de todo el proceso asistencial, y proceder a su posterior monitorización. Muchos hospitales han introducido programas educativos para influir sobre los patrones de práctica médica. Un camino que permite pasar de una gestión basada en la obediencia a una gestión basada en la evidencia.

Las vías clínicas o mapas de asistencia son instrumentos para planificar y coordinar la secuencia de procedimientos médicos, de enfermería y administrativos (tests diagnósticos, medicación, consultas, educación, planificación del alta, etc.) necesarios para lograr la máxima eficiencia en el proceso asistencial. Su origen se remonta a los años cincuenta cuando la industria norteamericana las desarrolló como herramientas para coordinar a todos los participantes en proyectos complejos, identificando la secuencia de las acciones claves o «critical path» (vías críticas) para llevarlas a término

en el tiempo y con los resultados requeridos. En las dos décadas siguientes fueron utilizadas en proyectos tan diversos como la construcción naval o la ingeniería civil. Las vías clínicas se utilizaron por primera vez en la sanidad dur ante los años ochenta, cuando en los EEUU se generalizó los métodos de pago prospectivo que obligaban a mejorar la eficiencia y, reducir los costes de la asistencia sanitaria. Las primeras vías fueron desarrolladas inicialmente por enfermeras como planes de cuidados para mejorar la atención de enfermería, pero su evolución posterior las ha convertido en instrumentos interdisciplinarios, que integran el conjunto de actividades de todos los profesionales que intervienen en la atención sanitaria.

6.10. CARACTERÍSTICAS DE LAS VÍAS CLÍNICAS

Las vías clínicas o mapas de asistencia son instrumentos para planificar y coordinar la secuencia de procedimientos médicos, de enfermería y administrativos, necesarios para lograr la máxima eficiencia en el proceso asistencial. La Vías Clínicas se componen de diagramas de flujo, diagramas matriciales e, indicadores de evaluación de su rendimiento. Su carácter de instrumento organizativo y interdisciplinario permite la estandarización de las atenciones para un grupo de pacientes con una misma patología y, un curso clínico previsible. Su formato habitual es el de una matriz de tareas-tiempos, tipos diagrama de Gantt, dónde las columnas contienen las divisiones por días y horas y en las filas se identifican los principales componentes de la atención sanitaria. En la Tabla 6.2 se muestra el esquema del formato habitual de las vías clínicas.

En el Cuadro 6.17 se exponen los principales criterios que justifican la implantación de una vía clínica. En primer lugar se desarrollan vías ante procesos patológicos, que requieren diagnóstico y tratamiento, ya sea, en el ámbito hospitalario como, en la asistencia en consulta. Casos típicos son los procedimientos quirúrgicos. Esto es lógico, puesto que en muchos de ellos, se puede predecir con bastante seguridad el curso de los acontecimientos. Los procedimientos más complejos y variables requieren de una adaptación del formato habitual, pudiendo incluir alternativas según la res-

Tabla 6.2. FORMATO DE LAS VÍAS CLÍNICAS

UNIDAD:	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4
Actuación médica:				
Actuación enfermería:				
Determinaciones:				
Medicación:				
Actividades:				
Dieta:				
Información cliente y familiares:				
Actuación administrativa:				
Planificación del alta:				

Cuadro 6.17. CRITERIOS DE IMPLANTACIÓN DE UNA VÍA CLÍNICA

- Proceso con curso clínico predecible
- Prevalerte
- Estancias medias altas con relación al estándar
- Costes elevados
- Variabilidad no justificada
- Participación de varias especialidades
- Posibilidades evidentes de mejora
- Reclamaciones y quejas reiteradas

puesta del paciente ante una situación determinada, o establecer fases sin fijar un número exacto en los días. También, se desarrollan vías en síndromes o necesidades de los pacientes, siempre y cuando el manejo de estos casos tenga una cierta homogeneidad, por ejemplo incontinencia urinaria, dolor torácico, etc. Igualmente se pueden aplicar a diversos estadios o fases de un proceso asistencial, en función de la importancia que tenga sistematizar cada una de estas fases.

En la práctica diaria existen más temas para estandarizar con vías clínicas que recursos para hacerlo. Debe tenerse en cuenta que el proceso de elaboración pueden intervenir hasta 10 ó 12 profesionales que requieran un total de 80 a 100 horas de reuniones. En el año 2001, el Dr. Carrasco calculó unos costes de oportunidad, entre 500 y 1.500 euros por vía clínica. Por esta razón, suele ser necesario elegir entre los posibles procesos susceptibles de estandarización mediante criterios de priorización lo más objetivos posibles. En general, los responsables de la asistencia deben decidir preferentemente procesos con resultados mejorables según los criterios del Cuadro 6.17. Cuando existan varios temas que cumplan los citados criterios, puede ser útil la escala de selección modificada de Hanlon y Williamson (véase Cuadro 6.18), para priorizar con una mayor objetividad.

Cuadro 6.18. CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN DE VÍAS CLÍNICAS

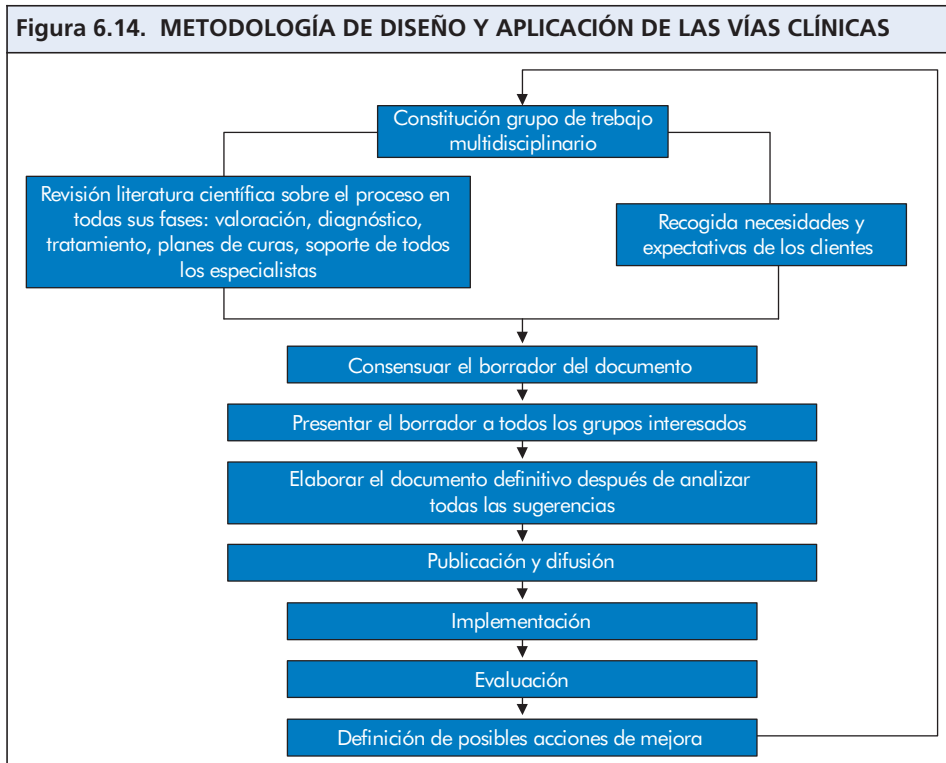
Crterios	Puntuación
➤ Pacientes afectados	
Todos los pacientes	40
Un número muy importante	30
Un pequeño número	10
Prácticamente ninguno	0
➤ Riesgo	
Gran riesgo, problema muy grave para los pacientes afectados	40
Menor riesgo, pero sigue siendo un problema grave	30
Riesgo leve	20
Riesgo prácticamente nulo	0
➤ Coste diferencial	
La mejora de la eficiencia puede permitir gran ahorro respecto a los costes actuales	20
Pequeño ahorro respecto al coste actual	10
No implicaría ahorro o encarece el proceso actual	0

6.11. METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN DE LAS VÍAS CLÍNICAS

Las vías clínicas deben diseñarse mediante una racional combinación, de la experiencia de los profesionales y la mejor evidencia científica disponible. Esto requiere de un proceso de discusión y consenso del equipo multidisciplinario, que debe seguir un riguroso método de validación que necesita generalmente varios meses de reuniones y un estudio piloto para corregir errores en su diseño. Para la elaboración de las vías clínicas, se precisa seguir los pasos concatenados de la Figura 6.14, que van desde la selección adecuada del proceso patológico, hasta la fase de evaluación y, aplicación de medidas de mejora.

- En base a la mayor prevalencia de los casos tratados y según los criterios de los Cuadros 6.17 y 6.18, el equipo de dirección del Área Clínica escoge a los componentes del grupo de trabajo interdisciplinario. En el grupo han de incorporarse todos los grupos profesionales implicados, médicos, enfermeras, trabajador social, psicólogo, etc. Este grupo de trabajo tiene que realizar, principalmente, cuatro tareas:
- Revisión sistemática de la literatura científica relevante sobre el tema. Los protocolos médicos deben partir de la medicina basada en la evidencia científica: guías clínicas y, en su defecto, en las recomendaciones de las conferencias de

Figura 6.14. METODOLOGÍA DE DISEÑO Y APLICACIÓN DE LAS VÍAS CLÍNICAS



consenso. El modelo de cuidados de enfermería, se basará en el modelo de las necesidades desarrollado por la escuela de V. Henderson.

- Un elemento clave en la elaboración de las vías clínicas, es la incorporación de la Voz del Cliente. Para ello, es necesario el despliegue, con el apoyo metodológico del experto del proyecto (Consultor Interno de Procesos) y de la Unidad de Atención al Cliente, de diferentes técnicas (encuestas, entrevistas, grupos focales, análisis de quejas y reclamaciones), para conocer las necesidades y expectativas de los clientes internos y externos del proceso.

En el PHV durante la realización de la vía del parto vaginal, se realizaron tres reuniones de grupos focales, con un total de dieciséis clientas. El criterio para la inclusión era el de haber dado a luz en el hospital durante el año de la elaboración de la vía clínica. Destacaba como debilidad del proceso (véase Cuadro 6.19), la excesiva presión de los profesionales de enfermería y de los pediatras para conseguir por parte de las madres, la aceptación de la lactancia materna. Destacaba muy positivamente, el muy buen trato recibido, sobre todo por parte de las enfermeras.

Cuadro 6.19. CONCLUSIONES DE LOS GRUPOS FOCALES DE LA VÍA CLÍNICA DEL EMBARAZO-PARTO-PUERPIO, DEL PHV

PUNTOS FUERTES

- Trato recibido por parte de los diferentes profesionales, especialmente por las enfermeras de la unidad de hospitalización
- Alta calidad de las visitas médicas de control del embarazo

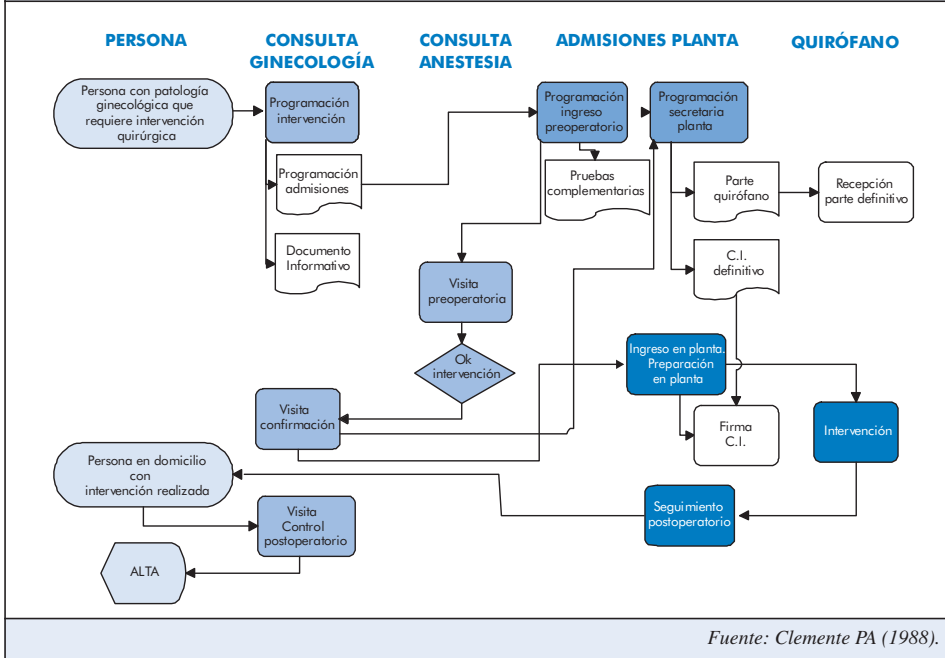
PUNTOS DÉBILES

- Visitas repetidas entre el hospital y la Atención primaria
- Excesiva espera en las visitas de obstetricia
- Excesiva presión de los profesionales para que aceptaran la anestesia peridural y la lactancia materna

Fuente: Clemente PA (1998).

- A partir de toda la información obtenida, se redacta de manera consensuada el documento con los diagramas de flujo y los matriciales. Para realizar la monitorización del proceso asistencial, es fundamental, que las vías clínicas incluyan criterios de evaluación, con indicadores y estándares de cumplimiento,
- Una vez elaborada toda la documentación, tiene que presentarse a todos los profesionales del equipo asistencial, para que aporten sus sugerencias. A continuación se deben incluir éstas, en el documento de trabajo.
- Es conveniente realizar una prueba piloto de la vía, antes de su implementación definitiva. Analizados los resultados obtenidos, se procede a realizar la redacción definitiva del documento. A continuación, se procede a su publicación y difusión a todos los interesados y, a la implementación de la misma.
- A continuación se elaboran los indicadores para su evaluación. Tal como muestra la Tabla 6.3, deben incluirse como mínimo los relativos a dimensiones esenciales de la mejora permanente, como eficacia, seguridad, satisfacción y

Figura 6.15. EJEMPLO DE DIAGRAMA DE FLUJO DE LA VÍA CLÍNICA DEL EMBARAZO-PARTO-PUERPERIO



eficiencia, pero pueden añadirse todos los que se consideren relevantes en la evaluación del proceso véase Tabla 6.3). Es esencial diseñar también los folletos de información a los pacientes que informen de forma didáctica sobre la planificación de los cuidados.

Tabla 6.3. INDICADORES BÁSICOS DE EVALUACIÓN DE VÍAS CLÍNICAS

Indicador	Estándar*
<p>➤ Implantación: Número de enfermos que finalizan la vía clínica x 100/Número de enfermos que deberían seguir la vía clínica</p>	>90%
<p>➤ Indicador de efectos adversos: Pacientes con el efecto/s adversos seleccionado x 100/Número de enfermos que siguen la vía clínica</p>	≤5%
<p>➤ Satisfacción de los pacientes: Pacientes que puntúan alto la atención recibida x 100/Número de enfermos que siguen la vía clínica</p>	≥95%
<p>➤ Eficiencia: Pacientes que siguen la vía clínica con coste adecuado x 100/Número de enfermos que siguen la vía clínica.</p>	>90%

(*El estándar de referencia debe ser establecido por el equipo que diseñe la vía. Los valores que se muestran se basan en el estudio de Galí et al, 1999).

Figura 6.16. EJEMPLO DE UNA HOJA DEL DIAGRAMA MATRICIAL DE LA VIA CLÍNICA DEL EMBARAZO-PARTO-PUERPERIO

	DÍA 0	DÍA 1	DÍA 2
MEDICACIÓN	Venoclisis: Suero glucosalino 1/3 a ritmo de 500 cc/4 h con 20 U.I. de Syntocinon® durante 2 horas. Con analgo-anestesia peridural 6 horas Nalotil® 1c/6 h. I.V. si precisa y vía oral después dieta progresiva. Si lactancia artificial Dopergin® 1c/oral/12 h.	Ferogradumet® 1-0-0. Paracetamol 1 c/oral/8 h. Si precisa. Trombocid® en caso de hemorroide o hematoma apl. 8 horas	
HIGIENE Y PROTECCIÓN DE TEGUMENTOS	Higiene y asepsia de la episiotomía: Mañana: Ducha y valoración Tarde: Valoración e higiene con solución de Rosalgin®. Prevención de la aparición de grietas, posición en la lactancia.	Extender calostro sobre los pezones y grietas	
MOVILIZACIÓN	Ayuda en la movilización y en la lactancia en las primeras horas postparto. Si anestesia local, deambulación a las dos horas del parto. Ayuda y vigilancia. Si analgo-anestesia peridural, deambulación en las 6 horas del parto. Ayuda y vigilancia.		

Fuente: Clemente PA (1998).

En el Pius Hospital, la primera evaluación fue realizada (1998) por el propio Director del Área Materno-infantil. Posteriormente, una vez superadas las reticencias iniciales de los profesionales, un equipo interdisciplinario (médico y enfermera) realizó el audito clínico del año 2000, que permitió evaluar el correcto cumplimiento de la vía clínica (Tabla 6.4)

- Como consecuencia, de esta evaluación y del feed-back recibido desde la Unidad de Atención al Cliente (que realiza los grupos focales), se definen acciones de mejora, que serán realizadas por el grupo impulsor de la vía. Cerrándose de esta forma, el ciclo de mejora.

Tabla 6.4. EVALUACIÓN DE LA VÍA CLÍNICA DEL SUBPROCESO EMBARAZO-PARTO-PUERPERIO

INDICADOR	ESTÁNDAR	1998	2000
Seguimiento protocolo gestación	> 95%	79.5%	97.3%
N. Visitas en gestación riesgo 0.	< 4.5	6.3	4.
N. Ecografías en gestación riesgo 0.	3.	4.9	3.1
Realización RCTG antes semana 40.	< 20%	95.4%	22.3%
Nota de ingreso adecuadamente rellena	>99%	90.5%	99.8%
Pantograma adecuadamente relleno	>95%	76.3%	96.5%
% órdenes médicas correctos	>90%	10.2%	97.8%
Valoración de enfermería al ingreso	>95%	10.2%	99.2%
Aplicación del plan de cuidados de enfermería	>95%	11.3%	97.1%

6.12. VENTAJAS ESTRATÉGICAS DE LA DIRECCIÓN POR PROCESOS

A partir de las experiencias de diversas organizaciones sanitarias, que han avanzado en la implantación de la Dirección por Procesos, se pueden hacer las seis consideraciones expuestas en el Cuadro 6.20. La implantación de un enfoque basado en procesos, debe discernir si el alcance se limita a la gestión de procesos, o bien, se pretende abordar una real dirección por procesos. Y progresando más, si efectivamente el conjunto de la organización, dispone de recursos, capacidades y compromisos para abordar un proyecto de dirección por procesos asistenciales integrados en el sistema sanitario público.

La sanidad pública española debe replantear seriamente, el papel que han de desempeñar los niveles asistenciales, en el marco del desarrollo de una estrategia de dirección por procesos en las organizaciones sanitarias. Definir «*quién, dónde, cómo, cuándo y con qué*» y, hacerlo desde el ámbito profesional, con el aval de la administración pública, puede permitir que la dirección por procesos, se convierta en una herramienta adecuada y potente para disminuir la variabilidad en la práctica clínica. Por otro lado, a través del abordaje integral de los procesos asistenciales, podremos ubicar los recursos donde realmente se requiera añadir valor y mejorar resultados. En definitiva, es necesario

Cuadro 6.21. APLICACIÓN DE LA DIRECCIÓN POR PROCESOS EN CENTROS SANITARIOS

- La Dirección por Procesos no puede ser un hecho aislado en una unidad o servicio de la organización, se ha de aplicar en toda la institución. Por lo tanto, hace falta que sea un proceso estratégico.
- La vieja cultura organizativa de los centros hospitalarios no puede olvidarse, ni puede ser desconsiderada, hace falta hacer desde la gerencia con el apoyo de sus colaboradores un gran esfuerzo de pedagogía con todos los colaboradores, y concretamente con los clínicos, pues el macroproceso asistencial es el crítico.
- Un estilo de dirección jerárquico no sirve en esta nueva estrategia de gestión, es necesario por lo tanto definir un nuevo estilo basado en la confianza mutua y en el estímulo del desarrollo personal y profesional de los colaboradores.
- La comunicación ascendente y sobre todo la descendente tiene que ser una prioridad absoluta del gerente y de su equipo. Es necesario la realización de una auditoría de comunicación interna para establecer las estrategias necesarias para combatir los puntos débiles.
- Las relaciones entre los procesos pueden quedar desprotegidas, es básico establecer mecanismos de control y de superposición, que sin sobreponerse a la nueva estructura, velen por el buen funcionamiento de las «zonas de nadie».
- La implantación de la Dirección por Procesos requiere alinear todos los sistemas clásicos de gestión al nuevo modelo (administración, relaciones laborales, mantenimiento, sistemas de información, etc.).
- Una organización sanitaria que quiera introducir la Dirección por Procesos, tiene que modificar previamente su estructura organizativa, para adaptarla al Mapa de Macroprocesos que haya elaborado (véase el capítulo de gestión clínica).

aumentar la capacidad de resolución del nivel asistencial de atención primaria, reubicando algunas tecnologías, o modificando su posibilidad de acceso a pruebas diagnósticas, o a consultas del segundo o tercer nivel de atención. Igualmente, se debe lograr un nivel de atención especializada más abierto, con una visión menos reduccionista y, más integradora del proceso de atención a los clientes del sistema.

Asimismo, hay cuestiones estratégicas que deben solventarse, a lo largo de todo el proceso de cambio: de tipo cultural (introducir la conciencia práctica de dicho entorno de gestión, fomentar y personalizar la gestión de cambio, reducir las resistencias naturales, sustentar el compromiso y el liderazgo, y ser coherente con los objetivos institucionales); de tipo organizativo (valorar la factibilidad de reestructuración funcional de toda la organización del centro sanitario, estimar la magnitud del cambio y la motivación de los profesionales, e identificar las limitaciones administrativas); y de tipo operativo (fomentar una participación decidida de los profesionales, planificar la comunicación, las fórmulas de implementación y simplificación de circuitos, asegurar los recursos pertinentes y actualizar los sistemas de información). En el Cuadro 6.21 se exponen las ventajas estratégicas, de la aplicación de la dirección por procesos en un centro sanitario.

Es necesario coordinar la gestión de los procesos asistenciales con otras herramientas complementarias, como son, por una parte, la gestión clínica que pone las bases, de un modelo de gestión de los servicios de salud, más descentralizado junto con una mayor implicación profesional, en lo que se refiere a una utilización más eficiente de los recursos. Y por otra parte, la gestión por competencias, que permite caracterizar los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para realizar una práctica clínica de calidad, posibilitando el diseño de una adecuada ruta de desarrollo profesional.

Este enfoque permite introducir cambios en las organizaciones o, lo que es aún más importante, actitudes nuevas en los profesionales que ayuden a propiciar los cambios que se necesita acometer para superar los desafíos que hoy tienen los sistemas sanitarios públicos.

Cuadro 6.21. VENTAJAS ESTRATÉGICAS DE LA DIRECCIÓN POR PROCESOS EN UN CENTRO SANITARIO

- Estructuración del hospital sobre la base de procesos orientados a los clientes
- Estructuración de los centros de salud como áreas clínicas integradas
- Formación de grupos interdisciplinarios trabajando sobre procesos de manera que el cliente interactúe con menos profesionales.
- Obtener las mejores prácticas clínicas, integrando la medicina basada en la evidencia con los planes de cuidados estandarizados.
- Continuidad de la atención en los distintos niveles asistenciales.
- Potenciar el papel de los clientes y familiares como coproductor del servicio.
- Utilizar tecnologías de la información para eliminar actividades que no añaden valor.
- Simplificación de los procedimientos existentes.
- Situar los servicios de soporte cerca de los clientes.
- Mejorar los conocimientos y habilidades de los profesionales.
- Elaborar la documentación clínica y administrativa de forma más eficiente.
- Integración con la gestión clínica.
- Obliga a alinear los sistemas de información con los procesos.

6.13. BIBLIOGRAFÍA

- ALCALDE-ESCRIBANO J, RU ÍZ-LÓPEZ P, VALIÑO-FERNÁNDEZ C, SE RRANO-DEL MORAL A, ABAD-BARAHONAA, MORALES-GUTIÉRREZ C, *et al.* Resultados de la vía clínica para el tratamiento quirúrgico del cáncer colorrectal. *Rev Calidad Asistencial.* 2003; 18(6): 342-68.
- ALTAMORE G, ÁLVAREZ FR, LORENZO S. Implantación de un sistema de gestión integrada de procesos en la Fundación Hospital Alcorcón. *Rev Calidad Asistencial.* 1999; 14: 307-11.
- ARCELAY A. Gestión de procesos. *Rev Calidad Asistencial.* 1999; 14: 245-6.
- AUDICANA A, LETONA J, PÉREZ MJ, SAN MARTÍN A, SÁNCHEZ E. Guía de implantación de un sistema de gestión por procesos basado en la norma ISO 9001: 2000. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza/S.V.S. Organización Central; 2004.
- BEGUIRISTAIN JM, ARRAZOLA A, ELIZALDE B, ALKIZA ME. Singulizar procesos: una propuesta de continuidad entre la actividad clínica y los objetivos de salud de las políticas sanitarias. *Gac Sanit.* 2005; 19(1): 68-71.
- BERENGUER J, ESTEVE M, VERDAGUER A. La disminución de la variabilidad en la práctica asistencial: del marco teórico conceptual a la implementación. *Rev Calidad Asistencial.* 2004; 19(4): 213-5.
- BERRAONDO I, PAINO M, DARPON J. Gestión por procesos en atención primaria. Experiencia en Osakidetza/Servicio Vasco de Salud. *Cuadernos de Gestión.* 2004; 10(4): 205-13.
- BURGOS R. El clínico ante la gestión clínica. Variabilidad en la práctica médica. *Rev Esp Reumatol.* 2002; 1(2): 41-3.
- CAMPBELL H, HOTCHKISS R, BRADSHAW N. Integrated care pathways. *BMJ.* 1998; 316: 133-7.
- CARBONELL JM, SUÑOL R, COLOMÉS L, NUALART L, GUIX J, HERNÁNDEZ R. Plan de atención integrada del Grup SAGESSA: una apuesta por la coordinación interniveles a partir del consenso y de la medicina basada en la evidencia. *Rev Calidad Asistencial.* 1999; 14: 321-6.
- CARRASCO G, FERRER J. Las vías clínicas basadas en la evidencia como estrategia para la mejora de la calidad: metodología, ventajas y limitaciones. *Rev Calidad Asistencial.* 2001; 16(3): 199-207.
- CATTAN M, IDR ISSI N, KNOCKAERT P. Maîtriser les processus de l'entreprise. Guide opérationnel (3^e édition.). Paris: Editions d'Organisation; 2001.
- CLEMENTE P, CAPDEVILA MC, PAVON A, *et al.* Protocolización del proceso clínico: embarazo-parto-puerperio normal. *Rev Calidad Asistencial.* 1998; 13: 296-7.
- CLEMENTE P, FORTUNY B. El área clínica materno-infantil como empresa de servicio del Pius Hospital de Valls. En: Libro de Ponencias. IV Jornadas de Gestión y Evaluación de costes sanitarios. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.
- CLEMENTE PA, FORTUNY B, TORT-MARTORELL X. Modelo de excelencia de la EFQM aplicado al ámbito sanitario. Aplicación práctica. Volumen 1. Barcelona: Faura & Casas Editorial; 2003.
- CLEMENTE PA, FORTUNY B, TORT-MARTORELL X. Modelo de excelencia de la EFQM aplicado al ámbito sanitario. Aplicación práctica. Solución al caso del Hospital de la Vall de Clou. Volumen 2. Barcelona: Faura & Casas Editorial; 2003.
- COFFE Y RJ. An introduction to critical paths. En: O'GRAHAM N, ED. *Quality in Health Care.* Gauthersburg: Aspen Publishers; 1995.
- CONSEJERÍA DE SALUD. Guía de Diseño y Mejora continua de Procesos Asistenciales. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía. 2001 (disponible en: [http:// www.juntadeandalucia.es/salud/principal/documentos.asp?pagina = acceso_procesos](http://www.juntadeandalucia.es/salud/principal/documentos.asp?pagina = acceso_procesos)).
- DANIEL J, PASCUAL I, ESPELT P, GRIFOLL J, BASORA J, POUS A. Gestión por procesos en un equipo de atención primaria. *Rev Calidad Asistencial.* 1999; 14: 247-54.
- DAVENPORT TH. Innovación de procesos. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A.; 1996.

- DE DIOS R, FRANCO A, CHAMORRO L, NAVAS A, GARCÍA J. Vías clínicas en atención primaria. *Atención Primaria*. 2001; 28(1): 69-73.
- DE LUCAS P, DE MIGUEL J, LÓPEZ S, RODRÍGUEZ JM. EPOC: normativas, guías, vías clínicas. *Arch Bronconeumol*. 2004; 40 Supl 1: 9-15.
- DEL LLANO J, MARTÍNEZ-CANTARERO JF, GOL J, RAIGADA F. Análisis cualitativo de las innovaciones organizativas en hospitales públicos españoles. *Gac Sanit*. 2002; 16(5): 408-16.
- DEL LLANO J, MENEU R. Asistencia sanitaria basada en 1ª evidencia. *Med Clin (Barc)*. 1999; 112 (Supl 1): 90-8.
- DÍAZ G, PEIRÓ E. Guía para la representación de los procesos de un hospital. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza/Servicio Vasco de Salud. Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco; 2003.
- DOMINIQUE F. Aportación de la enfermería en el desarrollo, implantación y evaluación de una vía clínica. *Revista de Administración Sanitaria*. 2001; V(17): 127-40.
- ELLIS BW, JOHNSON S. A clinical view of pathways of care in disease management. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 1997; 10(2): 61-6.
- ESTEVE M, MARBÀ L, ZALDÍVAR C, VERDAGUER A, SERRA-PRAT M, BERENGUER J. Evaluación de la puesta en marcha de 54 trayectorias clínicas en el Hospital de Mataró. *Rev Calidad Asistencial*. 2001; 16 (8):722-8.
- ESTEVE N, MORALES R, CASAS I, GARCÉS MJ, SANSANO C. Controversias de las vías clínicas quirúrgicas. Propuesta de selección de puntos clave e indicadores de calidad y eficiencia. *Todo Hospital*. 2002; 183: 44-60.
- EUSKALIT. Gestión y Mejora de Procesos. Euskalit, Fundación Vasca para la Calidad. Disponible en: <http://euskalit.net/erdaraz/gestionprocesos.php>
- FERNÁNDEZ I, FERNÁNDEZ E, SANZ R. Gestión por procesos asistenciales: aplicación a un sistema sanitario público. *Cuadernos de Gestión*. 2003; 9(1): 19-37.
- FOJON S, JORGE S, CUENCA JJ, HERMIDA LF, PANIAGUA MJ, CRESPO MG *et al*. El trasplante cardíaco como modelo de gestión por procesos. *Rev Calidad Asistencial*. 1999; 14: 288-95.
- FORTUNY B. Disseny, aplicació i avaluació d'un model de Gestió Hospitalària de Qualitat Total (GESHQUAT) (tesis doctoral). Barcelona: Universitat Politècnica de Catalunya; 2002 (disponible en <http://www.tdx.cbuc.es/TDX-0113103-100123/index.html>)
- FORTUNY B. El camino hacia la Excelencia del Pius Hospital de Valls. *Excelencia*. 2001; 31: 62-6.
- FORTUNY B. La dirección por procesos en un centro hospitalario: Gestión del proceso asistencial. En: Junta de Castilla y León. *La calidad en las Administraciones Públicas: un reto para el siglo XXI*. Valladolid: Consejería de Presidencia y Administración Territorial; 2001.
- FORTUNY B, PONSÀ, CLEMENTE P, PARIS J, GATELL T, PERICH N. Gestión de calidad total en el Pius Hospital de Valls. Dirección por procesos, mejora permanente y gestión clínica (1ª parte) *Todo Hospital*. 2001; 173: 35-47.
- FORTUNY B, PONSÀ, CLEMENTE P, PARIS J, GATELL T, PERICH N. Gestión de calidad total en el Pius Hospital de Valls. Dirección por procesos, mejora permanente y gestión clínica (2ª parte). *Todo Hospital*. 2001; 174: 127-37.
- GALÍ J, PUIG C, HERNÁNDEZJ, CARRASCO G, ROSELL G, SÁNCHEZ B. ¿Disminuye la variabilidad entre profesionales con la aplicación de protocolos? Resultados en el proceso asistencial de la fractura de cadera. *Rev Calidad Asistencial*. 1999; 14: 296-306.
- GARCÍA F, TOMÁS M. ¿Debemos implicarnos en el desarrollo de vías clínicas? *Rehabilitación (Madrid)*. 2002; 36(2): 65-6.
- GARCÍA J. Las vías clínicas: un método para la mejora de la calidad en el hospital. En: ARANAZ JM, VITALLER J. (dirección y coordinación). *La calidad: Un objetivo de la asistencia, una necesidad de la gestión sanitaria*. Valencia: Escuela Valenciana de Estudios para la Salud; 2001.
- GARCÍA M. Desde la gestión de recursos hacia la gestión de resultados. *Rev Adm Sanit*. 2005; 3(1): 99-110.

- GARCÍA-CUBILLO MA, CABRERA-CASTILLO MJ, MARTÍNEZ-TAPIAS J, MORALES-TORRES JL, BERMEJO-PÉREZ MJ, MARTÍNEZ A et al. Procesos asistenciales integrados: modelo de evaluación y algunos resultados. *Rev Calidad Asistencial*. 2006; 21(2): 87-100.
- GÓNZALEZ I. Gestión por procesos en Radiología. *Todo Hospital*. 2007; 237: 324-33.
- GONZÁLEZ RM, RUÍZ DE OCENDA MJ, AGUIRRE R, ARRIBAS FJ, BASURKO R, FERNÁNDEZ F et al. La aplicación del proceso de enfermería: una realidad en una organización de servicios sanitarios. *Gestión Hospitalaria*. 2003; 14(2): 38-47.
- GRACIA-SAN ROMÁN FJ, VALENCIA-MARTÍN R, MONTEAGUDO PIQUERAS O, ALONSO-VIGIL P, DÍEZ-SEBASTIÁN J, GARCÍA-CABALLERO J, et al. Monitorización de la calidad percibida tras la implantación de una vía clínica. *Rev Calidad Asistencial*. 2004; 19(2): 75-82.
- GRIFFIN M. Critical pathways produce tangible results. *Health care Strategic Management*. 1994; 12: 17-23.
- HARRINGTON HJ, HARRINGTON JS. Business process improvement. The breakthrough strategy for Total Quality Productivity, and Competitiveness. New York: McGraw-Hill Inc.; 1991.
- KEEN PGV. The process edge. Creating value where it counts. Boston: Harvard Business School Press; 1997.
- LÓPEZ-GASTÓN JI, SÁNCHEZ-MARÍN B, MARTA J, ALARCIA-ALEJOS R, OLIVÁN-USIETO LA, ARTAL-ROY J, et al. Aplicación de una vía clínica para el tratamiento del accidente isquémico transitorio: estrategias de implantación y evaluación a los dos años. *Rev Neurol*. 2007; 44(12): 715-9.
- LÓPEZ-MIRANDA J, BARRIOS L, FUENTES F, LÓPEZ L, PÉREZ-JIMÉNEZ F. La enseñanza de la patología médica, basada en procesos asistenciales, mejora el aprendizaje de los estudiantes de medicina. *Educación Médica*. 2002; 5(4): 172-7.
- LOSA JE. Utilidad de la gestión de procesos desde el punto de vista clínico. *Rev Calidad Asistencial*. 2001; 16(5): 300-2.
- LUQUE A, SANTOS A, RODRÍGUEZ JM, LÓPEZ D, BARTUAL E, CAMACHO JM, et al. Dirección por procesos mediante la aplicación de un sistema de indicadores basado en el modelo EFQM. *Todo Hospital*. 2004; 205: 176-81.
- MARÍN I, NAVARRO A. Las vías clínicas. Su papel en la implantación de mejoras en la calidad asistencial. *Rev Calidad Asistencial*. 2007; 22(3): 103-5.
- MARION J, PEIRO S, MARQUEZ S, MENEU R. Variaciones en la práctica médica: importancia, causas e implicaciones *Med Clin (Barc)*. 1998; 110: 382-90.
- MARRIE TJ, LAU CY, WHEELER SL, WONG CJ, VANDERVOORT MK, FEAGAN BG. A controlled trial of a critical pathway for treatment of community-acquired pneumonia. *JAMA*. 2000; 283(6): 749-55.
- MEMBRADO MARTÍNEZ J. Obstáculos y elementos facilitadores para la implantación de la Gestión por Procesos en Instituciones Sanitarias. *Rev Calidad Asistencial*. 2002; 17(7): 412-4.
- MONRAS P. Alternatives dins de la gestió sanitària: de la gestió d'estructures a la gestió integrada dels processos assistencials. *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari*. 1994; 22: 17-9.
- MORACHO O. Gestión por procesos en el Hospital de Zumárraga y Modelo Europeo Excelencia: gestión y evolución de la mejora continua. *Rev Calidad Asistencial*. 2000; 15: 142-50.
- MORACHO O, COLINA A, AMONDARAIN MA, AGUIRRE L, RUÍZ E, SALGADO MV. Utilidad de la gestión por procesos para la mejora de la calidad y resultados en un hospital. *Rev Calidad Asistencial*. 2001; 16(7): 492-501.
- OSAKIDETZA. Gestión del proceso asistencial hospitalario. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 1996.
- OSAKIDETZA. Guía de gestión por procesos e ISO 9001: 2000 en las organizaciones sanitarias. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza; 2004.
- PEARSON SD, GOULART-FISHER D, LEE TH. Critical pathway as a strategy for improving care: problems and potential. *Ann Intern Med*. 1995; 123: 941-8.

- PEIRÓ S. Limitaciones y autolimitaciones de la medicina basada en la evidencia para la práctica clínica y la atención sanitaria. *Med Clin (Barc)*. 2002; 118 Suppl 3: 49-56.
- PÉREZ-FERNÁNDEZ JA. Gestión de la calidad orientada a los procesos. Madrid: ESIC ediciones; 1999.
- PLSEK PE. Systematic design of healthcare processes. *Quality in Health Care*. 1997; 6: 40-8.
- RILEY JF. Gestión de los procesos. En: JURAN JM, GODFREY AB. Manual de calidad. 5ª edición. vol. 1. Madrid: Mc Graw-Hill/Interamericana de España, S.A.U.; 2001.
- RODRÍGUEZ A. Qué se puede hacer para mejorar la calidad del proceso asistencial. Una perspectiva desde Atención Primaria. *Rev Adm Sanit*. 2006; 4(2): 251-70.
- ROURE J, MOÑINO M, RODRIGUEZ-BADAL MA. La gestión por procesos. Biblioteca IESE de gestión de empresas. Barcelona: Editorial Folio; 1997.
- RUÍZ P, ALCALDE J, FERRÁNDIZ J. El diseño de la calidad: la gestión de vías clínicas en el contexto de planes de calidad. *Jano*. 2004; LXVI(1520): 75-80.
- RUÍZ R, RODRÍGUEZ MA, ELIPE P. Nuevas estrategias de mejora de la calidad: la gestión por procesos integrados. *Jano*. 2003; LXV(1489): 58-65.
- SÁNCHEZ E (dirección y coordinación). Guía para la gestión de procesos. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza. Organización Central. Dirección de Asistencia Sanitaria; 1999.
- SANTIÑÁ M, SEGUR JM, BORI G, BAÑOS MI, PASCUAL MT, PRAT A. Mejora del acceso a la artroplastia total de rodilla: experiencia de una unidad monográfica. *Rev Calidad Asistencial*. 2007; 22(4): 180-3.
- SORIA V, PELLICER E, FLORES B, LEAL J, ABAD E, CANDEL ME, *et al*. Vía clínica de la colecistectomía laparoscópica asociada a un plan de cuidados de enfermería. *Rev Calidad Asistencial*. 2003; 18(8): 659-69.
- TORRES A. Desarrollo de los procesos asistenciales integrados en Andalucía. *Cuadernos de Gestión*. 2003; 9(3): 127-34.
- VIANA A, FERNÁNDEZ J, SÁINZ A. Descripción y evaluación de las vías clínicas en una red de hospitales públicos. *Rev Calidad Asistencial*. 2002; 17(5): 267-72.
- YOUNG T, BRAILSFORD S, CONNELL C, DAVIES R, HARPER P, KLEIN JH. Using industrial processes to improve patient care. *BMJ*. 2004; 328: 162-4.
- ZAVALA E, LARRAZ JJ, FERNÁNDEZ MR, AZNAR MA, ARTEAGOITIA ML, MÚGICA C, *et al*. Proceso asistencial del parto eutócico. *Rev Calidad Asistencial*. 1999; 14: 279-87.

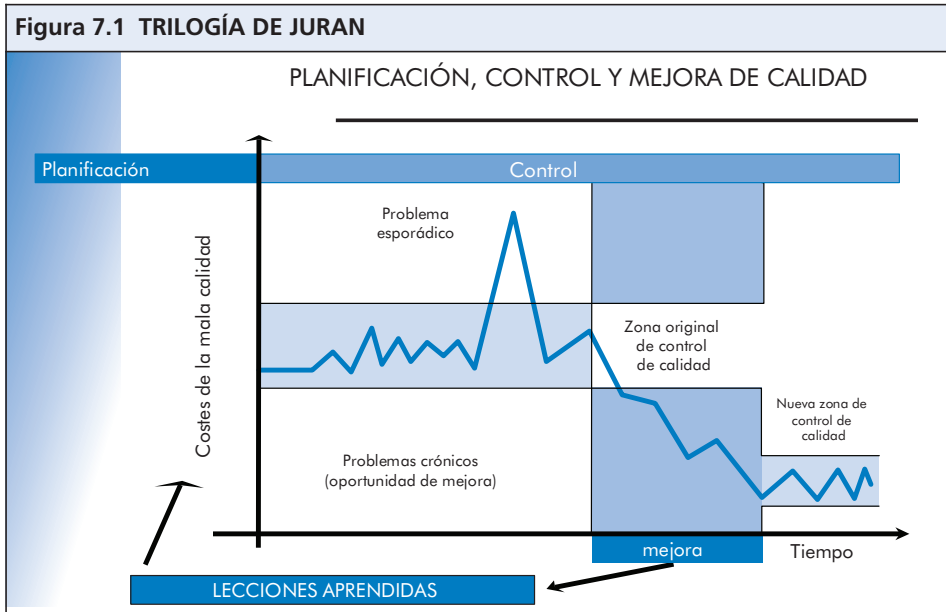
CAPÍTULO 7.

MEJORA PERMANENTE DE LOS PROCESOS

7.1. MEJORA PERMANENTE DE LOS PROCESOS

El análisis de los procesos, con la finalidad de lograr la mejora permanente de los servicios ofrecidos por un centro sanitario, tiene como propósito la satisfacción de los clientes externos, saciando, así, sus expectativas, pero también, las del cliente interno. Pues, no se pueden satisfacer las necesidades de los clientes externos, sino se logran previamente las del interno. Ahora bien, no se debe obviar, la importancia de la eficiencia económica, ya que, se ha demostrado que los costes de implementar programas de mejora, son muy inferiores a los ahorros que proporcionan. Por lo tanto, los objetivos de un programa de mejora permanente de los procesos, tiene que ser lograr los cero defectos, haciendo las cosas bien a la primera. Sabiendo que para mejorar, es necesario estar dispuesto a cambiar, traducir de manera efectiva las decisiones estratégicas en operativas, mejorará la capacidad de funcionar de los centros sanitarios.

Como se ha expuesto en capítulos anteriores, dentro del campo de la Gestión de Calidad Total y de la Excelencia, se ha incorporado la trilogía de Juran (véase Figura 7.1),



como forma universal de pensar en la calidad de los procesos, abarcando todas las funciones y niveles de la organización. Así, se habla, de la planificación, del control y de la mejora de la calidad de los procesos. Fundamentando su labor, en el trabajo de los miembros de los grupos de mejora. Juran propone impulsar la mejora continua de la calidad repitiendo este proceso constantemente como si se tratara de un ciclo. Para ello destaca la necesidad de un liderazgo y de un compromiso de la dirección, que fomente la orientación de los colaboradores, hacia los objetivos de calidad. En el Cuadro 7.1 se exponen los aspectos más importantes de esta trilogía.

Entendiendo como **MEJORA**, aquel hito de alcanzar un nuevo nivel de calidad, superior a cualquier nivel previo. La mejora puede incidir sobre problemas estructurales o crónicos, de la organización. Se consideran tres metodologías de mejora: continua, radical y benchmarking. Existiendo una serie de herramientas, para alcanzar de manera estructurada la mejora deseada. En el Cuadro 7.2, se exponen los criterios de selección de un proceso, para incorporarlo a un proyecto de mejora.

Cuadro 7.1. ASPECTOS RELEVANTES DE LA TRILOGÍA DE JURAN

Planificación de la calidad
<ul style="list-style-type: none"> > Determinar los clientes. > Determinar las necesidades de los clientes. > Desarrollar servicios para los clientes. > Desarrollar procesos para producir los servicios.
Control de calidad
<ul style="list-style-type: none"> > Evaluar el desempeño profesional. > Comparar el desempeño con los objetivos. > Actuar sobre las diferencias. > Mejora de la calidad.
Establecer la infraestructura
<ul style="list-style-type: none"> > Identificar las necesidades para los proyectos de mejora. > Establecer los equipos multidisciplinares con recursos, motivación y formación.

Cuadro 7.2. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE UN PROCESO EN PROYECTOS DE MEJORA DE CALIDAD

Problemas
<ul style="list-style-type: none"> > Impacto económico de los problemas (costes de calidad). > Cronicidad de los problemas. > Número de departamentos involucrados. > Impacto en los clientes internos y externos.
Soluciones
<ul style="list-style-type: none"> > Según facilidad de implantación. > Rapidez de implantación. > Coste del plan de mejora. > Visibilidad de los resultados obtenidos. > Probabilidad de éxito y de efecto demostración.

La actitud de mejora debe ser una constante por parte del equipo directivo y, tiene que ser transmitida a todas las personas que trabajan en un centro sanitario. La mejora de los procesos debe enfocarse a: satisfacción del cliente, reducción de costes, y cero defectos. Para ello, es necesaria la participación activa de todo el equipo directivo, que las actividades no sean voluntaristas, sino que formen parte de la actividad laboral y, el diseño del programa de mejora (véase capítulo de planificación estratégica) tenga un marcado carácter participativo. Las enseñanzas aprendidas de gestionar, proyectos de mejora de los procesos, se relacionan en el Cuadro 7.3.

Cuadro 7.3. ENSEÑANZAS OBTENIDAS DE LA APLICACIÓN DE PLANES DE MEJORA DE PROCESOS

- Para abordar proyectos de mejora, previamente se debe establecer el nivel de la calidad del proceso.
- El Papel de liderazgo de la Dirección, es crítico para el éxito del proyecto.
- Es ideal, que los proyectos estén integrados dentro del marco, de un proyecto integral de planificación estratégica.
- La organización del proyecto de mejora debe de estar estructurada.
- Considerar siempre el problema de la resistencia.
- Se debe trabajar sobre procesos.
- La formación a todos los niveles, general sobre los conceptos y filosofía de la Excelencia y, específica sobre procesos y su mejora, es fundamental.

Cuando se desea una mejora continua (Kaizen en japonés) se aplica el ciclo PDCA (Figura 7.2), tal es el caso de la elaboración de las vías clínicas, o bien el método Six-Sigma. Si la mejora debe ser radical, se utiliza la Reingeniería (Figura 7.4), como es la modificación de una estructura organizativa clásica divisional, en una nueva horizontal y descentralizada en Áreas de Gestión. Si lo que se pretende es aprender de las mejoras prácticas de los demás, se utilizará el Benchmarking (Figura 7.5), el cual es muy utilizado en el sector sanitario, tanto en el ámbito científico, como a nivel de gestión (publicaciones científicas y técnicas, congresos, estancias de formación en otros centros). Como, dijo Albert Einstein: *“los problemas no pueden ser resueltos con la misma mentalidad con la que fueron planteados”*.

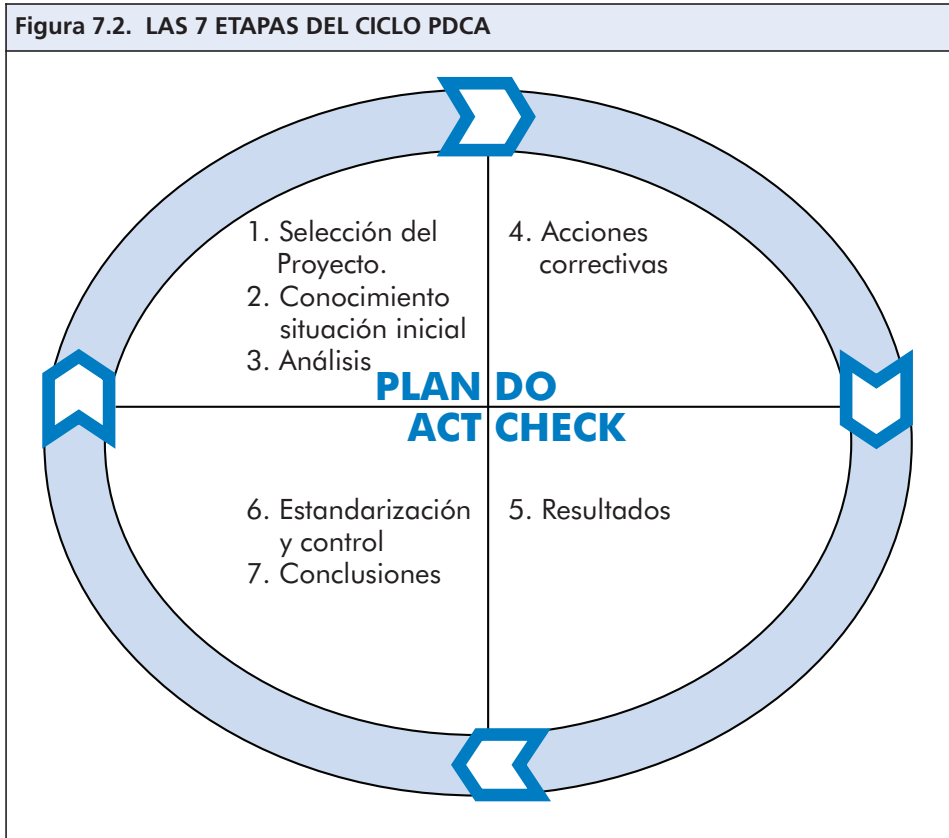
7.2. EL CICLO DE MEJORA CONTINUA PDCA

Esta metodología asegura que se ataquen las causas desde su raíz, proporcionando, el camino más corto y más seguro para la resolución del problema o la consecución de la mejora pretendida. Aporta, en definitiva, un camino eficaz para erradicar los costes de la no calidad o costes evitables, y permite obtener los objetivos de la Institución. Este método aporta su máxima eficacia cuando se consigue un amplio desarrollo en toda la institución. A la vez que, ayuda en procesos de mejora interáreas a desarrollar el concepto de cliente-proveedor interno, contribuyendo a generar una sinergia interáreas en beneficio de la satisfacción del cliente externo. She-

whart y posteriormente Deming, definieron la mejora continua como un ciclo de cuatro fases, denominado PDCA: Plan-Do-Check-Act, el cuál se expone en la Figura 7.2. Este ciclo también se denomina de la rueda continua, por la circularidad de sus acciones.

Asimismo, es una metodología que permite la participación de los colaboradores en los procesos de transformación de las organizaciones. Además predispone y desarrolla las actitudes y habilidades necesarias por poder contribuir activamente en el proceso de mejora continua. En el Cuadro 7.4 se resumen las 4 etapas y sus 7 fases correspondientes.

La mejora continua de todas las actividades que componen un proceso, es una pieza básica de la Excelencia, pero en el complejo y cambiante entorno que se vive en la actualidad, es insuficiente para mantener la competitividad de las organizaciones sanitarias. Por todo ello, no sólo hay que hacer cada vez las cosas mejor y, que lo aprendido en la mejora por una parte de la organización, se transforme en aprendizaje de toda la organización, sino que es necesario buscar la creatividad y, la innovación a la hora de servir a los clientes de los centros sanitarios, para conseguir su satisfacción y fidelidad. En el Cuadro 7.5, se exponen los factores determinantes para el éxito de los proyectos PDCA.



Cuadro 7.4. ETAPAS DEL CICLO PDCA

Plan: Desarrollar objetivos y planes de implementación.

- Selección del proyecto.
- Conocimiento de la situación inicial.
- Análisis.

DO: Ejecutar los planes para lograr los objetivos y recoger datos para evaluar los resultados, es decir, implementar lo decidido en la fase anterior.

- Acciones correctivas.

CHECK: es verificar los resultados, comparándolos con los objetivos marcados.

- Resultados.

ACT: Actuar para eliminar las causas insatisfactorias e institucionalizar los rendimientos óptimos, así como volver a planificar acciones sobre resultados indeseables todavía existentes. Significa comparar los resultados obtenidos con los esperados, analizando las causas de las desviaciones.

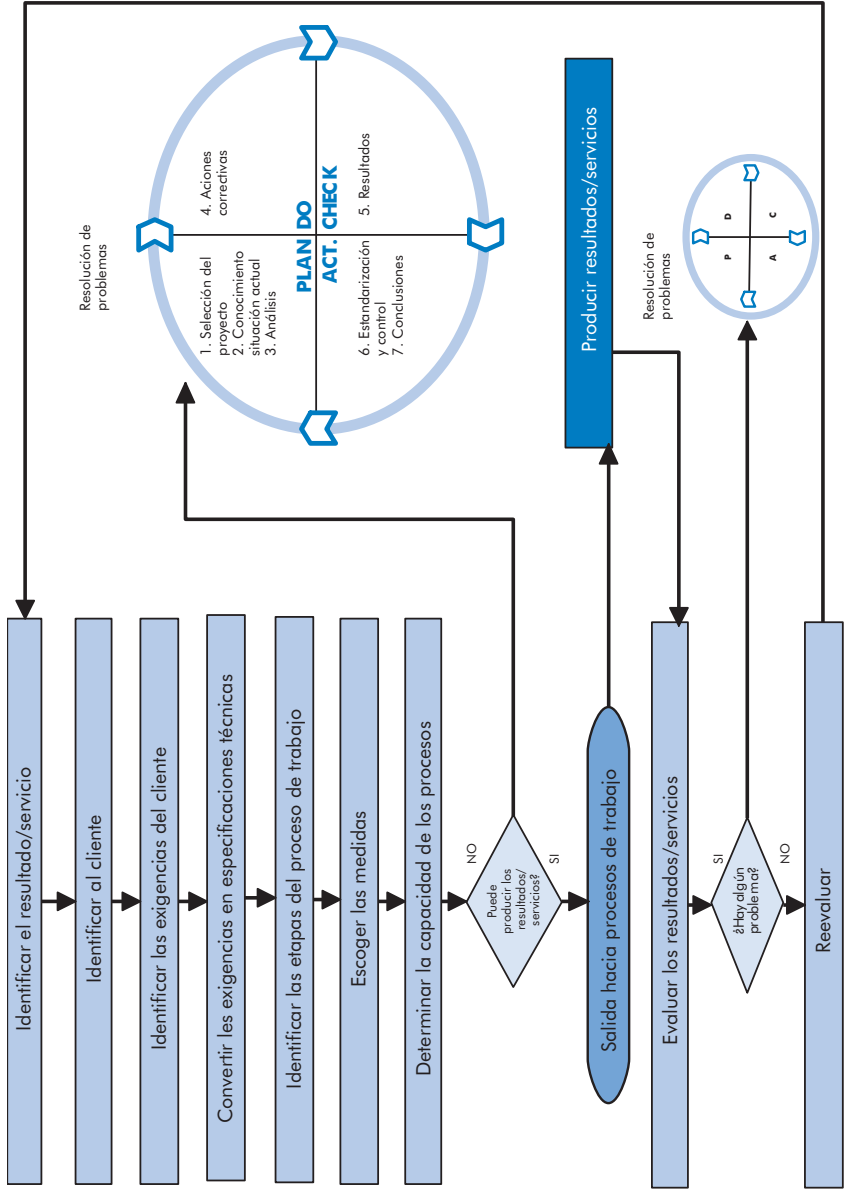
- Estandarización y control de los resultados.
- Conclusiones y planes futuros.

Cuadro 7.5. FACTORES PARA EL ÉXITO DE LOS PROYECTOS PDCA

- Se han de iniciar de arriba-abajo.
- Los miembros del equipo de dirección tienen que ser los primeros al recibir formación.
- Los primeros proyectos de mejora tienen que ser seleccionados e impulsados por la dirección y, tienen que buscar la mejora de áreas críticas, previendo resultados positivos a corto plazo.
- Mantener permanentemente proyectos de mejora relacionados con objetivos de rotura o con procesos fundamentales críticos.
- Fomentar la generación de proyectos por parte de todos los colaboradores, pero siempre con autorización, apoyo y conocimiento de sus responsables. Estos proyectos han de estar bien formulados, con objetivos específicos y con un calendario de datos por etapa.
- Disponer de un amplio calendario de formación, dando prioridad a los miembros de los equipos con proyectos en marcha o de previsible iniciación a corto plazo.
- Debe existir una constante visibilidad y reconocimiento por parte de la alta dirección, de las actividades de mejora y de los logros alcanzados.

En la Figura 7.3 se puede observar los distintos pasos que una organización debe seguir para implementar el ciclo de mejora PDCA. El ciclo de Deming no es ni más ni menos, que aplicar la lógica y hacer las cosas de forma ordenada y correcta. El ciclo PDCA consigue implementar de una forma sistemática y, mediante la utilización de las herramientas adecuadas, la prevención y resolución de problemas. Es un proceso que se repite una vez que termina, volviendo a empezar el ciclo y, formando una espiral, el de la mejora continua.

Figura 7.3. ESQUEMA DE LA APLICACIÓN DE LA MEJORA CONTINUA



7.3. EL PROGRAMA DE MEJORA SIX SIGMA

En 1984 el ingeniero Hill Smith, de Motorola, hizo un estudio correlacionando los problemas que habían tenido los circuitos impresos en la fábrica y su rendimiento en casa del cliente. A partir de los resultados obtenidos, los directivos se convencieron de que la manera de mejorar la satisfacción de los clientes y, a la vez, reducir costes, era mediante la mejora continua de los procesos productivos. Sobre todo, a base de reducir variabilidad y mejorar el diseño de los procesos. El programa se denominó Six Sigma, pues su objetivo era que la desviación tipo del proceso, estuviera doce veces (seis por cada lado del valor objetivo) dentro de las tolerancias. En 1989 Motorola ganó el premio Malcolm Baldrige y, como consecuencia, el programa se difundió rápidamente en las empresas más innovadoras, tanto industriales como de servicios.

La idea del programa es conseguir que las características críticas de calidad, que son aquellas que tienen un elevado impacto en el coste o, en la satisfacción del cliente, de todos los procesos importantes, tengan como máximo 3.4 defectos por millón de oportunidades (DPMO). Considerándose que una oportunidad de defecto es cualquier cosa que obstaculiza o perjudica un proceso, un producto o un servicio. Six Sigma es fundamentalmente un programa de mejora que ha tenido el soporte de la dirección, en las empresas más de vanguardia y, consecuentemente su éxito ha provocado que se convierta en una parte importante del sistema de gestión. Evidentemente, cada organización ha adaptado el programa a su cultura y a sus circunstancias específicas. En el Cuadro 7.6, se presentan las cinco características comunes de todas las organizaciones, en las que el programa Six Sigma está funcionando con éxito.

Cuadro 7.6. CARACTERÍSTICAS COMUNES DE LOS PROGRAMAS SIX SIGMA

Organización de soporte al programa: Involucración de la alta dirección y, un Director del proyecto (master black belt).

- Fijar los objetivos estratégicos.
- Crear la infraestructura y proporcionar medios, definir responsabilidades, formación, facilitadores (master black belt, black belt y green belt), reconocimientos.
- Seleccionar proyectos y equipos.
- Coordinación y seguimiento del programa.

Involucración y compromiso a todos los niveles de la organización.

Centrarse en lo importante.

- La calidad vista desde la óptica de la satisfacción del cliente.
- Los costes.
- Los tiempos del proceso y plazos de ejecución (entrega).
- El aprendizaje.

Medir y reducir la variabilidad: Las mejoras se basan en encontrar la relación entre las variables controlables del proceso (X) y los resultados deseados (Y).

- $Y=f(X)$

(Continúa)

Cuadro 7.6. CARACTERÍSTICAS COMUNES DE LOS PROGRAMAS SIX SIGMA (Cont)

Metodología y herramientas: Six Sigma es un método disciplinado de utilizar de forma extraordinariamente rigurosa, la recogida de datos y el análisis estadístico, para encontrar las fuentes de errores y la forma de eliminarlos.

- Fases de identificación, caracterización, optimización e institucionalización.
- Las 7 herramientas básicas de mejora, SPC, QFD, AMFE, análisis de varianza, regresión, entre otras.

Para el profesor Xavier Tort-Martorell, el Programa Six Sigma es algo más que una moda pasajera. Es una segunda oportunidad de poner en marcha una actividad de mejora y, que en esta ocasión, aprovechando la experiencia y las novedades, funcione. Es también, un excelente complemento y, una manera de ampliar el alcance de actividades de mejora, que ya están funcionando. Y, finalmente, una forma de movilizar otra vez a la organización, después de haber caído en un período de relajación, como por ejemplo, después de pasar la auditoria de la ISO.

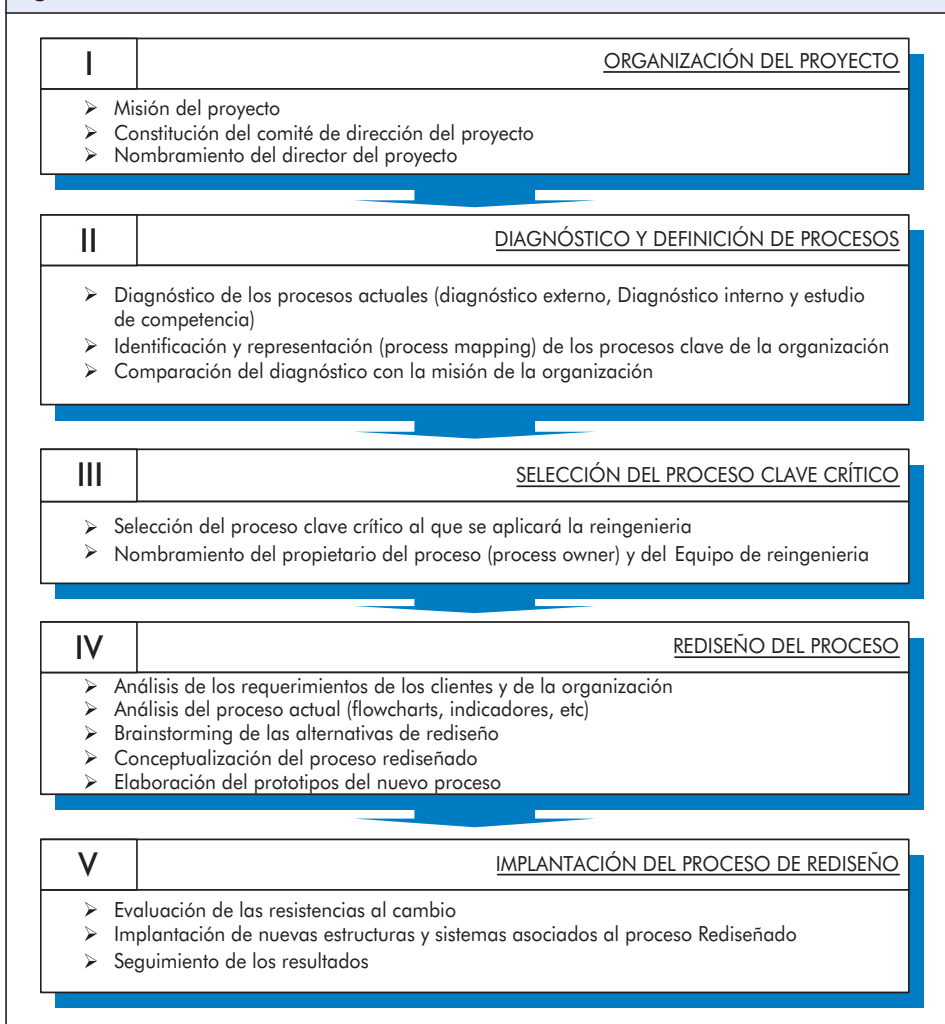
7.4. MEJORA RADICAL

La reingeniería o rediseño de procesos es una metodología de mejora que se distingue de la metodología PDCA por la noción de rediseño. Es decir, por cuestionar todos los aspectos de un proceso, como sus outputs, estructura, tareas, tecnología, recursos, e incluso, sus propósitos. Consecuentemente, el nuevo proceso y, por lo tanto su rendimiento serán radicalmente diferentes. También se la conoce como Business Process Reingeniering (BPR) y consiste en la revisión total y el consecuente rediseño profundo de los procesos de la organización, para lograr mejoras espectaculares en aspectos importantes, como los costes, la calidad, el servicio y, el tiempo.

Supone prescindir de los procesos actuales y preguntarse: «¿Qué haría si empezara de nuevo y deseara obtener ciertos objetivos de coste, rapidez, fiabilidad, etc.? Ello, implica la búsqueda de nuevas formas de obtener resultados y, no oportunidades para la mejora de los procesos actuales. Persigue una mejora en los resultados de la organización, no de los procesos. No consiste en informatizar los procesos actuales, ni tampoco racionalizar los procesos actuales. La dirección debe tener en cuenta que la reingeniería es una medicina fuerte, que puede no constituir siempre la prescripción correcta. Siempre tiene que iniciarse y liderarse desde la alta dirección de la empresa. La tecnología de la información es el facilitador, no el conductor de la reingeniería. En la Figura 7.4, se exponen las 5 etapas para la implementación de un proyecto de reingeniería.

En las organizaciones existen tres momentos en los que se puede realizar la reingeniería. En la desesperación, pues el proceso está roto y, la competencia va por delante. En la prudencia, hay cambios en el horizonte a los cuales es posible adelantarse. Y, en la ambición, si existen oportunidades para diferenciarse de la competencia y adquirir ventaja competitiva. El BPR siempre debe realizarse alrededor de los resultados deseados, no sobre las tareas existentes. Dado los riesgos y el gran impacto que tiene sobre la organización, un proceso de mejora radical, hace falta considerar los factores de éxito (véase Cuadro 7.7) en el rediseño de procesos.

Figura 7.4. ETAPAS EN LA IMPLANTACIÓN DE UN PROYECTO DE REINGENIERÍA



Cuadro 7.7. FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO UN PROYECTO DE REINGENIERÍA

- Compromiso y patrocinio de la dirección
- Imperativo para la subsistencia
- Equipo adecuado
- Objetivos claros
- Fronteras del proceso bien definidas
- Selección de procesos
- Superar la resistencia al cambio

La reingeniería es una estrategia que se puede aplicar a cualquier situación dentro de una organización. Y, será tan beneficiosa en aquellas empresas que necesitan imperiosamente un cambio para evitar su desaparición, como en aquellas otras, que desean mantener y superar la posición de privilegio que ocupan frente a la competencia. Algunos de los posibles beneficios que se pueden obtener, son los que se exponen en el Cuadro 7.8:

Cuadro 7.8. BENEFICIOS DE LA REINGENIERÍA

- Cambio positivo a procesos más eficientes. Las cosas se hacen como deben hacerse, de forma más ordenada, siguiendo un orden lógico.
- Comportamiento activo de las personas, que aportan ideas y opiniones. Impliéndose en la evolución y mejora de los procesos.
- Reducción de controles y verificaciones en los nuevos procesos.
- Se logra la integración de trabajos, varias tareas se combinan en una sola. La reingeniería es contraria a la división del trabajo.
- Se obtiene una mejor organización del trabajo. De los departamentos funcionales y estructuras jerárquicas, se pasa a equipos de proceso, directivos facilitadores y, estructuras organizativas planas.

7.5. BENCHMARKING

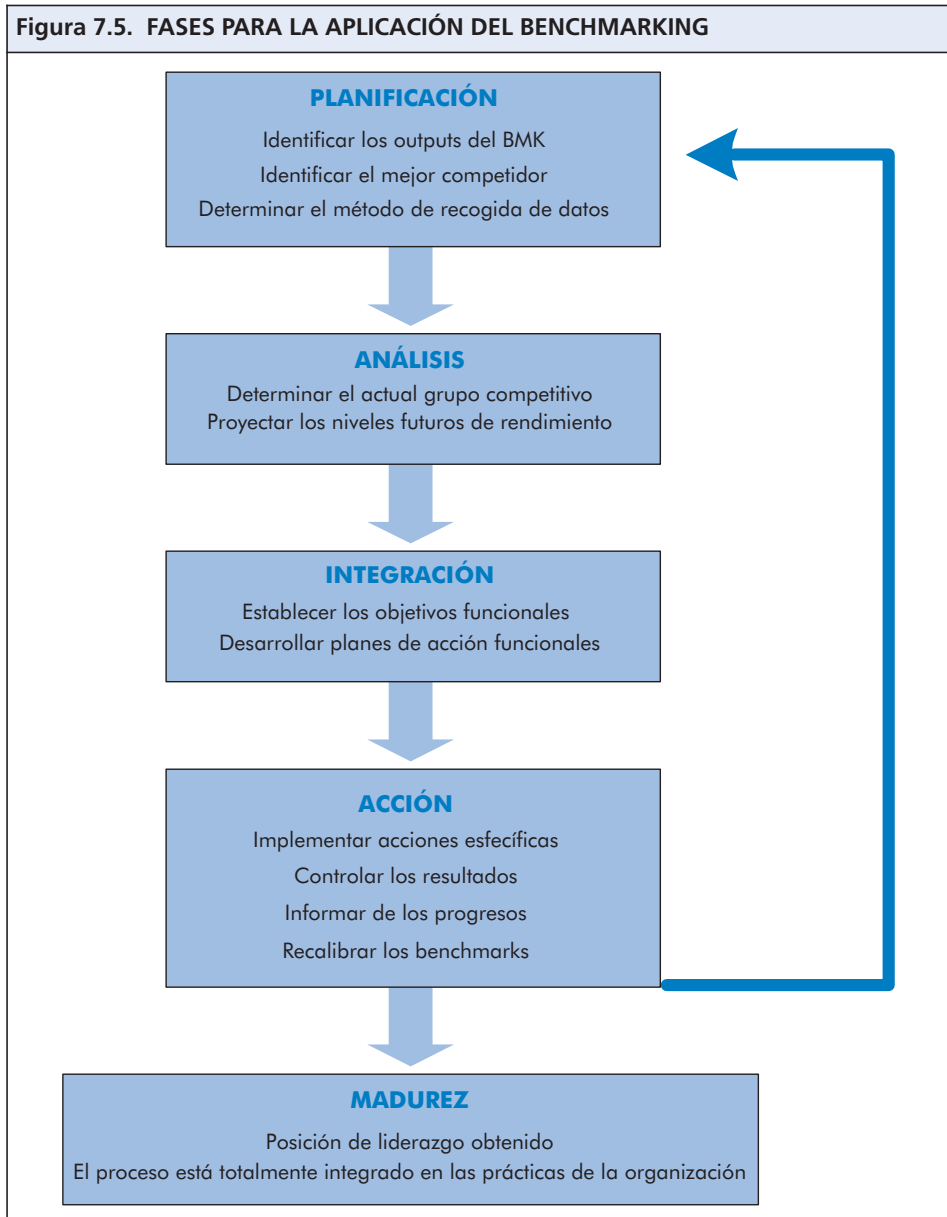
Robert Camp fue pionero en la aplicación y desarrollo del método en Xerox y, posteriormente su principal divulgador. En la introducción de su libro *Benchmarking*, cita a Sun Tzu autor de *“El arte de la guerra”* (500 a.C.) cuando dice: si conoces a tu enemigo y te conoces a ti mismo, no debe preocuparte el resultado de cien batallas. Esta frase, junto con el término japonés Danotsu (que significa ser el mejor entre los mejores), reflejan la filosofía que persigue el benchmarking. Existen cuatro aspectos clave que definen esta filosofía y, rigen su forma de actuación.

- **Conocerse a sí mismo.** Cada organización debe analizar su forma de actuar y, estudiar a fondo todos sus procesos y métodos. El objetivo será descubrir los puntos fuertes y, sobre todo, los puntos débiles. De esta manera se conocerán aquellos aspectos que deberán subsanarse, mediante la comparación, comprensión y aprendizaje, con respecto a las empresas líderes de la competencia.
- **Conocer a la competencia.** Es necesario seleccionar a los hospitales y centros sanitarios, líderes en determinados aspectos o funciones, en los que destaquen por su excelencia, siendo considerados como referencia para el aprendizaje.
- **Aplicar lo aprendido.** Como resultado del aprendizaje realizado, se habrá alcanzado unos niveles de conocimiento que se aplicarán e incorporarán a procesos, prácticas, métodos o, a cualquier otro aspecto susceptible de ser mejorado.
- **Alcanzar la excelencia y liderazgo.** La idea no es llegar a ser tan bueno como el referente. Se debe aspirar a lo máximo, a obtener la superioridad sobre los otros centros sanitarios.

Se entiende como **Mejor Práctica**, aquella actuación de un proceso, que desde los puntos de vista de coste, calidad, flexibilidad y servicio, se considera superior a las de los demás procesos existentes del mismo tipo. Benchmark, es un nivel logrado de excelencia, que constituye un punto de referencia, a efectos de medida y comparación.

En la Figura 7.5 se han esquematizado las diversas fases que debe seguir un centro sanitario, que esté dispuesto a seguir un proceso de benchmarking. Estas etapas se repiten de forma continua en forma de ciclo. Dentro de cada una de ellas, existen di-

Figura 7.5. FASES PARA LA APLICACIÓN DEL BENCHMARKING



ferentes pasos de desarrollo. En el Cuadro 7.9, se exponen los diversos tipos de benchmarking, en función de los objetivos a analizar durante el estudio.

Cuadro 7.9. TIPOS DE BENCHMARKING

- **BENCHMARKING INTERNO:** Compara prácticas operativas en la propia empresa. Por ejemplo, entre áreas descentralizadas de un centro hospitalario. Su gran ventaja es, que los datos están disponibles y no tienen problemas de fiabilidad.
- **BENCHMARKING COMPETITIVO:** Comparaciones entre competidores en relación al producto o función de interés. Su dificultad reside en la confidencialidad, pero este problema es casi inexistente en los centros sanitarios públicos.
- **BENCHMARKING ESTRATÉGICO:** Comparación de funciones o procesos empresariales, con independencia del sector. A través de clubes de benchmarking.
- **BENCHMARKING FUNCIONAL:** Comparación de funciones similares dentro de un mismo sector. Se buscan líderes de funciones, no de empresas. En el sector asistencial es una práctica muy arraigada.

El benchmarking no acaba nunca, siempre hay algo que mejorar y, la competencia evoluciona a la vez, que evoluciona nuestra organización. Por tal motivo, el benchmarking debe ser considerado como una actitud de mejora continua, con el objetivo de alcanzar el liderazgo sobre el resto de competidores. En el Cuadro 7.10, se exponen las ventajas de su utilización, así como, las causas más comunes de su fracaso.

Cuadro 7.10. VENTAJAS Y FRACASOS DEL BENCHMARKING

Ventajas del benchmarking.

- Representa establecer objetivos numéricos, en base al conocimiento de lo alcanzado por otros.
- Es de gran ayuda para empresas que históricamente han mantenido altos costes de no calidad.
- Permite romper con la visión interna, posibilitando un “breakthrough improvement”
- Generar una visión hacia fuera, mientras se mira hacia adentro en términos críticos de dirección y procesos.
- La alta dirección sabe cómo le va a su organización frente a organizaciones comparables.
- Apoyar una cultura de aprendizaje que valore la mejora permanente.

Causas comunes de fracaso.

- El proceso sobre el cual se aplica benchmarking no está relacionado con los factores críticos de éxito del cliente.
- La dirección se compromete al inicio del proyecto, pero poco a poco su espaldarazo se va diluyendo.
- Todos los agentes relacionados con el proceso (stakeholders) no se han tenido en cuenta desde el inicio del proyecto.
- El proceso es demasiado complicado o extenso como por ser estudiado con éxito.
- El proceso analizado no ha sido correctamente representado, no se han definido indicadores apropiados o, no se han entendido.

7.6. GRUPOS DE MEJORA

En la gestión de los centros sanitarios, se observan deficiencias y oportunidades de mejora, respecto a problemas que se repiten en la labor diaria. Para ello, es necesario disponer de una metodología que permita estructurar y desarrollar un proceso de mejora continua, que aborde de forma sistemática y fiable la identificación, la organización y la solución a dichos problemas. Para llevarlo a cabo, se utiliza una estructura organizada de equipos de trabajo. Son órganos de participación en la mejora constante de la calidad de los procesos. Su actuación se sustenta en el reconocimiento de que la calidad es competencia de todos y, que quienes mejor conocen los procesos de trabajo son quienes los realizan diariamente.

Un equipo de trabajo denominado grupo de mejora consiste en un pequeño número de personas con habilidades complementarias que están comprometidos con un propósito común, utilizan parámetros de desempeño y métodos estructurados y son mutuamente responsables de su realización. En el Cuadro 7.11, se exponen las diferencias principales entre los grupos de mejora y los iniciales círculos de calidad. Las características esenciales de un equipo son:

- **Tener objetivos de equipo.** El grupo debe tener una razón para trabajar como conjunto. Con unos objetivos bien definidos, claros y concisos.
- **La interdependencia.** Es importante que los miembros del grupo sean interdependientes, es decir que cada uno necesite de la experiencia, habilidad y entrega de los demás para lograr objetivos mutuos. Formado por profesionales afectados por un problema o conocedores de un determinado ámbito de trabajo
- **Eficiencia en el desempeño.** Los miembros del grupo deben estar convencidos de la idea de que el equipo de trabajo, si es realmente eficiente, consigue siempre mejores resultados que individuos que trabajan aisladamente. Han de estar representados los profesionales implicados, los cuales han de tener formación en metodología de mejora de la calidad de los procesos.
- **La responsabilidad.** El grupo debe tener responsabilidad sobre sus actuaciones y sobre todo sobre los logros obtenidos. Un equipo eficaz es aquel capaz de dotarse a sí mismo de ciertas normas y comportamientos que le permiten alcanzar sus objetivos dentro de los plazos de tiempo previstos.

Cuadro 7.11. DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS DE MEJORA Y CÍRCULOS DE CALIDAD

CARACTERÍSTICAS	GRUPOS DE MEJORA	CÍRCULO DE CALIDAD
Objetivo Básico	Mejora de la Calidad	Mejora de las relaciones laborales
Objetivo Secundario	Mejora de la Participación	Mejora de la Calidad
Área de Acción del Proyecto	Multidepartamental	Unidepartamental
Tipo de Proyecto	Sobre un proceso	Sobre uno de los muchos problemas

(Continúa)

Cuadro 7.11. GRUPOS DE MEJORA Y CÍRCULOS DE CALIDAD (Cont.)		
CARACTERÍSTICAS	GRUPOS DE MEJORA	CÍRCULO DE CALIDAD
Pertenencia	Obligatoria	Voluntaria
Procedencia de los miembros	De múltiples departamentos	De un único departamento
Continuidad	Plazo fijado para cada proyecto	Sigue, proyecto a proyecto

Su creación y objetivos han de estar englobados en el modelo de gestión de la organización. Es muy recomendable que el líder del proyecto de dirección por procesos, como experto actúe como consultor interno de los proyectos de mejora, aportando experiencia y metodología. Sus funciones se resumen en el Cuadro 7.12.

Cuadro 7.12. FUNCIONES DEL LÍDER DEL PROYECTO INTEGRAL DE MEJORA DE LOS PROCESOS (CONSULTOR INTERNO)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Preparar la definición de las oportunidades de mejora y participar en la selección de los miembros de los grupos de mejora y comisiones clínicas. ➤ Ayudar a los grupos a lograr una comprensión común de lo que van a intentar conseguir. ➤ Ayudar a los grupos a lograr una comprensión común de la por qué su actividad es importante. ➤ Efectuar el enlace permanente entre los equipos y el grupo de dirección. ➤ Analizar el avance con los líderes de los grupos y aconsejarlos. ➤ Promover el principio de que se ha de cambiar la forma de hacer las cosas para mejorar la posición competitiva. ➤ Revisar las soluciones propuestas y su plan de implantación, antes de presentarlas al grupo de dirección. ➤ Hacer que la información esté disponible fácilmente para todos. ➤ Realizar los seguimientos de los indicadores de calidad del proceso después de la disolución del grupo.

METODOLOGÍA DE TRABAJO DE LOS GRUPOS DE MEJORA

El propietario del proceso junto con el líder del proyecto de dirección por procesos y su mejora, eligen al líder del grupo de (convoca reuniones, lleva el orden del día, recoge los acuerdos, modera las reuniones, etc.). Lo habitual, para que resulte práctico, es que participen unas 4 ó 6 personas. La participación en el Equipo es siempre obligatoria y en horario laboral. Pueden ser tanto de una misma unidad como de distintas unidades, lo que añade valor a los resultados del grupo ya que implica puntos de vista más amplios. El método de trabajo pasa por las fases expuestas en el Cuadro 7.13. En el Cuadro 7.14 se resumen las funciones de los líderes y, la de los componentes de los grupos de mejora.

Cuadro 7.13. METODOLOGÍA DE LOS GRUPOS DE MEJORA

- En el plan estratégico integrado se han identificado y priorizado las áreas que precisan de mejoras (también se obtienen de los planes de mejora o planes de calidad, sin necesidad de acometer un plan estratégico).
- El propietario del proceso escoge al líder del grupo.
- Este líder escoge a los componentes del grupo, personas que tienen una mayor capacidad para alcanzar una solución óptima.
- Se establece un calendario de trabajo y, la duración de las reuniones.
- Se analizan qué aspectos concretos del proceso requieren de alguna mejora y sus causas.
- Se proponen distintos modos alternativos de actuación. Se analizan sus pros y contras. Se analizan costes, ventajas y posibles desventajas. En la medida de la posible se cuantifica cada uno de estos aspectos para ayudar a la decisión sobre qué hacer.
- Se determina y documenta cómo pueden llevarse a la práctica las mejoras, se detallan sus ventajas y se somete a consideración de los responsables de las unidades implicadas.
- Esta información se resume en un acta, sencilla y concreta, pero que recoge la información significativa.
- El informe debe enviarse al propietario del proceso y al líder del proyecto integral de mejora.

Cuadro 7.14. FUNCIONES DE LOS INTEGRANTES DE LOS GRUPOS DE MEJORA

Funciones de los líderes de los grupos de mejora

- Liderar la discusión y suministrar feedback al grupo.
- Ayudar al grupo a integrar visiones opuestas.
- Cohesionar al grupo y fomentar el apoyo mutuo.
- Asegurar que se están aplicando los conceptos y las herramientas de calidad y liderar su utilización.
- Establecer la programación de las reuniones y el orden del día de éstas.
- Promover la participación en las discusiones y en la toma de decisiones.
- Centrar el grupo en el problema que se ha de resolver.
- Fomentar las soluciones creativas y una actitud de poder hacerlo.
- Perseguir el consenso en los temas difíciles.

Funciones de los miembros de los grupos de mejora

- Asistir a las reuniones, participar y efectuar las tareas asignadas en el término señalado.
- Participar activamente en las sesiones de formación y entrenamiento.
- Respetar a los otros miembros, compartir responsabilidades y mantener una actitud positiva.
- Escuchar de forma objetiva otros puntos de vista y evaluar ideas alternativas.
- Valorar hechos y soluciones factibles, evitando las disertaciones bizantinas.
- Disposición a sacrificar los propios puntos de vista para conseguir el consenso del grupo.
- Promover el objetivo del grupo de conseguir la solución del problema y la implantación de la mejora en un término de tiempo razonable.

Cuadro 7.14. FUNCIONES DE LOS INTEGRANTES DE LOS GRUPOS DE MEJORA (Cont)

Funciones de los miembros de los grupos de mejora. (Continuación)

- Aceptar el principio de que se ha de cambiar la forma de hacer las cosas para mejorar la posición competitiva.
- Implementar la solución, y recoger los datos que prueban que el proceso ha sido mejorado por la citada solución.

PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO DE LAS REUNIONES

La principal herramienta de trabajo del grupo de mejora son las reuniones. En ellas, como anteriormente hemos dicho, el primer paso es la elección del líder del grupo. El responsable debe contar con formación en metodología de calidad y debe ser un líder dentro del equipo. Inicialmente puede ser el propietario del proceso, que puede actuar como impulsor para luego dejar que sea el propio grupo quien defina su liderazgo.

Es importante reseñar que, habitualmente, en la distribución de los componentes del grupo se pueden ver diferentes resistencias al cambio. Desde el que mantiene una postura inmóvil, incluso hostil, al cambio, hasta el que por naturaleza es un incansable innovador, no siempre conveniente. En estos casos interesa estudiar a la mayoría del grupo, que será quien establecerá la velocidad final de los cambios y que tendrá que tener el convencimiento de que las innovaciones mejorarán su calidad de trabajo, por lo que es preciso que haya un método y un rigor en la presentación de las mejoras. El éxito de las primeras reuniones es fundamental, por lo que es imprescindible «mimar» y cuidar metodológicamente su desarrollo (véase Cuadro 7.15).

Cuadro 7.15. PLANIFICACIÓN DE LAS REUNIONES

- El antes. La preparación es el elemento clave del éxito. Hay que definir los objetivos con un orden del día claro y conciso. Tiene que responder a las preguntas: ¿quiénes?, ¿qué se va a tratar?, ¿por qué?, ¿para qué?, ¿con qué finalidad? Puede ser de gran ayuda facilitar documentación antes de la reunión, si fuera necesario.
- La convocatoria debe anunciarse con unos plazos razonables, ni con demasiada antelación por el riesgo del olvido ni con precipitación que no dé tiempo a planificar la asistencia. Es obvio cuidar otros detalles, como el lugar y la hora de la reunión o, si es preciso, llevar algún material o documentación.
- En cualquier caso, siempre será conveniente emitir un recordatorio 24-48 h antes, a través de una llamada telefónica, un cartel o una nota.
- La elección de los asistentes va a marcar el desarrollo de la reunión, así como su éxito. Es aconsejable recurrir a los integrantes del equipo que pueden aportar, con sus ideas, soluciones a las oportunidades de mejora. Deben estar implicados directamente en los procesos que se estén analizando y adoptar una postura motivada y constructiva.
- El durante. Aquí la función del moderador es de vital importancia. Debe velar por garantizar el «respeto» a todas las ideas y opiniones. Además, intentará que todos los asistentes participen activamente.

(Continúa)

Cuadro 7.15. PLANIFICACIÓN DE LAS REUNIONES (Cont.)

- La «gestión del tiempo» debe ser el eje que marque cada uno de los temas a tratar. Muchas reuniones fracasan por no haber sabido administrar adecuadamente el tiempo. No olvidemos los objetivos propuestos a la hora de desarrollar la reunión.
- Antes de finalizar la reunión hay que resumir y fijar los puntos clave de consenso, si lo ha habido, y emplazar, si es el caso, de cara a los objetivos de la futura reunión.
- El después. Debe haber una constancia por escrito de lo tratado y las conclusiones acordadas en la reunión mediante la correspondiente acta.

HERRAMIENTAS DE MEJORA

La puesta en marcha de las medidas correctoras del grupo de mejora en la práctica diaria va a ser el mejor indicador del funcionamiento y beneficios del grupo y, sin duda, de su super vivencia. Los grupos de mejora disponen de una serie de herramientas de resolución de problemas que pueden utilizar según la fase del proceso en el que se encuentren, herramientas de dos tipos, básicas y avanzadas, que se describen de manera sucinta, a continuación.

7.7. HERRAMIENTAS BÁSICAS

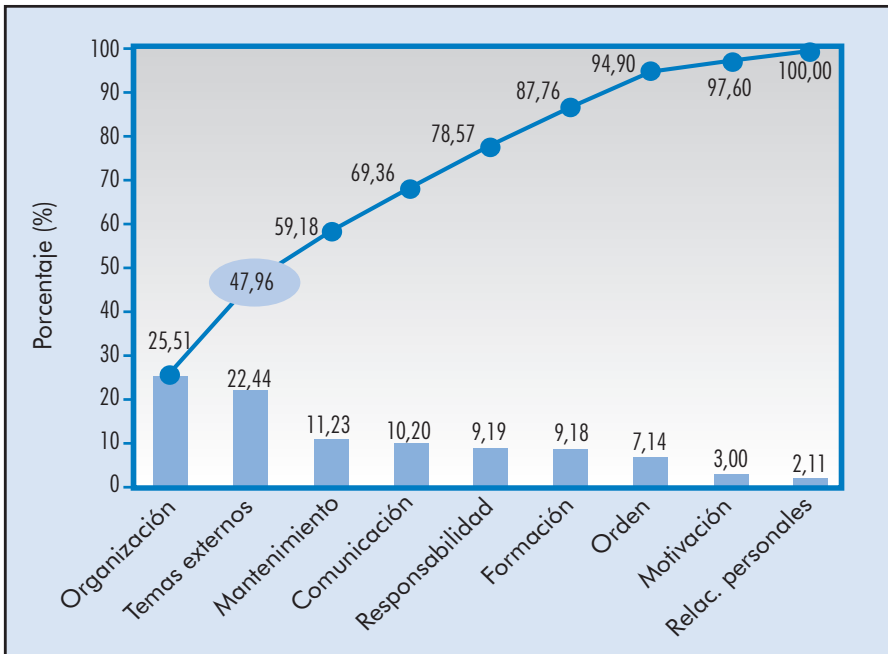
Son metodologías simples utilizadas en la mejora de la calidad de los procesos, de carácter sencillo y visual. Se caracterizan por su fácil comprensión y sencilla aplicación. No es necesario tener conocimientos amplios de estadística para su utilización. Las siete herramientas básicas de la mejora de la calidad son: la hoja de recogida de datos, el histograma, el diagrama causa-efecto, el diagrama de Pareto, la estratificación, el diagrama de correlación y, la hoja de control. El uso de estas herramientas debe ser conocido por todos los miembros del comité directivo y muy especialmente por el líder del proyecto de dirección por procesos. El cuál tiene que formar en su aplicación y utilización, a los componentes de los grupos de mejora, a medida que se vayan constituyendo.

- **Hojas de recogida de datos.** Son formularios para recoger información relativa a un tema y presentarla de forma organizada, de tal modo que se pueda comprender con claridad el problema o situación que se estudie y se facilite su resolución. Algunas consideraciones para su buen uso, son: No tomar datos si después no se van a utilizar; asegurar que los datos se toman de forma que su análisis resulta fácil; no pasar los datos a limpio.
- **Estratificación.** Es un método consistente en clasificar los datos disponibles por grupos con similares características. A cada grupo se le denomina estrato. Los estratos a definir lo serán en función de la situación particular de que se trate, pudiendo establecerse estratificaciones atendiendo a: personas, clientes, tecnología,, áreas de gestión, tiempo, entorno, entre otros. Permite aislar la causa de un problema, identificando el grado de influencia de ciertos factores

en el resultado de un proceso. La estratificación puede apoyarse y servir de base en distintas herramientas de calidad, si bien el histograma es el modo más habitual de presentarla.

- **Diagrama de Pareto.** Es un gráfico de barras que muestra, en orden descendente y de izquierda a derecha, la importancia de cada categoría de datos. Categorías que podrían ser, por ejemplo: causas o síntomas de problemas, tipos de defectos, tipos de procesos, proveedores, tecnología, entre otros. El Dr. Juran aplicó este concepto a la calidad, obteniéndose lo que hoy se conoce como la regla 80/20. Según este concepto, si se tiene un problema con muchas causas, podemos decir que el 20% de las causas resuelven el 80% del problema y el 80% de las causas solo resuelven el 20% del problema. Por lo tanto, el Análisis de Pareto es una técnica que separa los “pocos vitales” de los “muchos triviales”. Una gráfica de Pareto es utilizada para separar gráficamente los aspectos significativos de un problema desde los triviales de manera que un equipo sepa dónde dirigir sus esfuerzos para mejorar. Reducir los problemas más significativos (las barras más largas en una Gráfica Pareto) servirá más para una mejora general que reducir los más pequeños. Con frecuencia, un aspecto tendrá el 80% de los problemas. En el resto de los casos, entre 2 y 3 aspectos serán responsables por el 80% de los problemas. En la Figura 7.6 se muestran las causas de los problemas que aquejan a un equipo de atención primaria.

Figura 7.6. DIAGRAMA DE PARETO



Fuente: Rodríguez JJ (2004).

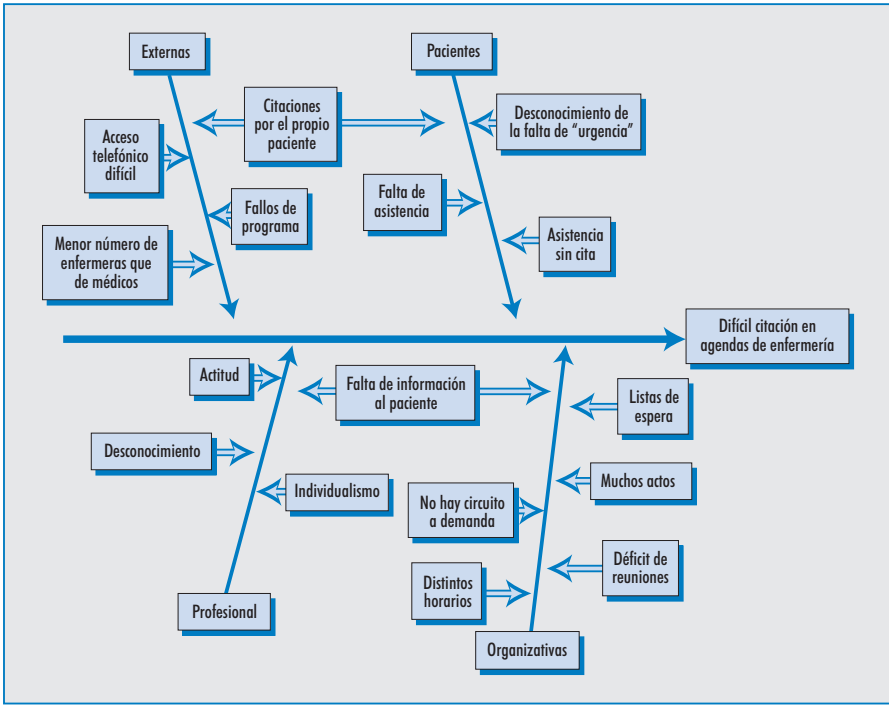
Usando el Diagrama de Pareto se pueden detectar los problemas que tienen más relevancia mediante la aplicación del principio de Pareto (pocos vitales, muchos triviales) que dice que hay muchos problemas sin importancia frente a solo unos graves. La gráfica es útil al permitir identificar visualmente en una sola revisión tales minorías de características vitales a las que es importante prestar atención y de esta manera utilizar todos los recursos necesarios para llevar a cabo una acción correctiva sin malgastar esfuerzos.

- **Diagrama causa-efecto.** Herramienta para organizar los factores principales que influyen la calidad del proceso. Evita la tendencia a prestar atención a sólo algunas causas y a ignorar otras. Ayuda a centrar dónde enfocar los esfuerzos para mejorar el proceso. Fue concebido por el ingeniero japonés Dr. Kaoru Ishikawa en el año 1953. Se trata de un diagrama que por su estructura ha venido a llamarse también: diagrama de espina de pescado. Consiste en una representación gráfica sencilla en la que puede verse de manera relacional una especie de espina central, que es una línea en el plano horizontal, representando el problema a analizar, que se escribe a su derecha. A este eje horizontal van llegando líneas oblicuas –como las espinas de un pez– que representan las causas valoradas como tales por las personas participantes en el análisis del problema. A su vez, cada una de estas líneas que representa una posible causa, recibe otras líneas perpendiculares que representan las causas secundarias. Cada grupo formado por una posible causa primaria y las causas secundarias que se le relacionan forman un grupo de causas con naturaleza común.

Este tipo de herramienta permite un análisis participativo mediante grupos de mejora, que mediante técnicas como por ejemplo el brainstorming, facilita un resultado óptimo en el entendimiento de las causas que originan un problema, con lo que puede ser posible la solución del mismo. La primera parte de este diagrama muestra todas aquellos posibles factores que puedan estar originando alguno de los problemas que tenemos, la segunda fase luego de la tormenta de ideas es la ponderación o valoración de estos factores a fin de centralizarse específicamente sobre los problemas principales, esta ponderación puede realizarse ya sea por la experiencia de quienes participan o por investigaciones in situ que sustenten el valor asignado. En la Figura 7.7 se expone un diagrama que representa el análisis del sistema de citación de pacientes de un centro de salud.

- **Histogramas.** Es un gráfico de barras verticales que representa la distribución de frecuencias de los datos cuantitativos, lo cual proporciona una rápida comprensión de como están distribuidos los datos y facilita su análisis. Es un tipo especial de un diagrama de barras. Es especialmente útil cuando se tiene un amplio número de datos que es preciso organizar, para analizar más detalladamente o tomar decisiones sobre la base de ellos. Proporciona, mediante el estudio de la distribución de los datos, un excelente punto de partida para generar hipótesis acerca de un funcionamiento insatisfactorio.
- **Diagrama de correlación.** Útiles para examinar la relación entre dos factores/variables de un producto y/o proceso para ver si están interrelacionados (cambios de una variable se asocian con cambios de la otra variable). Sólo son válidos para datos cuantitativos. A veces interesa saber si existe algún tipo de

Figura 7.7. DIAGRAMA DE ISHIKAWA



Fuente: Rodríguez JJ (2004).

relación entre dos variables. Por ejemplo, puede ocurrir que dos variables estén relacionadas de manera que al aumentar el valor de una, se incremente el de la otra. En este caso hablaríamos de la existencia de una correlación positiva. También podría ocurrir que al producirse una en un sentido, la otra derive en el sentido contrario; por ejemplo, al aumentar el valor de la variable x, se reduzca el de la variable y. Entonces, se estaría ante una correlación negativa. Si los valores de ambas variable se revelan independientes entre sí, se afirmaría que no existe correlación. Proporciona un medio visual para probar la fuerza de una posible relación.

- **Gráficos de líneas.** Generalmente utilizados para representar datos recogidos a lo largo del tiempo. Muestran la variación de una variable a lo largo del tiempo. Sirven para detectar cambios y evoluciones de la variable a través del tiempo.

LAS SIETE NUEVAS HERRAMIENTAS

Estas herramientas son mucho más complicadas que las anteriores. Son mucho más funcionales, en términos de principios y técnicas de estadística, por ello, su po-

pularidad todavía no ha sido confirmada, en las publicaciones científicas. Son: el diagrama de afinidad, el diagrama de interrelación, diagrama de árbol, diagrama matricial, matriz de análisis de datos, diagrama de flechas y, gráfico de proceso de decisión del programa.

- **Diagrama de Afinidad.** A veces referido como método KJ, es una herramienta que sintetiza un conjunto de datos verbales (ideas, opiniones, temas, expresiones,...) agrupándolos en función de la relación que tienen entre sí. Se basa, por tanto, en el principio de que muchos de estos datos verbales son afines por lo que pueden reunirse bajo unas pocas ideas generales. Es considerado como una clase especial de «tormenta de ideas», constituyendo, frecuentemente, esta técnica de creatividad el punto de partida para la elaboración del diagrama. Promueve la creatividad de todos los integrantes del equipo de trabajo, en todas las fases del proceso y, la «apropiación» de los resultados que emergen, porque el equipo crea tanto la introducción detallada de contribuciones, como los resultados generales.
- **Diagrama de interrelación.** Esta técnica proporciona un medio para tomar una idea básica y desarrollar nexos lógicos, entre las categorías aparentemente relacionadas, a través del uso de procesos de pensamiento lateral. Determina que idea tiene influencia sobre otra, representando esta relación mediante una flecha, en la dirección de la influencia. Se suele usar después de utilizar el diagrama de afinidad.
- **Diagrama de árbol o sistemático.** Es una técnica que permite obtener una visión de conjunto de los medios necesarios para alcanzar una meta o resolver un problema. Partiendo de una información general, como la meta a alcanzar, se incrementa gradualmente el grado de detalle sobre los medios necesarios para su consecución. Este mayor detalle se representa mediante una estructura en la que se comienza con una meta general (el «tronco») y se continúa con la identificación de niveles de acción más precisos (las sucesivas «ramas»). Las ramas del primer nivel constituyen medios para alcanzar la meta pero, a su vez, estos medios también son metas, objetivos intermedios, que se alcanzarán gracias a los medios de las ramas del nivel siguiente. Así repetidamente hasta llegar a un grado de concreción suficiente sobre los medios a emplear. Exhorta a los integrantes del equipo a ampliar su modo de pensar al crear soluciones y a determinar acciones detalladas para alcanzar un objetivo.
- **Diagrama matricial.** Este tipo de diagrama facilita la identificación de relaciones que pudieran existir entre dos o más factores, sean éstos: problemas, causas y procesos; métodos y objetivos; o cualquier otro conjunto de variables. Una aplicación frecuente de este diagrama es el establecimiento de relaciones entre requerimientos del cliente y características de calidad del producto o servicio. La figura es un ejemplo de un formato habitual en el Despliegue de la Función de Calidad (QFD). Visualiza claramente los patrones de responsabilidad para que haya una distribución pareja y apropiada de las tareas. Ayuda al equipo a llegar a un consenso con relación a peque-

ñas decisiones, mejorando la calidad de, y el apoyo a, la decisión final. Hace perceptibles los patrones de responsabilidad así como la distribución de tareas.

- **Matriz de análisis de datos.** Toma los datos de un diagrama matricial y representa gráficamente sus relaciones, en términos de cantidad y fortaleza. Esencialmente es una técnica de análisis factorial.
- **Diagrama de flechas.** Son técnicas de planificación de proyectos PERT (program evaluation review technique) y CPM (critical method path). Muestra los caminos paralelos existentes a la hora de desarrollar una actividad. El propósito de esta herramienta es determinar cuál es el tiempo mínimo posible, en la realización de un proyecto, representando gráficamente todas aquellas actividades, que puedan realizarse de forma simultánea.
- **Gráfico de proceso de decisión del programa.** Se usa para cuantificar cada evento posible y sus soluciones. Es una medida dirigida a la acción, que trata de determinar acciones, que contrarresten problemas anticipados. Se utiliza, generalmente, con posterioridad a la construcción de un Análisis del Árbol de Fallos FTA (failure tree análisis). El gráfico relaciona de forma explícita las contramedidas, para todo aquello que pueda fallar. Suele utilizarse en la planificación de actividades no emprendidas con anterioridad.

TÉCNICAS CUALITATIVAS

En la metodología cualitativa el elemento de estudio no son los hechos sino los discursos, su herramienta el análisis y la interpretación del lenguaje ya que lo que busca es determinar la significación de los fenómenos sociales para comprender su sentido. En la metodología cualitativa no se usan cuestionarios, ni abiertos ni cerrados, porque no se trata de que los sujetos que participan en la investigación respondan, sino de que hablen. Además, en las técnicas cualitativas el investigador nunca ofrece su opinión a las personas que participan en la investigación, con el fin de no producir influencias que modificarían los resultados. La autoridad que el facilitador tiene sobre los sujetos que participan en la investigación es de carácter simbólico y, no reconocida previamente por ellos. De hecho nunca debería moderar una técnica cualitativa una persona con ascendencia profesional o de otro tipo sobre los participantes en la misma.

- **Tormenta de ideas (brainstorming).** Se trata de una técnica grupal que persigue fundamentalmente la creatividad en los integrantes de un grupo de trabajo. Entre 8 y 12 conocedores o expertos del tema a tratar generan, en un ambiente informal y con total independencia, la mayor cantidad posible de ideas, con el único propósito de disponer de una larga lista de ellas, aunque algunas puedan ser banales. Se logra con este procedimiento la aparición de algunas otras que, por ser las más originales u oportunas, serán las elegidas finalmente, justificando con ello todo el proceso. La técnica se inicia con el enunciado del

tema por parte del animador, tras lo cual el grupo, animado por éste, se lanza a completar una serie ininterrumpida de sugerencias en un tiempo acordado, no habiendo lugar para la crítica. Posteriormente se lleva a cabo la evaluación de estas sugerencias en una nueva sesión.

- **Técnica Delphi.** Fue la primera que se utilizó, creada en 1952 por la *Rand Corporation* de Estados Unidos. Aunque se dice que utiliza un proceso de grupo los miembros del mismo nunca se llegan a reunir, es más, cada participante desconoce quienes son las otras personas que participan con él, por lo que el grupo en realidad no existe. Además se vale de una serie de cuestionarios que se envían por correo a los participantes, con el fin de que sobre el mismo se elijan las respuestas que se crean más convenientes, para así reducir la incertidumbre sobre el problema planteado. Con el análisis cuantitativo de las respuestas del primer cuestionario se elabora un segundo cuyas opciones son votadas por los participantes; con un proceso similar al seguido con el primer cuestionario, se construye un tercero para obtener el voto final de los participantes con los que se elabora el informe que, una vez más, precisa de la cuantificación para su realización.
- **Técnica de grupo nominal (TGN) o panel de expertos.** Fue desarrollado en 1968, es una variante de la técnica Delphi y su nombre procede de que los miembros del grupo sí saben quienes son los que están participando junto con él, (conocen su nombre), Es una técnica creativa empleada para facilitar la generación de ideas y el análisis de problemas. Este análisis se lleva a cabo de un modo altamente estructurado, permitiendo que al final de la reunión se alcancen un buen número de conclusiones sobre las cuestiones planteadas.

El desarrollo de la TGN es la siguiente. Tras la descripción del problema por parte del moderador, se exponen las reglas: respetar el silencio durante el tiempo establecido y no interrumpir ni expresar nuestras ideas a otro participante hasta que el moderador no lo indique. Durante unos minutos (entre cuatro y ocho), los participantes anotan en silencio todas sus ideas; pasado ese tiempo se hace una ronda en la que cada participante expone una sola idea cada vez, si bien la única interacción posible es entre moderador y participante, y para aclarar la idea que el primero escribirá en la pizarra. Cuando todas las ideas estén escritas, se inicia ya una discusión entre los participantes para aclarar las dudas que puedan existir sobre lo que ha quedado escrito, pudiéndose modificar ahora alguna aportación. De nuevo en silencio, cada asistente, utilizando unas fichas, ordena jerárquicamente las aportaciones que le parecen más importantes. Se suman todas las votaciones individuales y se obtiene una jerarquía de ideas con las que se repite de nuevo el proceso hasta que se llega a la votación final.

- **Votación múltiple.** En ocasiones se cuenta con una lista de ideas, o de datos verbales en general, bastante numerosa que es preciso reducir para centrar los esfuerzos en unos pocos, los que sean considerados por los miembros del equipo como los más importantes. En estos casos puede ser de ayuda la **votación múltiple**, que podemos definir como un sistema estructurado de

series de votación: la multivotación (o votación múltiple. Permite a un equipo llegar rápidamente a un consenso con relación a la importancia relativa de los asuntos, problemas o soluciones completando clasificaciones de importancia individuales en las prioridades finales de un equipo. Sirve de complemento a otras técnicas, como la técnica de grupo nominal y el brainstorming.

- **Grupos focales (focus group).** Su técnica consiste en una reunión con modalidad de entrevista grupal abierta y estructurada, en donde se procura que un grupo de personas seleccionadas por los investigadores discutan y elaboren, desde la experiencia personal, una temática, como por ejemplo, su opinión del trato recibido en un centro sanitario. El principal propósito de la técnica de grupos focales es lograr una información asociada a conocimientos, actitudes, sentimientos, creencias y experiencias que no serían posibles de obtener, con suficiente profundidad, mediante otras técnicas tradicionales. Los grupos contribuyen a esclarecer los valores que subyacen en los diferentes grupos e, identificar los conocimientos que comparten, a partir de un modelado de la interacción diaria de los grupos, que permite acceder a elementos tan importantes (muchas veces descuidados) de la comunicación interpersonal, como son: el tipo de bromas que aceptan o rechazan, lo que los molesta, sus anécdotas y los argumentos que utilizan para sustentar sus puntos de vista, contrarios o a favor de la mayoría.

Se recomienda realizarla en sitios o lugares «neutrales», que no sean asociados con los promotores, ni con los sujetos del conflicto o con la situación problema de discusión. Se recomienda que en el salón de reunión los participantes, en lo posible, rodeen al moderador (configuración en U) y que tenga buena acústica para poder grabar. Planear el desarrollo del taller en un marco de tiempo no mayor a dos horas. Un mínimo de una hora se recomienda porque el proceso requiere un cierto tiempo para las observaciones de la apertura y de cierre del taller, al igual tener en cuenta por lo menos una o dos preguntas introductorias o de inducción. Se recomienda resumir inmediatamente la discusión y acuerdos de la reunión, puesto que, es más fácil reconstruir lo sucedido inmediatamente.

- **Phillips 6/6.** Esta técnica suele utilizarse de apoyo a otras técnicas de grupo cuando por alguna razón se necesita: promover rápidamente la participación de todo el grupo, obtener muchas opiniones en poco tiempo; resolver un problema de forma creativa y descubrir las divergencias existentes ante un tema concreto. Para su desarrollo, los grupos se reúnen en salas diferentes y cada uno de los integrantes expone su opinión durante un minuto. Un secretario designado por el grupo tomará nota de las aportaciones, y en el último minuto, se realiza un resumen de opinión del subgrupo. Un portavoz de cada grupo expone en el aula común sus resultados, que una vez comparados con los del resto de los subgrupos serán sintetizados por el moderador y anotados en la pizarra. Si todavía quedasen puntos por tratar se repite el proceso hasta que se hayan trabajado todos los aspectos.

En el Cuadro 7.16 se exponen las técnicas que más habitualmente son utilizadas por los grupos de mejora y su indicación.

Cuadro 7.16. INDICACIONES DE LAS HERRAMIENTAS MÁS HABITUALES

	IDENTIFICACIÓN PROBLEMAS	PRIORIZAR PROBLEMAS	ANÁLISIS CAUSAL	PROPUESTA SOLUCIONES	COMPROBAR EFECTOS DE MEJORA
Hoja de datos					
Hoja de control					
Estratificación					
Diagrama causa-efecto					
Histogramas					
Diagrama de Pareto					
Diagramas correlación					
Brainstorming					
Votación múltiple					
Matriz de selección					
Grupo nominal					

7.8. PLAN DE MEJORA DE UN CENTRO SANITARIO

Un centro sanitario para diseñar y aplicar la Mejora Permanente de todos sus procesos, debería seguir las diferentes etapas que se exponen en el Cuadro 7.17. Considerando que, los planes de mejora que tienen éxito sostenido en el tiempo, son aquellos que forman parte del Plan Estratégico Integrado de una organización sanitaria.

Cuadro 7.17. GUÍA PARA LA MEJORA PERMANENTE DE LOS PROCESOS EN LOS CENTROS SANITARIOS

- Programa de formación general a los directivos.
- Formación específica del consultor interno de calidad.
- Definición estratégica de los principios de la política de Excelencia.
- Elaboración del mapa de procesos y definir propietarios.
- Documentar los procesos.
- Diagnóstico de la situación de calidad de los procesos.
- Elaboración del programa de mejora permanente.
- Desarrollo del plan de mejora.

PROGRAMA DE FORMACIÓN DIRECTIVOS. Un centro sanitario que quiera aplicar un Programa de Mejora Permanente de sus procesos, sus directivos deben recibir una formación básica en tres áreas fundamentales: a) introducción a la Gestión de Calidad Total y a la Excelencia; b) metodología de mejora de los procesos (mejora continua, mejora radical y benchmarking) y, c) conocimiento y utilización de las herramientas de mejora más comunes.

FORMACIÓN LÍDER PROYECTO DIRECCIÓN POR PROCESOS. Esta formación se ha de complementar con una formación más exhaustiva para la preparación de un directivo como **CONSULTOR INTERNO DE CALIDAD**. El cuál, será el encargado de asesorar a todos los directivos y mandos intermedios, en el proceso de mejora, así como a los Coordinadores de Mejora de las Áreas Clínicas o de los Centros de Salud. Posteriormente, será el responsable de la formación interna de todos los miembros de la organización en un programa básico de metodología de mejora permanente de los procesos.

PRINCIPIOS DE LA POLÍTICA DE EXCELENCIA. Diez son los fundamentos de la Política de Gestión Sanitaria de la Excelencia de un centro sanitario, tal como se ha señalado en el capítulo de Planificación Estratégica. Estos principios generales constituyen la base de un Programa de Mejora Permanente de los Procesos. (Cuadro 7.18).

Cuadro 7.18. PRINCIPIOS DE LA POLÍTICA DE EXCELENCIA DE LOS CENTROS SANITARIOS

- Orientación al cliente.
- Liderazgo de la dirección.
- Compromiso de todos los colaboradores.
- Incluye todos los procesos.
- Formación continuada global.
- Relación de asociación cliente-proveedor interno.
- Orientación a resultados.
- Mejora permanente.
- Cero defectos
- Responsabilidad social de la organización.

MAPA DE PROCESOS. Como es lógico, antes de mejorar hemos de saber de que estamos hablando. Para ello, se debe consensuar a nivel directivo y con todos los responsables de la organización sanitaria, el mapa de los procesos fundamentales, estratégicos y de soporte. Una vez obtenido el mapa deben asignarse propietarios de los procesos, los cuáles serán responsables de su gestión. Y, por lo tanto, de su rendimiento.

MANTENIMIENTO BAJO CONTROL DE LOS PROCESOS. Los procesos una vez identificados y nombrado su propietario, deben ser entendidos, documentados y medidos, como paso previo a su mejora.

DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE CALIDAD DE LOS PROCESOS. El diagnóstico de la situación de la calidad de los procesos de una organi-

zación sanitaria, permite con el análisis exhaustivo de los macroprocesos, la detección de áreas de mejora, como un primer paso para la elaboración de un Programa de Mejora Permanente.

Se han escrito diversas metodologías de diagnóstico: análisis estratégico DAFO, entrevistas personalizadas de colaboradores internos, análisis de datos de quejas y reclamaciones, análisis de resultados de encuestas de clima laboral, aplicación de la técnica de grupo nominal a colaboradores, realización focus-group a clientes, realización de audi torias, entre muchas otras. La metodología más exhaustiva, es la de la aplicación de la Autoevaluación en toda la organización, realizada según el Modelo EFQM de Excelencia. Inicialmente se utilizará una metodología sencilla, para la detección de puntos fuertes, áreas de mejora, priorización de las mismas y, establecimiento de planes de mejora. En el capítulo quinto, se expone la metodología de aplicación de la misma en los centros sanitarios.

PROGRAMA DE MEJORA PERMANENTE DE LOS PROCESOS. El Programa de Mejora ha de recoger las actividades planificadas y sistemáticas de evaluación y mejora permanente de los procesos tanto asistenciales como de soporte. Consta de cinco componentes (Cuadro 7.19).

Cuadro 7.19. COMPONENTES DE UN PROGRAMA DE MEJORA

Estructura y funciones
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Comité directivo de calidad. ➤ Líder proyecto integral de mejora de los procesos. ➤ Grupos de mejora.
Plan de formación interna
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Contenidos. ➤ Ámbito de aplicación.
Metodología de mejora
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mejora continua: ciclo PDCA. ➤ Mejora radical: reingeniería. ➤ Benchmarking.
Herramientas de mejora
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Herramientas básicas. ➤ Técnicas cualitativas y de consenso.
Difusión del programa
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Explicación a la organización. ➤ Publicación.
Reconocimiento y recompensas
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evaluación resultados.

- **La estructura.** Debe reflejar el compromiso de la dirección con el impulso de la mejora permanente, por tanto, el comité directivo del centro tiene que ser al mismo tiempo el comité directivo de calidad. Es importante no caer en la trampa de constituir dos comités independientes, que con toda seguridad, acabarán teniendo objetivos diferentes. El Consultor Interno de Calidad o director del proyecto, debe ser miembro de la dirección del centro sanitario, asesorando a toda la organización. Responsabilizándose de la formación interna de los miembros de los grupos de mejora. Los grupos de mejora estarán formados por expertos en el proceso asignado. Siendo el instrumento para aportar las soluciones más indicadas de mejora. En una organización descentralizada en Áreas de Gestión autónomas, esta estructura se ha de reflejar, en cada una de las mismas. Así pues, cada Área tendrá su propio comité directivo y de calidad y su coordinador de calidad para asesorar los miembros del comité directivo y formar a los colaboradores de toda la área. Es muy importante que cada Área de Gestión tenga su propio presupuesto para impulsar los trabajos de participación de los colaboradores en los grupos de mejora durante el horario laboral. Además, el líder del proyecto de dirección por procesos y mejora permanente, se responsabilizará de la creación, coordinación y seguimiento de las actividades de las Comisiones Clínicas y, de la difusión y consecución de los objetivos de los Planes de Salud de la Administración sanitaria pública. Las funciones de Mejora de Calidad del Comité Directivo del centro sanitario se describen en el Cuadro 7.20, así como las del Consultor Interno de Calidad se han expuesto en el Cuadro 7.12 y, en el Cuadro 7.14, la de los líderes de los grupos de mejora y, las de los miembros de los grupos de mejora.

Cuadro 7.20. FUNCIONES DE MEJORA DE LOS PROCESOS DEL COMITÉ DIRECTIVO

- Definir la visión, la misión y el plan del negocio que integra objetivos de calidad.
- Determinar los procesos clave la calidad de los cuales se ha de mejorar.
- Nombrar al líder del proyecto de mejora permanente.
- Nombrar a los líderes de los grupos de mejora.
- Comunicar los objetivos de calidad y comprometerse con su consecución.
- Liberar los recursos necesarios y potenciar a los líderes de los grupos.
- Apoyar al director del proyecto y a los líderes de los grupos para superar las barreras organizativas.
- Dirigir revisiones de los niveles de satisfacción de los clientes externos e internos.
- Evaluar el avance del proyecto.
- Reconocer y recompensar.

- **Metodología y herramientas de mejora.** Las diferentes metodologías pretenden que todos los procesos de la organización hospitalaria sean más eficaces (produzcan los resultados deseados), más eficientes (minimizando la utilización de recursos) y sean flexibles (se adapten a las necesidades cambiantes de los clientes y de la aseguradora). Se utilizan las tres metodologías

diferentes (mejora continua, radical y benchmarking), en función del objetivo que se pretende lograr. Además se requiere un conocimiento profundo de la dinámica de funcionamiento de grupos de trabajo, así como, de las herramientas más utilizadas, para la mejora de los procesos.

- **Formación interna.** Para el uso de estas metodologías y herramientas, se recomienda que sea el líder del proyecto el que forme a los líderes de los grupos de mejora. Y estos líderes de grupo deberían ser los formadores de los componentes de los mismos. Cuando el grupo de mejora, esté constituido por miembros de diferentes áreas, la formación la puede realizar el coordinador del área más afectada. El contenido de la formación a recibir está en función del nivel de responsabilidad. Es muy importante que todos los coordinadores tengan una sólida formación para transmitir conocimientos de metodología de conducción de grupos y resolución de problemas, juntamente con la aplicación y utilización de las herramientas de mejora, a los líderes de los grupos contenidos. En aquellas instituciones, que por su tamaño, esto no sea posible deberían disponer de una estructura estable de expertos en metodología de mejora, o bien contar con el apoyo externo de consultores de probada efectividad.
- **Difusión del programa.** La filosofía y estructura del programa, debe ser comunicada por el máximo responsable del centro sanitario, a todos los integrantes del mismo. Como recordatorio se debe editar una breve publicación, que resuma el programa y su contenido. Debiendo ser entregada a todos los colaboradores de la organización. Anualmente el director gerente, debe exponer públicamente, los logros alcanzados en cada uno de los planes de mejora
- **Reconocimientos y recompensas.** El reconocimiento público del trabajo bien hecho, es el mejor estímulo que pueden recibir, los miembros de los grupos de mejora, así como los propietarios de los procesos trabajados. Se puede realizar en la sesión anual, de presentación de resultados. La concesión de premios individuales o grupales, ayuda a reforzar el sentimiento de pertenencia a la organización.

PLAN DE MEJORA. Todos los déficits detectados en el proceso de diagnóstico, realizado durante la Autoevaluación, deben ser transformados en oportunidades de mejora. El comité directivo realizará la priorización, seleccionando las áreas de mejora en función del impacto en el cliente, impacto en el centro hospitalario, viabilidad y necesidad de mejora. En el Plan Estratégico Integrado, se recomienda usar el Modelo EFQM de Excelencia, para determinar las Líneas Estratégicas basadas en los ocho fundamentos de la Excelencia y realiza el mapa estratégico operativo a través del Cuadro de Mando Total y, se definirán Planes de Mejora para cada una de las áreas priorizadas (véase Cuadro 7.21). En dicho cuadro se expresa el QUE (objetivo), el COMO (las actividades), CUANDO (cronograma) y QUIEN (responsable).

Estos planes se agruparán conceptualmente como estrategias de mejora de cada una de las líneas Estratégicas. En cada una de ellas se definirán sus objetivos

Cuadro 7.21. PLANES DE MEJORA

OBJETIVO:					
ACTIVIDADES	CRONOGRAMA				RESPONSABLE
	SEM.1	SEM.2	SEM.3	SEM.4	
ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS					
CREACIÓN DE PROTOCOLO DE MEJORA					
IMPLANTACIÓN PROTOCOLO – FORMACIÓN – DIFUSIÓN					
EVALUACIÓN DE RESULTADOS					

operativos con sus correspondientes indicadores de medición, estándares de cumplimiento, recursos asignados, calendario de ejecución y responsable de su cumplimiento.

7.9. BIBLIOGRAFÍA

- AVELLANA E, DAVINS J, MARQUET R. La calidad en Atención Primaria de Salud: nuevas perspectivas III. La mejora de la calidad. Formación Médica Continuada. 1994; 1: 156-67.
- AVELLANA E, DAVINS J, ZABALETA N. L. La calidad, la empresa, los clientes y los equipos de mejora, ¿qué está pasando en nuestro trabajo? Cuadernos de Gestión. 1996; 2(1): 3-4.
- AVELLANA E, PICO JA, URIS J. La calidad en Atención Primaria de Salud: nuevas perspectivas II. La medida de la calidad. Formación Médica Continuada. 1994; 1:75-87.
- BADIA A, BELLIDO S. Técnicas para la gestión de la calidad. Madrid: editorial Tecnos, S.A.; 1998.
- BAÑERES J. La millora continua de la qualitat: aspectes metodològics. Informatiu AATM 2000; 20: 15-6.
- BARBA R, DELGADO R, HUMET C, SUÑOL R, VILANOVA F. La participación de los profesionales en la mejora de la calidad. Rev Calidad Asistencial. 1997; 12: 48-9.
- BERG M, SCHELLEKENS W, BERGEN C. Bridging the quality chasm: integrating professional and organizational approaches to quality. International Journal for Quality in Health Care. 2005; 17(1): 75-82.
- BERWICK DM. Continuous improvement as an ideal in health care. N Engl J Med. 1989; 320: 53-6.
- BLACK K, REVERE L. Six Sigma arises from the ashes of TQM with a twist. Int J Health Care Qual Assur. 2006; 19(3): 259-66.
- BROOK R. Managed Care is not problem, quality is. JAMA. 1997; 278: 1612-4.
- BULLIVANT JR N. Benchmarking in the UK National Health Service. International Journal of Health Care Quality Assurance. 1996; 9(2): 9-14.

- CAAMAÑO C, MARTÍNEZ JR, ALONSO M, HERNÁNDEZ A, MARTÍNEZ-RENEO E, SAINZ A. Indicadores de calidad de los cuidados de enfermería hospitalarios. *Rev Calidad Asistencial*. 2006; 21: 143-8.
- CAMP RC, DE TORO IJ. Benchmarking. En: JURAN JM, GODFREY AB. *Manual de calidad 5ª edición vol. 1*. Madrid: Mc Graw-Hill/Interamericana de España, S.A.U.; 2001.
- CHAMPY J. Reingeniería de la dirección. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A.; 1996.
- CHASSIN MR. Assessing Strategies for Quality Improvement. *Health Affaire*. 1997; 16(1): 151-61.
- CONSEJERÍA DE SALUD. Guía de Diseño y Mejora continua de Procesos Asistenciales. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía. 2001 (disponible en: [http:// www.juntadeandalucia.es/salud/principal/documentos.asp?pagina = acceso_procesos](http://www.juntadeandalucia.es/salud/principal/documentos.asp?pagina = acceso_procesos)).
- CUATRECASAS L. Gestión Integral de la Calidad. Implantación, Control y Certificación. Barcelona: Gestión 2000, 2ª edición; 2001.
- DAVINS J, AVELLANA E, ZABALETA N. Grupos de mejora para elevar la calidad de los equipos de atención primaria. *Cuadernos de Gestión*. 1996; 2(1): 23-35.
- DELGADO R, GANDUXE J, HUMET C. La calidad en los servicios clínicos. *Rev. Calidad Asistencial* 1996; 11: 144-6.
- DONABEDIAN A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*. 1966; 44: 166-206.
- FORTUNY B. Gestió de la qualitat. En: *Introducció a la gestió empresarial de centres sanitaris*. Barcelona: Centre d'Estudis Col·legials. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona; 1997.
- FORTUNY B. El camino hacia la Excelencia del Pius Hospital de Valls. *Excelencia* 2001b; 31: 62-6.
- FORTUNY G, DURAN A, CANO FJ, SACRISTAN MC, BUIXADERA J, SUÑOL R *et al*. Programa de Qualitat. Àrea de Salut de Menorca. INSALUD Balears. Maó: editorial Menorca; 1995.
- FORTUNY B, PONS A, CLEMENTE P, PARIS J, GATELL T, PERICH N. Gestión de calidad total en el Pius Hospital de Valls. Dirección por procesos, mejora permanente y gestión clínica (1ª. parte) *Todo Hospital*. 2001; 173: 35-47.
- FORTUNY B, PONS A, CLEMENTE P, PARIS J, GATELL T, PERICH N. Gestión de calidad total en el Pius Hospital de Valls. Dirección por procesos, mejora permanente y gestión clínica (2ª. parte). *Todo Hospital*. 2001; 174: 127-37.
- GARCÍA L, SANTOS I, SÁNCHEZ PL, MORA MC, ARGANDA J, RODRÍGUEZ MT. Efectividad de una intervención de mejora de calidad en la reducción del riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos. *Rev Esp Cardiol*. 2004; 57: 644-51.
- GARJÓN FJ, ALLER AI, BUISÁN MJ, ELFAU M, CELAYA MC. Selección de indicadores de calidad de prescripción en atención primaria mediante un grupo de consenso. *Aten Primaria*. 2006; 38: 39-44.
- GONZÁLEZ I, LORENTE MF, VÁZQUEZ MA, CRESPO C, NAVARRO M, URIS J. Rediseño de procesos y evaluación de indicadores de tiempos de respuesta para la mejora de la calidad en radiodiagnóstico. *Rev Calidad Asistencial*. 2000; 15: 402-7.
- GRIMA P, TORT-MARTORELL J. Técnicas para la gestión de la calidad. Madrid: ediciones Díaz de Santos, S.A.; 1995.
- HAMMER M, STANTON S.A. La revolución de la reingeniería. Madrid: ediciones Díaz de Santos, S.A.; 1997.
- HERNÁNDEZ-NAVARRETE MJ, ARRIBAS-LLORENTE JL, SOLANO-BERNAD VM, MISIEGO-PERAL A, RODRÍGUEZ-GARCÍA J, FERNÁNDEZ-GARCÍA JL, *et al*. Programa de mejora de la infección nosocomial en cirugía por cáncer colorrectal. *Med Clin (Barc)*. 2005; 125: 521-4.

- HO SJK, CHAN L, KIDWELL RE. The implementation of Business Process Reengineering in American and Canadian Hospitals. *Health Care Manage Rev.* 1999 24(2): 19-31.
- IMAI M. Kaizen. La clave de la ventaja competitiva japonesa. México D.F.: Compañía Editorial Continental, S.A.; 1996.
- JAMES P. Gestión de la Calidad Total. Madrid: Prentice Hall Iberia; 1997.
- JURAN JM. El proceso de mejora de la calidad. En: JURAN JM, GODFREY AB. Manual de calidad 5ª edición vol. 1. Madrid: Mc Graw-Hill/Interamericana de España, S.A.U.; 2001.
- LAMARCA I, CAÑÍS A, GRAU J. Concepción de un plan de mejora de la calidad centrado en el paciente. *Todo Hospital.* 1997; 141: 41-56.
- LUCAS FJ, GARCÍA C. Proyecto de mejora continua en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. *Rev Adm Sanit.* 2006; 4: 271-92.
- KUME H. Herramientas Estadísticas Básicas para el Mejoramiento de la Calidad. Barcelona: Parramón ediciones S.A.; 1992.
- MARÍN I, NAVARRO A. Las vías clínicas. Su papel en la implantación de mejoras en la calidad asistencial. *Rev Calidad Asistencial.* 2007; 22: 103-5.
- MARQUET R. Calidad en atención primaria: diez años de errores de los que aprender (o sólo el que anda tropiezo). *Cuadernos de Gestión.* 2000; 6(1): 1-3.
- MARQUET R, AVELLANA E, DAVINS J. La calidad en Atención Primaria de Salud: nuevas perspectivas. I. La planificación de la calidad. *Formación Médica Continuada.* 1994; 1: 7-18.
- MARQUET R, URIS J. La mejora de la calidad en Atención Primaria de Salud. *Formación Médica Continuada.* 1994; 1(1): 3-5.
- MASFURROLL G. Benchmarking: herramienta para instituciones sanitarias. *Todo Hospital.* 1997; 133: 15-8.
- MENA JM, SÁNCHEZ L, CAÑADA A, CÁRDENAS J. Implantación y evaluación informática de un programa de mejora de la calidad asistencial en el Área 4 de Atención Primaria de Madrid. *Rev Calidad Asistencial.* 2006; 21: 238-46.
- OSAKIDETZA/SERVICIO VASCO DE SALUD. Plan Estratégico 2003-2007. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza/Servicio Vasco de Salud. Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco; 2003.
- ORTÚN V. Los incentivos para la mejora de la calidad en los servicios de salud. *Rev Calidad Asistencial.* 2007; 22: 1-6.
- PLAZA A, ZARA C, GUARGA A, FARRÉS J. Resultado de la aplicación del benchmarking en los equipos de atención primaria de Barcelona. *Aten Primaria.* 2005; 35:122-7.
- PRAT A, TORT-MARTORELL X, GRIMA P, POZUETA L. Métodos estadísticos. Control y mejora de la calidad. Barcelona: Ediciones UPC; 1997.
- RIBERA J. La calidad: definición e instrumentos básicos de mejora. En: RIBERA J, RODRÍGUEZ-BADAL MA, ROURE JB. Calidad: definirla, medirla y gestionarla. Barcelona: ediciones Folio, S.L.; 1997.
- RODRÍGUEZ A. Qué se puede hacer para mejorar la calidad del proceso asistencial. Una perspectiva desde Atención Primaria. *Rev Adm Sanit.* 2006; 4: 251-70.
- RODRÍGUEZ JJ. Grupos de mejora como herramienta de calidad en atención primaria. Nuestra experiencia. *Cuadernos de Gestión.* 2004; 10(3): 148-58.
- ROMAGUERA A, MOLEIRO AA, DE CASTRO X, BELLOSO N, TAOURAGT M, DE CARALT E, *et al.* Análisis de la mortalidad como herramienta de mejora de la calidad asistencial en un servicio de cirugía general. *Cir Esp.* 2006; 80: 78-82.
- RUIZ-LÓPEZ P, GONZÁLEZ C, ALCALDE-ESCRIBANO J. Análisis de causas raíz. Una herramienta útil para la prevención de errores. *Rev Calidad Asistencial.* 2005; 20: 71-8.
- SAURA J. El médico de familia y la mejora de su práctica asistencial (I): ¿por qué es una necesidad básica? *Cuadernos de Gestión.* 2003; 9(1): 34-8.

- SAURA J. El médico de familia y la mejora de su práctica asistencial (II): ¿qué métodos y programas utilizar? Cuadernos de Gestión. 2003; 9(1): 40-7.
- SATURNO P. La formación como estrategia de implantación de programas de mejora de la calidad. Rev Calidad Asistencial. 1999; 14: 35-8.
- SUÑOL R. Agenda para la calidad en el nuevo milenio. Rev Calidad Asistencial. 1999; 14: 725-8.
- TORT-MARTORELL X. El programa de millora Sis Sigma. Revista de Qualitat. 2000; 39: 27-33.
- VARELA G, MOLINS L, ASTUDILLO J, BORRO JM, CANALÍS E, FREIXINET J, *et al.* Experiencia piloto de benchmarking en cirugía torácica: comparación de la casuística e indicadores de calidad en resección pulmonar. Arch Bronconeumol. 2006; 42: 267-72.
- VILAR JF. Las 7 nuevas herramientas para la mejora de la Calidad. Madrid: Fundación Confemetal; 1997.
- VILLALBI JR, MANZANERA R. Comparar centros y proveedores de atención primaria. Cuadernos de Gestión. 2000; 6: 128-38.

CAPÍTULO 8.

GESTIÓN CLÍNICA Y REDISEÑO ORGANIZATIVO

8.1. NUEVO ESCENARIO DE PRÁCTICA CLÍNICA

Para afrontar las importantes transformaciones que están aconteciendo en el entorno de los centros sanitarios (véase Cuadro 8.1), la totalidad de los países desarrollados han desarrollado diversos procesos de reforma sanitaria, con la finalidad de re-situar adecuadamente sus sistemas de salud. Consecuentemente, se ha producido una redefinición del papel de los estados, referente al aseguramiento, financiación y prestación de servicios sanitarios. Siendo el resultado obtenido desigual en los distintos países. En cambio, para las organizaciones proveedoras de servicios de salud, las reformas se han traducido en presiones para que obtengan una mayor eficiencia, más y mejor productividad con menos ingresos económicos.

Cuadro 8.1. FACTORES DE CAMBIO EN EL SISTEMA SANITARIO

CAMBIOS	CONSECUENCIAS
<ul style="list-style-type: none"> > Modelo asistencial > Económicos > De usuarios a clientes > Demográficos > Epidemiológicos > Tecnológicos > Modelo sanitario > Modelo profesional 	<ul style="list-style-type: none"> > Posicionamiento en el mercado sanitario > Incertidumbre y riesgo > Clientes exigentes y consumidores de servicios > Aumento utilización servicios sanitarios > Cambios en la demanda servicios sanitarios > Cambios en la oferta servicios sanitarios > Nuevo tipo centros sanitarios > Resistencia al cambio

Asimismo, los estudios sobre variabilidad clínica, han demostrado diferencias importantes aparentemente arbitrarias en la forma de practicar la medicina entre países, regiones y grupos poblacionales, y en la forma de utilizar los recursos asistenciales. Estos estudios plantean dudas sobre los criterios de indicación de determinadas intervenciones y sobre los resultados. El creciente éxito de la medicina basada en la evidencia (MBE) se debe a numerosos factores, entre los que destacan: la constatación de amplias variaciones en la práctica médica no explicables por diferencias de las poblaciones, la preocupación por la efectividad de las prácticas médicas con una gran innovación tecnológica que no siempre mejora su impacto sobre la salud de los ciudadanos, las políticas de contención de costes, el progreso en los sistemas de documentación e información y en la mayor accesibilidad a las bases de datos clínicos.

Así mismo, los avances tecnológicos no siempre se traducen en beneficios para el paciente. En ocasiones han relegado a un segundo plano aspectos tradicionales y básicos de la medicina, como la historia clínica, la exploración del paciente y la valoración del componente humano, que todo enfermo tiene cuando solicita atención. Para que la aplicación de los avances científicos y tecnológicos, asegure el máximo beneficio para los pacientes, es imprescindible evaluar los resultados clínicos.

Un aspecto todavía, sin resolver es la continuidad asistencial. La práctica clínica está orientada, en general, al acto asistencial (una consulta, una intervención quirúrgica, etc.) y los hospitales se organizan por especialidades cada vez más específicas. Esto da lugar a numerosos problemas de integración y de continuidad en la atención humano-hospitalaria-sociosanitaria. De poco sirve una intervención quirúrgica de la máxima calidad técnica si el diagnóstico se demoró en exceso y, posteriormente se retrasa la rehabilitación.

La práctica clínica de futuro tiene que tener en cuenta que la atención a un enfermo es el resultado de un proceso en el que intervienen distintos profesionales y distintas tecnologías, pero la respuesta debe ser única e integrada

Las organizaciones sanitarias para adaptarse a este nuevo entorno, están desarrollando transformaciones estructurales. Entre ellos destacamos, la difuminación de fronteras entre los distintos niveles asistenciales, reorganización de los centros alrededor de los procesos fundamentales y, la descentralización de la gestión de servicios y unidades clínicas. El objetivo de promover la eficiencia a nivel microeconómico se refiere tanto a la mejora del estado de salud de la población y a la satisfacción de los usuarios como lograr mejoras organizativas que supongan un aumento de la productividad de los recursos humanos y tecnológicos del sistema sanitario. Las organizaciones sanitarias empiezan a utilizar técnicas de creatividad para mejorar sus resultados. La integración vertical puede mejorar la habilidad de la empresa para diferenciarse de otros al ser capaz de generar un valor agregado superior bajo una misma administración. La competencia entre centros ha estado reemplazada por la cooperación. Lo que obliga a una muy importante reconversión del sector para tratar de mejorar las tasas de eficiencia que sólo será posible conseguir con la decidida participación de los profesionales. Considerándose a las redes cooperativas, como la vía más apropiada para desarrollar atención integrada.

En este contexto donde la velocidad de los cambios es elevada y, su aceleración en los próximos años, aún será mayor. A todo ello, se debe añadir la progresiva complejidad de la práctica clínica, que cada día más, se practica en equipos interdisciplinarios, en lugar de una manera individual. Lo que obliga a configurar organizaciones cada vez mayores y más complejas, debido al número y diversidad de las profesiones relacionadas con las ciencias de la salud. En el nuevo escenario de práctica clínica (véase Cuadro 8.2) de los centros sanitarios españoles, debería ser un compromiso ético por parte de los clínicos, establecer estrategias de mejora asistencial para obtener los mejores resultados sanitarios en los centros y, por parte de los financiadores públicos, fomentar y facilitar las innovaciones y los cambios con un mejor equilibrio entre los recursos utilizados y los resultados obtenidos.

El modelo de gestión en las empresas del conocimiento, como son los centros sanitarios, deben conseguir el que sus agentes: *ciudadanos, políticos, clínicos y gestores tengan objetivos y estímulos coincidentes*. Ello será posible, desde un ambiente propicio, que incluya la flexibilidad y que favorezca una racional y lógica distribución de re-

Cuadro 8.2. NUEVO ESCENARIO DE PRÁCTICA CLÍNICA

- Cambios relación médico-paciente hacia médico-cliente.
- Gran impacto de las nuevas tecnologías.
- Demandas crecientes de mayores y mejores servicios.
- Importante variabilidad de la práctica clínica.
- Utilización inadecuada de recursos.
- Escalada de los costes sanitarios.
- Complejidad y rapidez de los cambios.
- Restricciones presupuestarias y recursos limitados.
- Utilización de mecanismos de gestión empresarial.
- Sistemas de clasificación de pacientes.
- Perfeccionamiento de los sistemas de información.
- Comparación de resultados clínicos.
- Continuidad asistencial.

cursos y, una eficiente capacidad diagnóstica y terapéutica. En esto se basa la coparticipación y la delegación de funciones, y de gestión de recursos en los profesionales clínicos. Y, a la vez, una postura de acercamiento hacia el entorno clínico, por parte de los propios gestores. De todas las profesiones, particularmente los médicos, interpretan estos nuevos escenarios como una amenaza, expresando su temor con un débil compromiso, con la institución en la que trabajan. Para el profesor Manel Peiró es impensable el buen gobierno de las organizaciones sanitarias, sin contar con el compromiso y la participación de los profesionales sanitarios, notoriamente influenciados por estos cambios. El *empowerment* de los profesionales permite que éstos elijan el grado de involucración que deseen, asumiendo riesgo y capacidad de decisión, y pueda superarse así su desentendimiento de la organización. El *empowerment* reemplaza la vieja jerarquía piramidal por equipos autoguidados, donde la información se comparte con todos y las personas tienen la oportunidad y la responsabilidad de dar lo mejor de sí mismas sintiéndose (y estando) más motivadas y comprometidas. Con el *empowerment* se redefine la manera en la que la organización gestiona a las personas que la integran. Podríamos decir que el *empowerment* profesional es una filosofía, un modo de entender la empresa o la organización. Para el *empowerment* profesional se necesita que la organización tenga definidas una visión y una misión junto con unas estrategias para alcanzarlas; todo ello debe ser conocido y compartido por todos los integrantes de ésta.

8.2. FUNDAMENTOS DE LA GESTIÓN CLÍNICA

La existencia de la variabilidad en la práctica clínica ha puesto de manifiesto el grado de incertidumbre en la toma de decisiones en la práctica diaria y la resistencia a querer compartir la evidencia ajena, así como la escasa predisposición de los profesionales a cuestionarse la propia experiencia y eludir la jerarquía de autores y textos en que se ha basado su formación. Las personas no aceptamos fácilmente que, si hemos nacido es para cambiar. La diversidad de métodos científicos facilita la evaluación y permite plantear nuevas estrategias en las decisiones clínicas que han des-

arrollado nuevas líneas de pensamiento. La epidemiología clínica, las técnicas de evaluación clínica, la medicina basada en la evidencia, etc., dedican sus esfuerzos a obtener un diagnóstico correcto, seleccionar la pauta más beneficiosa y ayudar al profesional a mantenerse al día en aquellos progresos útiles en medicina.

Los grandes cambios son aquellos que se introducen de forma paulatina y modifican realmente nuestros modos de pensar y actuar. Es preciso, fomentar el desarrollo profesional por la vía adecuada, estimulando la motivación de incorporar el principio de evaluación y la capacidad teórica de analizar a partir de qué, por qué y cómo actuamos. Este siglo que acabamos de comenzar presenta un panorama complejo: la gestión clínica está en un proceso permanente de adaptación que exige amoldarse con flexibilidad al presente inmediato con las necesidades globales, sectoriales e individuales de los ciudadanos. Es difícil prever cuántos problemas nuevos surgirán y de qué tipo, pero no hay ninguna duda de que surgirán. Sin embargo, sólo la adecuada gestión clínica de las distintas experiencias basadas en el conocimiento científico contrastado ayuda al médico a tomar la decisión clínica más oportuna y sensata en el arte de la medicina.

Los centros de salud, los hospitales modernos y los nuevos centros sociosanitarios, han modificado sus objetivos, siendo responsables delante de la sociedad de los recursos que utilizan y de la calidad del producto que ofrecen. El incremento de los costes de la atención médica, la aparición de nuevas enfermedades, el envejecimiento de la población, los adelantos tecnológicos incesantes y el compromiso de satisfacer a la población dentro de un marco dominado para la restricción presupuestaria, obliga a renovar los esquemas tradicionales tanto a nivel organizativo como de gestión.

Hoy en día, los centros sanitarios como empresas de servicios, para centrar su actuación en el paciente, introducen los conceptos de efectividad, eficiencia, gestión clínica, evaluación económica y presupuestos clínicos. La reforma de los servicios sanitarios públicos para propiciar la autonomía de los centros y la gestión clínica por parte de los profesionales, parece ser la medida más adecuada para responder a los cambios trascendentales que ha experimentado el ejercicio de la medicina en los últimos años y lograr las mejores cotas de calidad y eficiencia en la prestación de servicios). Los médicos, además, representan el más elevado nivel científico de la organización en la materia y esto es un factor determinante en sus relaciones con los demás trabajadores del hospital que, en muchos casos, también son sus «clientes». Es difícil, pues, que un colectivo así acepte de buen grado las decisiones sobre su trabajo provenientes de personas que no tienen su formación o su desarrollo profesional.

La gestión clínica constituye el paradigma de cambio más importante para los centros sanitarios en muchos años. Es una oportunidad (tal vez una de las últimas) de reconciliar gestión y ejercicio profesional clínico, y de encontrar un nuevo marco común que integre valores de la gestión y de la clínica. La gestión clínica acontece la parte que precisa ser más atendida dentro de la organización y la que habrá de inspirar, orientar e impulsar todo el conjunto de profesionales, sea cual sea su nivel de responsabilidad. La mejor forma de que las consideraciones financieras no interfieran en las clínicas pasa por renovar el contrato implícito que la sociedad tiene con sus médicos ejercitando —con autoridad reconocida y responsabilidad exigible— la libertad clínica para lograr efectividad y satisfacción a un coste social razonable. Pasa por una práctica científicamente validada, relacional y humanamente orientada al usuario, y con el coste de oportunidad social interiorizado.

El término gestión hace referencia al uso de los recursos, mientras que clínica es la actividad médica dedicada a la atención de los enfermos. Así, se define **gestión clínica** como la utilización adecuada de los recursos para la mejor atención de los pacientes. Esta definición implica que quienes toman día a día decisiones clínicas comprometiendo recursos económicos, lo hagan en un marco de autoridad delegada y pactada con la gerencia del hospital, y que asumen la responsabilidad de sus propias decisiones. Los orígenes de la gestión clínica se remontan al hospital Johns Hopkins de Baltimore. En Europa, es en la Gran Bretaña donde se produce de una manera progresiva la implantación de la participación de los médicos en la toma de decisiones económicas, en el año 1983 el informe *Griffiths* hablaba de la necesidad de delegar la gestión a los clínicos, y en el año 1989, el informe *Working for Patients* trataba de las medidas necesarias para la participación de los clínicos en la gestión y en la toma de decisiones de sus propios servicios.

Actualmente se admite que cualquier profesional sanitario que realiza acciones que afecten a los pacientes está también gestionando el producto clínico de la empresa, está utilizando los recursos que tiene a su alcance de una forma o de otra, y está consiguiendo unos u otros resultados. En un contexto social, la eficiencia significa conseguir lo mejor para la mayoría de los enfermos, no lo mejor para un solo enfermo. La situación global parece decantarse por la aparición de un estilo de gestión nuevo, que abandone los vicios del autoritarismo y del economicismo de corto alcance. Y es aquí cuando se constata que sin la participación y la implicación de los profesionales, no es posible adelantar hacia nuevas metas de eficiencia del sistema y de mayor satisfacción de los enfermos y de los ciudadanos. El punto de encuentro tendría que ser encontrar gestores preocupados realmente por la mejora de la calidad y profesionales que con los adecuados mecanismos de participación, se implicaran en el objetivo común de la eficiencia y la satisfacción del cliente.

Deben que dedicarse recursos para introducir a los profesionales en el conocimiento y manejo de las herramientas de medida de resultados, estrategias de cambio, propuestas de mejora, etc. Involucrar y responsabilizar a los médicos de los recursos que utilicen en su actividad ha sido el objetivo de gran número de iniciativas de descentralización de la capacidad de decisión en los médicos (clinical management, resource management, clinical budgeting), en un marco más descentralizado de la toma de decisiones de gestión, fomentando las decisiones colectivas frente a las individuales. Hace falta hacer partícipe al personal sanitario del hecho que el usuario del sistema público es el conjunto de la sociedad y no tan sólo un paciente tratado en el momento.

Los gestores hemos de aceptar la imposibilidad de mejorar la eficiencia sanitaria sin involucrar a los médicos en este proceso, reconociendo el papel fundamental de las decisiones médicas en el consumo de los recursos, pues los proveedores de servicios asistenciales gestionan una grande parte del presupuesto. Y por lo tanto, el acento de la gestión tiene que desplazarse hacia la gestión clínica ejercida por los propios profesionales. Se tiene que poner fin a la absurda situación de una asistencia clínica en la que se toman múltiples decisiones sobre los pacientes sin que sus responsables directos e indirectos no conozcan ni justifiquen de manera sistemática las acciones realizadas ni las consecuencias de las mismas, tanto en términos de salud como de economía. Las personas que trabajen más cerca del problema, son las que mejor saben como resolverlo.

El problema de la innovación organizativa en centros sanitarios pasa por medir los productos intermedios –sistemas de ajuste de resultados por riesgo– para instaurar mecanismos de competición entre centros, y continuar haciendo descentralizaciones ulteriores que permitan asociar cada vez más estrechamente la capacidad decisiva con la disponibilidad de información y los incentivos para hacer un buen uso de los dos. Cuando los británicos se plantearon hospitales autogestionados los denominaron *trust* (confianza), y esta confianza sólo puede darse en las organizaciones sanitarias cuando se comparten valores. Asumir la capacidad de decisión del médico en la empresa hospitalaria supone elaborar estrategias de corresponsabilización de los clínicos en la marcha de la cuenta de resultados del centro. Prepararse para competir a nivel de la empresarización hospitalaria (mesogestión) y, en el campo de la gestión clínica (microgestión), son las claves de la reinención, que se traducen en una mutación del modelo del hospital convencional hacia al hospital reinventado. Es necesario escuchar lo que la gente quiere realmente y dárselo. Antes de hablar de los otros, hace falta saber como son, como es percibido por ellos y, lo que ellos esperan. El empowerment comporta la liberación del poder que la gente ya tiene. Los profesionales y los gestores quizás tienen lenguajes diferentes, pero dicen el mismo. Los identifica la actitud: hacer de las necesidades asistenciales de la población el centro de su acción y adaptarse.

APLICACIÓN DE LA GESTIÓN CLÍNICA EN ESPAÑA

La experiencia más documentada realizada en el estado español es la del Área del Corazón del complejo hospitalario Juan Canalejo de A Coruña que se inició a la primavera del año 1996, auspiciada por el entonces, su director gerente Dr. Josep Santacreu y dirigida por el profesor Castro Vieiras. También, el Servicio Vasco de Salud (Osakidetza) inició aquel año, el desarrollo de la gestión clínica en los hospitales de su red pública, con una experiencia de aplicación de la misma en cinco hospitales. Dos años más tarde se inició la experiencia en el Pius Hospital de Valls, concretamente en el Área Clínica Materno-infantil, siendo esta experiencia la primera que finalizó su implantación global, concretamente en el mes de noviembre del año 1999. En los últimos años, empieza a introducirse en los hospitales del Servicio Andaluz de Salud. En Cataluña, está todavía vigente, aunque reformada, la experiencia del Hospital Clínico de Barcelona, introduciendo la organización de los Institutos Clínicos. En el proyecto se recogió la demanda interna de autonomía, descentralización y desarrollo profesional, especialmente del estamento médico.

Pese a las presiones sindicales, la tensión entre los grupos profesionales y las críticas de desestructuración de la organización de los servicios, la postura actual de los responsables sanitarios y de los propios gestores es impulsar estos proyectos de manera progresiva a todos los hospitales. En realidad, los cambios que están ocurriendo en los centros de salud y en los hospitales, sólo acaban de empezar y, se necesitan líderes con una nueva visión a largo plazo, que vaya más allá de los problemas inmediatos y gestores tanto clínicos como empresariales con creatividad suficiente para revisar los actuales modelos de trabajo y de acuerdo a una visión de participación más activa.

Actualmente, la gestión clínica está consiguiendo atraer la atención de multitud de clínicos. Tal vez, porque intuyen que detrás de este nuevo concepto, existen algu-

nas ideas o métodos instrumentales, que les pueden ayudar a resolver las dificultades de su centro sanitario. Dificultades con las que tropiezan cada día, en el intento de conseguir, los mejores resultados asistenciales para sus clientes.

8.3. OBJETIVOS DE LA GESTIÓN CLÍNICA

En este contexto definimos Gestión Clínica, como el uso de los recursos intelectuales, humanos, tecnológicos y organizativos para la mejor atención de los clientes, basándose en el conocimiento científico, la mejora de los procesos asistenciales, la práctica ética y la organización eficiente de las áreas de gestión clínicas. En el Cuadro 8.3 se exponen los cinco objetivos de la Gestión Clínica.

Cuadro 8.3. OBJETIVOS DE LA GESTIÓN CLÍNICA

- Visión integral de las personas.
- Trabajo en equipos asistenciales interdisciplinarios.
- Incremento de la calidad técnica y de servicio.
- Coherencia organizativa con la autonomía de gestión.
- Responsabilidad de los clínicos sobre los resultados globales.

Por tanto, el objetivo último de la Gestión Clínica es el de ofrecer a los pacientes los mejores resultados posibles en nuestra práctica diaria (efectividad), acordes con la información científica disponible que haya demostrado su capacidad para cambiar de forma favorable el curso clínico de la enfermedad (eficacia), con los menores inconvenientes y costes para el paciente y para la sociedad en su conjunto (eficiencia).

Tres son los niveles clásicos, de actuación de la gestión clínica: eficacia, efectividad y eficiencia, en el Cuadro 8.4, se exponen sus guías de actuación. La puesta en marcha de un proyecto de gestión clínica, no está exento de problemas y resistencias. Implica renuncias por ambas partes (burocracia profesional y administrativa) y un cambio del paradigma convencional de las empresas sanitarias: el énfasis deberá dirigirse al cliente externo (paciente) y no tanto, como hasta ahora, al interno (profesional sanitario).

Cuadro 8.4. GUÍAS DE ACTUACIÓN SEGÚN NIVELES DE ACTUACIÓN

<ul style="list-style-type: none"> • EFICACIA: Mejorar el diagnóstico, el tratamiento y el cuidado de los clientes 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Vías clínicas ➤ Uso e interpretación de fuentes documentales ➤ Lectura crítica y revisión sistemática de la bibliografía ➤ Análisis de decisión clínica ➤ Evaluación tecnológica (sensibilidad, especificidad y valor predictivo)
<ul style="list-style-type: none"> • EFFECTIVIDAD: Mejorar los resultados de la práctica clínica 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gestión y mejora de los procesos ➤ Vías clínicas ➤ Protocolos y procedimientos

Cuadro 8.4. GUÍAS DE ACTUACIÓN SEGÚN NIVELES DE ACTUACIÓN (Cont.)

<ul style="list-style-type: none"> • EFFECTIVIDAD (Cont.) 	<ul style="list-style-type: none"> > Herramientas de mejora continua > Integración de niveles de cuidados asistenciales > Gestión de riesgos clínicos > Análisis de resultados clínicos > Análisis de utilización de recursos > Métodos de uso apropiado de recursos > Alternativas a la hospitalización convencional
<ul style="list-style-type: none"> • EFICIENCIA: Optimización de costes Contratos de gestión clínica 	<ul style="list-style-type: none"> > Medición de la actividad y análisis de las desviaciones > Medición de los productos sanitarios y análisis de las desviaciones > Presupuesto clínico y análisis y control de los costes y de las desviaciones presupuestarias > Evaluación tecnológica coste-efectividad > Innovaciones organizativas y de gestión

8.4. DISEÑO DE LA GESTIÓN CLÍNICA

Cualquier cambio orientado hacia la búsqueda de una organización sanitaria más flexible, basada en elementos de gestión empresarial, de competencia, en su implantación ha de ir acompañado de un cambio en la cultura de la organización y esto implica comprometer en él, actores con diferentes intereses. La medicina es una profesión que provoca una constante expansión del mercado y de los servicios médicos. Los médicos son un grupo profesional, que ha logrado una estrecha fusión entre ciencia, formación y práctica, disponiendo de una estrategia profesional para asegurarse cuotas de mercado para sus ofertas, casi un auténtico monopolio. Desde esta perspectiva, el desarrollo de la gestión clínica, se tiene que convertir en un elemento esencial para la mejora de la gestión del sistema sanitario. Y esto se puede conseguir mediante la participación real de los profesionales en la gestión de los centros sanitarios y en la toma de decisiones, asumiendo sus propias responsabilidades, sin trasladarlas a otras instancias y sin olvidar que cualquier éxito es un éxito de la organización a la que pertenecen.

Las cinco etapas necesarias para diseñar la Gestión Clínica en el Área Sanitaria, son las que se exponen en el Cuadro 8.5. El proceso se inicia con la formación en gestión clínica del equipo directivo y la práctica de benchmarking estratégico en centros españoles excelentes que hayan diseñado e implantado con éxito la experiencia. A continuación, una vez se hayan seleccionado a los Directores de Áreas de Gestión Clínica, se deberá constituir una comisión asesora del diseño del proceso de conceptualización. Que debe comprender, la definición consensuada de Gestión Clínica, la orientación estratégica de las Áreas Clínicas diseñadas en el modelo organizativo.

- **FORMACIÓN EN GESTIÓN CLÍNICA Y BENCHMARKING.** Cuando un centro hospitalario quiere aplicar unos nuevos criterios de gestión, en primer lugar es fundamental que los promotores del cambio con el primer ejecu-

Cuadro 8.5. ETAPAS DEL DISEÑO DE LA GESTIÓN CLÍNICA

- Formación en gestión clínica y benchmarking.
- Constitución comisión asesora del diseño.
- Mapa de procesos.
- Plan Estratégico Integrado.
- Conceptualización del modelo de gestión clínica:
 - Definición consensuada de gestión clínica
 - Orientación estratégica de las áreas clínicas
 - Requerimientos para la implantación de áreas clínicas
 - Criterios del plan de gestión de las áreas clínicas
 - Componentes de los contratos de gestión clínica
 - Sistema de incentiviación
- Rediseño organizativo del centro sanitario.
- Aplicación de la gestión clínica:
 - Formación en gestión de los directores de área
 - Aprobación de los planes de gestión de las áreas
 - Desarrollo de las áreas clínicas
 - Aplicación de los contratos de gestión clínica
 - Evaluación de los contratos de gestión clínica
 - Incentiviación para el cumplimiento de los contratos
- Planificación estratégica de las áreas clínicas

tivo al frente, reciban conjuntamente una formación específica en la materia. Existen diversos cursos de formación en Gestión Clínica para escoger en el mercado docente sanitario y se ha revelado, muy importante, abrir el curso a todos los responsables médicos y de enfermería. Otro aspecto a considerar, es la práctica de benchmarking estratégico con otros centros hospitalarios que hayan iniciado un proceso de innovación similar.

- **COMISIÓN ASESORA DEL CAMBIO.** Un cambio en el sistema de gestión de todos los médicos de un centro hospitalario, tiene que ser diseñado por una comisión creada ad hoc. En esta comisión se han de incorporar los responsables clínicos del comité directivo del centro hospitalario y otros profesionales de reconocido prestigio por sus propios compañeros, que hayan mostrado en el proceso de formación previo, un verdadero interés por la innovación. Esta comisión tendrá el objetivo de conceptualizar el modelo de Gestión Clínica y planificar el proceso de cambio.
- **MAPA DE PROCESOS.** El diseño de la gestión clínica se basa en la gestión y mejora de los procesos asistenciales. Por ello, es básico disponer del mapa a nivel 0 y 1, de procesos del centro sanitario, así como de todos los subprocesos asistenciales.
- **PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA INTEGRADA.** La puesta en funcionamiento de la gestión clínica no es una estrategia solitaria de un centro, sino que, se debe relacionar estrechamente con la gestión del conocimiento, el rediseño organizativo, la dirección por procesos y su mejora permanente. Por

eso, primero es necesario que el centro oriente estratégicamente su futuro, mediante la realización de un Plan Estratégico Integrado.

- **CONCEPTUALIZACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN CLÍNICA.** El director general junto con la comisión asesora, realizarán la conceptualización del modelo de gestión clínica, que se quiera aplicar en el centro sanitario. Para ello, se requiere establecer la definición consensuada de gestión clínica; la orientación estratégica de las áreas clínicas; los requerimientos para la implantación de áreas clínicas; los criterios del plan de gestión de las áreas clínicas; establecer los componentes de los contratos de gestión clínica y, finalmente, introducir un sistema de incentivación
- **REDISEÑO ORGANIZATIVO.** Como se ha mencionado anteriormente, para la implantación de la dirección por procesos y la gestión clínica, es del todo imprescindible, un cambio en la clásica estructura divisional (médicos, enfermeras, administración y servicios) de los centros sanitarios. Para ello deben crearse las **ÁREAS CLÍNICAS**, servicios y unidades asistenciales agrupadas por la similitud de las patologías tratadas. De esta manera, los equipos asistenciales multidisciplinares, integrados en estas Áreas de Gestión autónomas, denominadas **ÁREAS CLÍNICAS**, obtienen los mejores resultados asistenciales y de servicio, con la integración del conocimiento científico organizado y la voluntad de servicio, mediante la redacción, aplicación y evaluación de **VÍAS CLÍNICAS**.
- **APLICACIÓN DE LA GESTIÓN CLÍNICA.** Una vez se ha conceptualizado el modelo a aplicar en éste se ha de iniciar de una manera progresiva y es muy importante obtener el **EFFECTO DEMOSTRACIÓN**. Es decir, iniciar la experiencia en un área que por sus características internas de adhesión al cambio, el éxito esté asegurado. El proceso deberá recibir un gran soporte de todo el equipo directivo y objeto de un riguroso seguimiento. El Modelo de Gestión Clínica ha de ser explicado por el Director de Área y su equipo directivo juntamente con el gerente del centro a todos los colaboradores adscritos a su Área Clínica. Los resultados obtenidos se han de explicar en el resto del centro sanitario antes de continuar con la extensión de la aplicación del modelo.
- **PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DE LAS ÁREAS CLÍNICAS.** Un paso adelante en la maduración de la organización en su camino hacia la Excelencia, es trasladar el Proceso de Planificación Estratégica a las propias Áreas Clínicas, utilizando la misma metodología que se haya utilizado, en el centro asistencial.

8.5. ÁREAS CLÍNICAS

Las **Áreas Clínicas** son una estructura organizativa donde se desarrolla la Gestión Clínica. En el ámbito hospitalario, son las unidades asistenciales agrupadas por la similitud de las patologías tratadas y, donde los equipos asistenciales multidisciplinares desarrollan la Gestión Clínica. A nivel de atención primaria, son el propio cen-

Cuadro 8.6. ORIENTACIÓN ESTRATÉGICA DE LAS ÁREAS CLÍNICAS

- Ser centros de gestión autónomos.
- Negociar y firmar con gerencia el contrato de gestión clínica.
- Ser responsable de la gestión de todos los recursos asignados.
- Tener clientes externos (pacientes) y clientes internos (profesionales).
- Orientar la actividad asistencial teniendo como centro al cliente.
- Ser solidarias con las otras áreas clínicas y con la comunidad.

tro de salud. Estas Áreas han de asumir seis aspectos relevantes para su gestión estratégica (véase Cuadro 8.6).

Previamente, a su puesta en funcionamiento, se deben cumplir unos requisitos necesarios para su implantación y consolidación, los cuáles se resumen en el Cuadro 8.7. Las Áreas Clínicas son la estructura organizativa necesaria para la aplicación de la Dirección por Procesos en los centros de salud y en el centro hospitalario. Cada una de las Áreas Clínicas corresponde al desarrollo de los subprocesos del Macroproceso Asistencial. Consecuentemente, será necesario disponer de un líder del proceso asistencial que será el Director de Área: el cual ha de asumir juntamente con su equipo directivo el compromiso de corresponsabilidad de los resultados globales del Área Sanitaria.

Cada Área Clínica debe tener su propio líder o **DIRECTOR DE ÁREA**, o director de centro de salud y en el ámbito hospitalario convenientemente un Jefe de Servicio, nombrado por el director gerente de la organización, y será el responsable de todos los profesionales (médicos, enfermeras, administrativos) y de los recursos estructurales, logísticos y económicos asignados. Las Áreas tendrán su propio Comité Directivo, formado por los Jefes de Servicio Médicos, las Coordinadoras de Enfermería y el Coordinador de Calidad, y aquellos otros profesionales que decida la propia dirección del área. En el ámbito de la Atención Primaria sería el Director del Centro con el responsable de Enfermería y los responsables de los Programas de Salud.

Es imprescindible que los Directores de las Áreas Clínicas, reciban previamente a la puesta en marcha de la Gestión Clínica, una formación rigurosa en gestión integral de los sistemas sanitarios. El Director de Área tiene que establecer conjunta-

Cuadro 8.7. REQUERIMIENTOS PREVIOS PARA LA IMPLANTACIÓN DE UN ÁREA CLÍNICA

- Presencia de un líder del macroproceso asistencial.
- Compromiso de corresponsabilidad de los resultados globales.
- Solidez de los sistemas de información: cuadro de mandos del área.
- Existencia de un presupuesto clínico.
- Establecer el plan de gestión del área.
- Desarrollo y evaluación de las vías clínicas.
- Aplicación del programa de mejora permanente de los procesos.
- Realización de autoevaluación.
- Existencia de una línea de incentivación a los equipos.

mente con los miembros de su equipo directivo (jefes de servicio y coordinadoras de enfermería), el Plan de Gestión, que contemplará el desarrollo de los criterios básicos necesarios para su constitución y consolidación a lo largo del tiempo (Cuadro 8.8). El Plan de Gestión ha de ser elaborado por los componentes del comité directivo del Área con el liderazgo de su propio director. Por tanto, una vez constituido el Comité Directivo, éstos definirán la Misión, establecerán la Visión a lograr y en una sesión de trabajo ampliada con personas clave del área formularán los cuatro, máximo cinco Valores a compartir. Así mismo, se realizará el inventario de todos los recursos asignados y se desarrollará el catálogo de servicios que ofrecerá el área. Todo ello aliviado con el Plan Estratégico Corporativo.

El Plan, ha de ser presentado al comité directivo del centro sanitario, para su aprobación. Posteriormente será presentado a todos los colaboradores del Área. A medida que las Áreas Clínicas van instaurándose, el equipo directivo central, tiene que pulir los criterios del Contrato de Gestión y, establecer los objetivos del mismo, de acuerdo con la realidad existente.

El director de área pactará con el director gerente, el Contrato anual de Gestión Clínica y, juntamente con el equipo directivo desplegará los correspondientes Objetivos, tanto al nivel de grupo como individual. Se estudiarán las necesidades de formación de los colaboradores del área, tanto en el ámbito de perfeccionamiento técnico como de conocimiento de la filosofía y metodologías necesarias para la aplicación de las estrategias de la gestión de calidad total. Para la realización del Plan de Formación, dispondrán del soporte del Área de Gestión del Conocimiento. En una etapa posterior, el área realizará el proceso de Autoevaluación según el Modelo EFQM de Excelencia, lo que permitirá efectuar su propio Plan Estratégico.

Una vez se ha realizado la aplicación a todas las Áreas, se inicia el proceso de firma de los Contratos de Gestión, entre el director gerente y el director de Área. Estos contratos deberán ser explicados conjuntamente por el gerente y el director del Área, al equipo directivo del Área y, una vez firmados, a todos los colaboradores del Área Clínica. El Director de Área trimestralmente expondrá al director general los avances logrados en el cumplimiento de los diferentes objetivos. Una vez finalizado el ejercicio anual y durante el primer trimestre del año siguiente se hará

Cuadro 8.8. CRITERIOS DEL PLAN DE GESTIÓN DE UN ÁREA CLÍNICA

- Constituir comité directivo.
- Definir misión.
- Establecer visión.
- Compartir valores.
- Inventariar los recursos.
- Desarrollar catálogo servicios.
- Negociar contrato de gestión clínica.
- Desplegar objetivos individuales y grupales.
- Determinar necesidades de formación.
- Realizar autoevaluación.
- Confeccionar plan estratégico.
- Impulsar incentivos y sistema de recompensa.

la evaluación definitiva del cumplimiento del contrato, se asignarán incentivos en función del nivel de objetivos logrados y se preparará el nuevo Contrato de Gestión Clínica.

El Área Clínica ha de disponer de unos sistemas de información rediseñado que permitan obtener los datos necesarios para la gestión de los Contratos de Gestión. El servicio de control de gestión ha de dotar al Área de un Presupuesto Clínico Selectivo, es decir, de todos los elementos económicos que son gestionados directamente desde la propia Área. El equipo directivo del Área establecerá su propio Plan de Gestión del Área, el cual habrá de ser aprobado por el Comité Directivo del Área Sanitaria. La Área clínica debe asumir la filosofía de la gestión por procesos y por tanto deberá estandarizar su propia práctica asistencial, mediante el desarrollo y evaluación de las Vías Clínicas y a su vez mejorar permanente todos sus procesos, tanto los asistenciales como los de soporte, que se realicen en el Área. Por lo tanto, la gestión clínica precisa disponer de información para tomar decisiones.

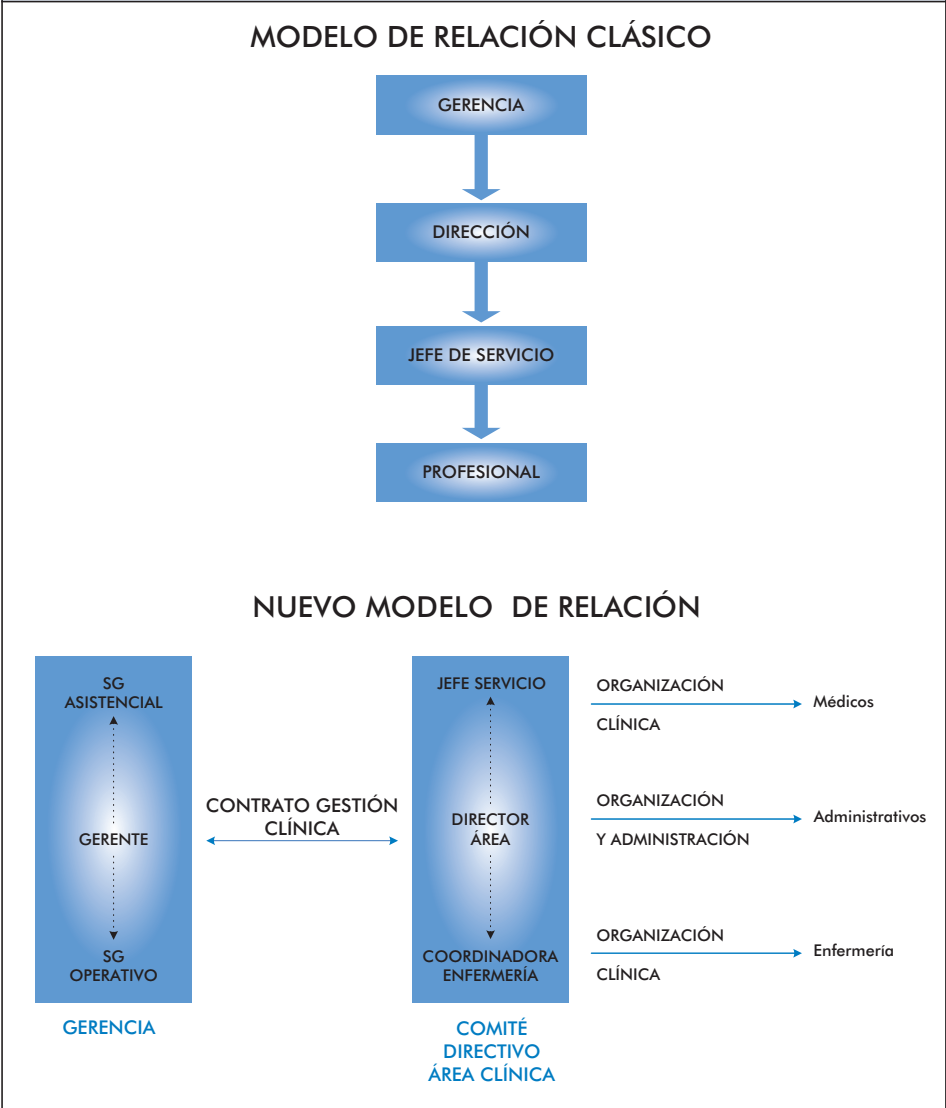
Los centros sanitarios y, concretamente los hospitales, generan muchos datos procedentes de distintas fuentes, pero esta información, aunque suele ser relativamente accesible, tiene un escaso aprovechamiento en la gestión clínica. Varios son los motivos de esta infrutilización: la información que más interesa a los profesionales clínicos suele estar inmersa en un conjunto amplio de datos de escaso interés para ellos; los indicadores son complejos o insuficientemente definidos; se genera en informes y tiempos diferentes y, al no difundirse de manera adecuada, no llega a todas las personas implicadas en la gestión clínica. La puesta en marcha de un cuadro de mando integral, permitirá la presentación periódica de un documento para cada área clínica. Este cuadro debe contener los indicadores del área y del centro. Incluyendo las comparaciones pertinentes y, que sirva para la evaluación del pacto anual de los objetivos de cada área. La información facilitada debe ser significativa, clara, precisa, oportuna, completa, porque su sentido es el seguimiento de los planes de acción y de mejora. No el diseñar la estrategia. Los objetivos y los planes de acción necesitan una herramienta útil, no una idea. Esta información hará posible que los profesionales del comité directivo del área clínica, ejerzan una capacidad de dirección cada vez mayor y, puedan adoptar medidas para mejorar los resultados de la atención a sus clientes.

El Área Clínica debería aplicar posteriormente el modelo de Excelencia, de la European Foundation for Quality Management (EFQM), con dos objetivos básicos: el primero, conocer sus áreas de mejora y seguir la evolución de su desarrollo y segundo, mediante la realización de su propio proceso de Planificación Estratégica, establecer el Plan de Mejora anual.

En la gestión de centros sanitarios innovadores, desde esta perspectiva de funcionamiento, se considera como elemento imprescindible, la necesidad detectada de los clínicos de una mayor autonomía y responsabilidad para su desarrollo profesional. De manera que les permita desarrollar sus propios proyectos y aspiraciones dentro del ámbito de gestión clínica. Lo que provoca una transformación organizativa radical, pues, las relaciones jerárquicas clásicas del modelo divisional se transformarán en un nuevo modelo relacional, basado en la Gestión Clínica a partir de la Dirección por Procesos. Para Jordi Varela, un gestor clínico puede ser cualquier médico con actividad clínica. Así, no vale un médico gestor o un especialista de servicios centrales.

Este médico, sea cual sea su rango en el organigrama de la institución, debe tener las atribuciones siguientes. Ante todo, ser el responsable de un equipo multidisciplinario y ejercer el liderazgo con objetivos asistenciales comunes, que afectan a uno o varios procesos asistenciales bien definidos. Por ello, un gestor clínico, más allá de ser un buen médico, debe tener habilidades en el tratamiento de profesionales y grupos humanos, contando con que las personas de su equipo tienen como fin conseguir la eficacia y la efectividad en los procesos clínicos que se les han encargado. Además, el gestor clínico debe contar con competencias en la gestión de los recursos, para lo cual

Figura 8.1. CAMBIOS DE LOS FLUJOS RELACIONALES EN UN MODELO CLÁSICO Y UN MODELO BASADO EN LA EXCELENCIA



debe disponer de un presupuesto adaptado a las necesidades y a los objetivos marcados. Y para todo ello, se deben adquirir instrumentos de medición y metodologías de evaluación, tanto de proceso como de resultado.

El fundamento de este enfoque es el reconocimiento de la capacidad de los profesionales de asumir importantes grados de responsabilidad si disponen de autonomía suficiente para organizarse dentro de un marco amplio previamente definido. Es necesario que se establezca un pacto de mutua confianza entre los gestores y los clínicos, a partir de los Contratos de Gestión Clínica, que establezcan la responsabilidad profesional en una posición ética de impulso de los valores compartidos y de servicio público a los clientes y también el impulso del desarrollo profesional y personal de todos los colaboradores (véase Figura 8.1). Así, el director de área debe ser evaluado anualmente, en función de los resultados obtenidos, en los diversos elementos del contrato de gestión.

Uno de los principales retos de la gestión de las personas en las organizaciones basadas en el conocimiento, es armonizar los objetivos individuales con los de la institución para impulsar resultados eficientes y lograr la satisfacción de los propios colaboradores. Los Directores de Área son el elemento clave en este sentido, para crear con un estilo de dirección propio, un entorno de relación adecuado para impulsar todo el entusiasmo y la creatividad del capital humano que lideran. Los Directores de Área han de tener definido su Estilo de Dirección, en el Plan Estratégico del centro, basado en una triple vertiente: crear una cultura de confianza mutua con los colaboradores y la dirección general; promover el crecimiento y apoyar las oportunidades de mejora de los colaboradores y; asumir la Misión, impulsando a la vez los Valores éticos institucionales, las Líneas Estratégicas y el Modelo de Gestión, que permita lograr la Visión institucional, de ser una organización Excelente.

8.6. CONTRATOS DE GESTIÓN CLÍNICA E INCENTIVOS

El **CONTRATO DE GESTIÓN CLÍNICA** es la operativización del concepto de Gestión Clínica. Este contrato ha de contener dos apartados bien diferenciados. El primero, es un recordatorio de la Misión, Visión, Valores y, líneas estratégicas del centro sanitario. El segundo, en cambio tiene los componentes específicos (Cuadro 8.9) y, sus diversos parámetros están cuantificados en términos de objetivos. Este contrato será negociado y posteriormente firmado anualmente por el Director de Área y la Dirección General. Siendo posteriormente, difundido a todos los colaboradores del Área Clínica.

La parte específica del contrato de Gestión Clínica tiene dos componentes básicos: la realización de la actividad asistencial y el cumplimiento del presupuesto clínico asignado. Además contempla objetivos de docencia, investigación y formación continuada de los colaboradores del área. Se incluyen también, objetivos de mejora de la calidad técnica (infección nosocomial, infección de la herida quirúrgica, aftas por hospitalización, caídas y accidentes, tasa de reingresos, estancia media por GRD, mortalidad por GRD, índice de reiteración de visitas, etc.) y objetivos de orientación al cliente (tasa de desprogramación de visitas ambulatorias y de intervenciones quirúrgicas, retrasos en la atención, quejas de trato inadecuado, cumplimiento del consen-

Cuadro 8.9. COMPONENTES DE LOS CONTRATOS DE GESTIÓN CLÍNICA

- Estudio de las características de producción del área.
- Análisis de la práctica clínica.
- Análisis de utilización de recursos.
- Desarrollo de un sistema de control de gestión de la unidad.
- Gestión del conocimiento.
- Criterios de atención al cliente.
- Análisis organizativo del área y clima laboral.

timiento informado, etc.). Finalmente, se contemplan objetivos de impulso al desarrollo del nuevo modelo organizativo (número de reuniones y actas del comité directivo, participación en proyectos institucionales, etc.).

Para monitorizar, evaluar y mantener bajo control todos los elementos que se consideren críticos del contrato, es preciso generar un modo sistemático de hacerlo. Para ello, es útil construir un cuadro de mando del área (y de cada uno de sus componentes) para, mes a mes, llevar a cabo un seguimiento de aspectos como el presupuesto de gastos, la actividad y de los indicadores de mejora de los procesos. Se podrá hacer, así, un análisis, control y detección temprana de las posibles desviaciones presupuestarias, infraactividad o valores indeseables de no-calidad. Es imprescindible, por tanto, realizar un esfuerzo para establecer parámetros accesibles, cuantificables y sencillos, que puedan ser registrados por personal entrenado y que reflejen directa o indirectamente la calidad del proceso asistencial.

La organización sanitaria, tanto a nivel hospitalario como de atención primaria, debe ser capaz de suministrar a las áreas clínicas y a sus unidades funcionales, información puntual y periódica, sobre los diferentes parámetros previamente establecidos. Otro aspecto garante de la eficiencia, es el establecer, en relación a temas que se consideren básicos o fundamentales, sistemas de alarma o centinela que permitan detectar inmediatamente, los casos que sobrepasen los rangos establecidos. El sistema informático del centro asistencial, debería ser capaz de captar inmediatamente este tipo de desviación y comunicarlo a las correspondientes áreas clínicas.

En los contratos, se desarrollará un modelo de evaluación de los mismos, ponderado en función de la importancia de la consecución de cada uno de los objetivos. Lo que permitirá obtener un porcentaje global de cumplimiento de éste. A ser posible, la ponderación debe haber sido consensuada entre los gestores y el equipo directivo del área. No hay una forma única y mejor de hacer las cosas y, por tanto, no existe un proceso, un camino seguro a seguir en la práctica de la gestión. Por ello, se recomienda seguir los siete puntos que se exponen a continuación.

- **Estudio de las características de producción del área.** Entre ellos:
 - *Cartera de servicios:* descripción y codificación del tipo de patologías, técnicas/procedimientos diagnósticos o terapéuticos que se prestarán en el área y sus criterios de ingreso o de adecuación.
 - *Validación del conjunto mínimo básico de datos (CMBD):* estudio de la calidad del proceso de codificación y de registro de pacientes, para garantizar que la actividad corresponde con la patología atendida en el área.

- GRD con mayor ganancia potencial de estancias: representa las oportunidades de mejora de la eficiencia en el uso de las camas y demás recursos asistenciales.
- *Comparación con el estándar*: nos permite visualizar nuestra posición en relación al estándar definido.
- *Benchmarking*: comparación con áreas y unidades similares.
- *Análisis de la actividad ambulatoria y de hospital de día*, como elemento complementario al análisis de los GRD.
- **Análisis organizativo del área.**
 - Identificación de clientes internos y externos, a los que va dirigido el servicio.
 - *Estudio de sus necesidades y expectativas*.
 - *Análisis de los procesos asistenciales*: flujos de pacientes y mapa de aquellos que constituyen de 80% de la actividad de la unidad.
 - *Control de los procesos*: vías clínicas, normas, procedimientos o protocolos, planes de cuidados. Haciendo especial hincapié en la continuidad entre niveles asistenciales (atención primaria, servicios de emergencias y asistencia especializada ambulatoria u hospitalaria en cualquiera de sus modalidades: observación en urgencias, hospital de día, ingreso convencional, etc.). La gestión de procesos asistenciales debe plantearse como un programa de gestión de la enfermedad, es decir, con una definición del curso natural de la enfermedad, su evolución y los momentos de atención para la prevención de agudizaciones, reingresos y complicaciones.
 - *Análisis de cargas de trabajo y de la organización de servicio* con el objetivo de optimizar los recursos humanos y tecnológicos.
 - *Estudio bianual del nivel de satisfacción* de todos los integrantes del área.
- **Análisis de la práctica clínica:**
 - *Previsión de actividad*: estimación de la actividad que se va a llevar a cabo en el próximo año: ingresos, intervenciones quirúrgicas, consultas, número y tipo de exploraciones complementarias en el caso de los servicios generales, técnicas de enfermería o cuidados, sesiones clínicas, publicaciones, trabajos científicos, etc.
 - *Elaboración de vías clínicas integrales del proceso asistencial* (diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las patologías que incluyan, al menos, el 80% de los casos). En los servicios centrales deberán existir procedimientos de las técnicas o estudios complementarios en la misma proporción.
 - Un aspecto nuclear tanto en la implantación de un programa de gestión clínica, es la *identificación, diseño, desarrollo y monitorización de indicadores y estándares por patología y técnica diagnóstica*. Deberán adaptarse a la naturaleza del servicio que se preste: mortalidad, infecciones nosocomiales, complicaciones, secuelas, úlceras por presión, flebitis, demoras máximas, etc. En los servicios generales y centrales irán dirigidos hacia las demoras, tiempos de respuesta, tasa de no conformidades, errores en los procesos administrativos, costes, reclamaciones/quejas de los clientes, etc.

- **Análisis de utilización de recursos:**
 - *Uso racional de pruebas diagnósticas:* criterios de indicación y de su valor predictivo.
 - *Uso racional de la tecnología:* adecuación de uso a través de guías de las agencias de evaluación de tecnologías.
 - *Uso racional de la terapéutica farmacológica:* adecuación a protocolos y política de medicamentos del hospital y del centro de salud.
- **Desarrollo de un sistema de control de gestión de la unidad:**
 - Presupuesto de la unidad: presupuesto de gastos y de actividad.
 - *Sistema de análisis de las desviaciones presupuestarias*
 - *Cuadros de mando de actividad, calidad y costes:* conjunto de indicadores que nos permiten valorar la evolución del área clínica y corregir las desviaciones.
 - *Evaluación del desempeño de los profesionales* miembros del área clínica.
 - Sistema de incentivos.
- **Gestión del conocimiento:**
 - *Estudio de necesidades de formación continuada.*
 - *Participación en programas docentes.*
 - *Establecer líneas de investigación básica/aplicada.*
- **Criterios de atención al cliente:** es el compromiso de la unidad clínica con sus pacientes y con los ciudadanos en general, e incluye actuaciones en relación a aspectos como:
 - *Accesibilidad al servicio,* listas de espera de consultas, procedimientos e intervenciones, retrasos en la atención, tasa de desprogramaciones.
 - *Información a enfermos y familiares,* tasa de quejas por trato inadecuado, consentimiento informado.
 - *Seguridad integral de los pacientes,* clínica, estructural y medioambiental.
 - *Tratamientos de pacientes críticos,* respeto a las últimas voluntades.
 - *Comunicación interna,* folletos explicativos, señalización.
 - *Realización de encuestas anuales de satisfacción de clientes.*

Un Contrato de Gestión Clínica implica establecer un riguroso **SISTEMA DE INCENTIVACIÓN**, que habrá de tener como objetivo primordial, el justo reconocimiento a la participación en la consecución de los objetivos asociados en el contrato. La autonomía de gestión de cada una de las Áreas Clínicas implica la dotación de autoridad para la toma de decisiones a los Directores de Área. Y no existe autoridad sino se dispone de capacidad técnica y humana para discriminar positivamente y negativamente.

Las Áreas Clínicas dispondrán de un sistema explícito y variado de incentivos (véase Cuadro 8.10), asignados en función del cumplimiento de los objetivos del Contrato de Gestión. Estos incentivos fundamentalmente serán de tipo grupal, siendo asignados desde el comité directivo del área, a los diversos miembros de los equipos interdisciplinarios. Como los sistemas de información existentes actualmente, aun no

Cuadro 8.10. INCENTIVACIÓN**Formación**

- > Estancias en hospitales excelentes
- > Postgrados especializados
- > Soporte unidad de investigación

Inversiones descentralizadas

- > Presupuesto propio del área

Programa de mejora de los procesos

- > Grupos de mejora en horario laboral

Vías clínicas

- > Reconocimiento profesional
- > Recompensas a los equipos disciplinarios

permiten la discriminación individual, es recomendable establecer un sistema global en todo el Área Clínica y que el Comité Directivo del Área establece el sistema de reparto en función de la aportación global de cada profesional.

Vicente Ortún introduce una cautela muy importante en la introducción de incentivos. Según el autor, conviene huir de la idea simplista del incentivo como forma de combatir la aversión al esfuerzo y al riesgo. Es necesario tener presente la motivación intrínseca: las preferencias de las personas por el trabajo interesante, la búsqueda de aprobación social (por colegas en particular) así como la presencia de reciprocidad. Hay que tener mucho cuidado con la posible expulsión de la motivación intrínseca (gusto por el trabajo, profesionalismo, reciprocidad...) por la introducción de incentivos explícitos externos y, más cuidado todavía en sustituir normas sociales o profesionales correctas (reglas de juego que alineen intereses sociales e individuales) por transacciones de mercado.

Debe evitarse la aparición de incentivos perversos. La ausencia de un programa de incentivos bien establecido, tiene entre sus principales consecuencias que los profesionales se incentivarán particularmente contra los intereses generales de la organización. A través de la descoordinación, pudiendo aparecer conductas poco adecuadas, como el incumplimiento de horarios, la ausencia de comportamientos cooperativos, la escasa implicación en actividades de investigación y docencia, la invasión de competencias ajenas, el cumplimiento escrupuloso de las funciones, la mala calidad de trato al paciente, la búsqueda y/o aceptación de incentivos externos, ajenos al sistema público.

Con la intención de refrendar la responsabilidad no sólo de los profesionales clínicos, sino también de los gestores, Vicen Ortún sugiere que sería interesante ver el efecto de, añadir en el contrato una cláusula de penalización en caso de incumplimiento de cualquiera de las partes. Todos deberían tener la posibilidad de asumir las consecuencias de sus decisiones y, actuaciones sobre el éxito y, la viabilidad de la empresa sanitaria.

8.7. REDISEÑO ORGANIZATIVO PARA LA EXCELENCIA

Que los centros sanitarios son una empresa, actualmente es algo indiscutible, excepto para unas pequeñas minorías de profesionales, anclados en el pasado más vetusto. Fue a finales de los setenta, cuando Fetter y sus colaboradores de la Universidad de Yale, en los estudios iniciales de los grupos relacionados de diagnóstico (DRG), definieron el hospital como *«firma multiproducto donde cada producto está compuesto de diversos bienes y servicios. Su línea de producción es potencialmente tan extensa, como el número de pacientes que trata»*. Desde entonces, mucho se ha avanzado en el entendimiento del hospital como empresa. Lo que significa, aceptar fundamentalmente que los recursos hospitalarios son y deben ser gestionables y, que la eficiencia en su uso y, la búsqueda de la mejora permanente de sus procesos, son políticas imprescindibles en su gestión diaria.

Formar a los directivos para que puedan afrontar las nuevas situaciones requiere, frecuentemente, de todos los recursos para el desarrollo que una empresa puede poner en práctica. La dirección y sus apoyos técnicos tienen que formar equipos de alto rendimiento que experimenten e impulsen los cambios y las estrategias organizacionales, dado que las decisiones directivas tienen impacto no solo en el resultado económico sino en el organizativo (intrategia y estrategia). Un paso importante es mantener una discusión permanente sobre las cuestiones propuestas, con la finalidad de ir construyendo valores y experiencias compartidas, deseables en un enfoque de cultura organizacional. Los verdaderos equipos reúnen gente que posee habilidades complementarias, comprometida con un propósito común (no sólo con una asignación común) y, tienen hitos de desarrollo, específicos y medibles, para los que comparten la responsabilidad.

Para Mintzberg, uno de los parámetros fundamentales de diseño de las organizaciones es la descentralización. La descentralización se refiere a la difusión del poder de toma de decisiones. Cuando todo el poder descansa en un único punto de una organización, se trata de una estructura relativamente descentralizada. Puede diferenciarse la descentralización vertical (cuando la delegación de poder reconocido oficialmente desciende por la jerarquía hasta los jefes del núcleo operativo), de la descentralización horizontal (el grado hasta el cuál, el poder reconocido y no reconocido oficialmente, se dispersa fuera de la jerarquía de línea hacia personas que no ocupan cargos directivos), así como, de la descentralización paralela (donde el poder sobre diferentes tipos de decisiones se delega en un mismo punto).

Los equipos en la organización horizontal, también asumen verdaderas responsabilidades directivas. Aun así, la jerarquía no se elimina por completo, los grupos de los procesos están bajo los órdenes de los titulares de los procesos, que suelen ser equipos de líderes, responsables de cumplir los objetivos específicos de desarrollo de cada proceso. Y sigue habiendo una jerarquía que también supervisa toda la organización, al ser las capacidades humanas naturalmente limitadas.

El resultado tiene que ser una estructura organizada en equipos, más plana, aunque siga siendo jerárquica, que sustituya a las jerarquías verticales de la administración funcional tradicional. Una distinción importante que hacen los teóricos de las organizaciones cuando describen a la organización horizontal es que resulta más plana, pero no es plana. Pues, existen menos niveles de jerarquía, pero la organización no será completamente plana. La utilización de sistemas de trabajo con un alto grado de com-

promiso, trabajadores con poder de decisión reunidos en equipos, la retroalimentación justo a tiempo y prácticas de capacitación multidimensionales, permiten que el diseño horizontal cree un ambiente de trabajo más humanitario y aporte un nuevo significado al mismo trabajo. El poder ha de expresarse a través del conocimiento y de la experiencia. En las estructuras organizativas se tienen que construir cúpulas y no pirámides. La verdadera ventaja reside más que en la capacidad de utilizar el conocimiento, en la capacidad de aprender y de generar nuevo conocimiento. Las personas se esfuerzan en comprometerse si dispone de libertad y, de un entorno laboral que lo permita.

La organización horizontal se diseña para ofrecer a las empresas, la forma estructural y el enfoque organizacional integrado, que les permita entregar el máximo valor añadido a los clientes. No hay dos estructuras horizontales que sean exactamente iguales, debido a que cada una se diseña para producir una propuesta de valor distintiva. Un organigrama no es una empresa. La transformación que están realizando las principales organizaciones sanitarias, que persiguen la Excelencia empresarial, se basa en los principios generales del Cuadro 8.11.

Esta transformación organizativa se caracteriza, por los cuatro elementos que se exponen en el Cuadro 8.12 y, en la Figura 8.2 se esquematiza la evolución de las clásicas estructuras organizativas sanitarias hacia las de tipo horizontal.

Como se ha mencionado anteriormente, todas las empresas y, las sanitarias también, están inmersas en entornos muy cambiantes y, por lo tanto, requieren de estructuras y procesos organizativos, que sean a la vez flexibles y adaptables, a los cambios que se avecinan. Cambiar desde formas de funcionamiento tayloristas y burocráticas, a estructuras más descentralizadas y centradas en las personas, significa enfocar la organización hacia la Excelencia.

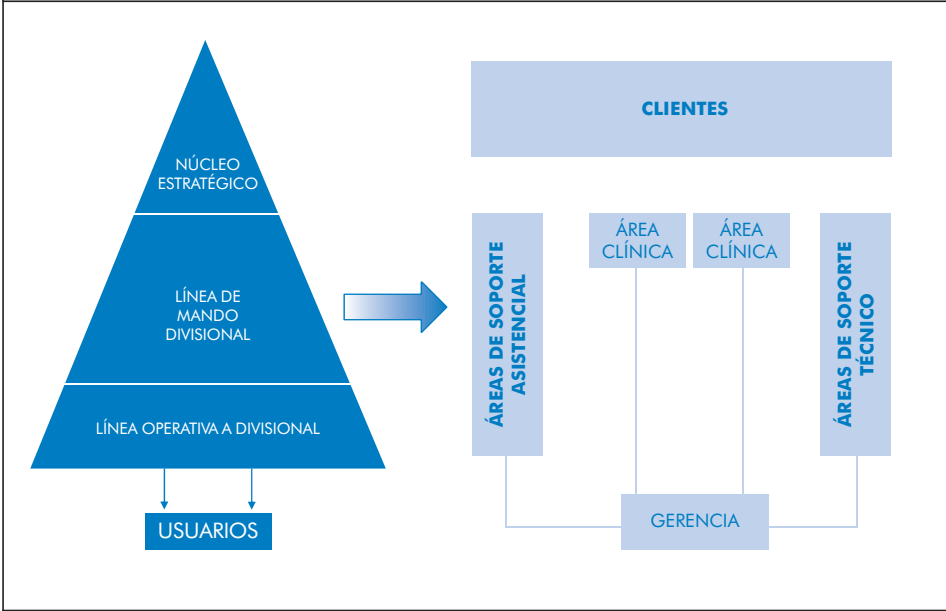
Cuadro 8.11. CARACTERÍSTICAS DE LAS NUEVAS ORGANIZACIONES SANITARIAS

- Los clientes son el eje vertebral de la organización.
- Los propietarios de los procesos son responsables de dirigirlos y administrarlos, de principio a fin.
- Los equipos disciplinarios constituyen las unidades fundamentales de la organización y, se les estimula a autogestionarse.
- La nueva organización proporciona recursos y poder de decisión a los clínicos, a través del empowerment.
- La gerencia es un ente facilitador y coordinador de las tareas de los profesionales del conocimiento.

Cuadro 8.12 ELEMENTOS DEL CAMBIO ORGANIZATIVO SANITARIO PARA ALINEARSE CON LA EXCELENCIA

- **INVERSIÓN DEL ORGANIGRAMA:** la organización se orienta al cliente
- **APLANAMIENTO:** disminuyen el número de niveles de mandos intermedios
- **DESCENTRALIZACIÓN:** las decisiones se toman en el mismo nivel donde se deciden
- **GERENCIA FACILITADORA:** en la base del organigrama, cohesionando a toda la organización.

Figura 8.2. ELEMENTOS DEL CAMBIO ORGANIZATIVO SANITARIO PARA ALINEARSE CON LA EXCELENCIA



Debemos ir hacia una organización descentralizada, más orientada a los resultados, que no a las funciones. Donde la continuidad asistencial sea un elemento que añade valor. Lógicamente esta «reorganización» necesita de un firme compromiso de cooperación, entre los diferentes profesionales que actúan en todos los procesos, y de una gran capacidad y voluntad de asumir un mayor grado de autonomía y responsabilidad, en la gestión de los recursos que utilizan en su práctica clínica.

El núcleo central del proceso de transformación, es la consideración de los profesionales, como los motores del cambio a través de acciones de cooperación y consenso en torno a los procesos asistenciales. Y debe visualizarse como un proyecto global. En él estarán implicadas múltiples líneas, intentando ofrecer una actuación coordinada y, persiguiendo un ambicioso objetivo: dar paso a una organización sanitaria más moderna, con capacidad de innovar permanentemente y, de responder a las expectativas que ciudadanos y profesionales, planteen ahora y en el futuro.

La dirección por procesos se ha revelado como una herramienta útil de cara a los planteamientos de rediseño organizativo que se han desarrollado en los últimos años en el mundo empresarial. En efecto, la dirección por procesos determina una nueva visión de la organización, más orientada a las expectativas que tanto clientes como profesionales esperan y, por lo tanto, a la resolución de problemas de acuerdo con un enfoque más lógico: una visión horizontal de la organización mediante el análisis de los flujos de trabajo que intervienen en el desarrollo de los diferentes procesos, ya sea de producción o de servicio. Intentando en todo momento añadir valor a esa cadena de acciones, con el fin de provocar una mejora de los resultados. La dirección por pro-

cesos nos propone organizaciones menos complejas y más planas (véase Figura 8.1 y 8.2) desde la perspectiva de la estructura jerárquica. Organizaciones en las que, sin embargo, es necesaria una mayor coordinación en las actuaciones y, una cultura de mejora continua claramente establecida, cuyos elementos clave para garantizar la sostenibilidad, e incluso la supervivencia de la empresa, son la cooperación y la orientación al cliente.

Lo que conlleva, aplicar estrategias que conduzcan a los hospitales y a los centros de salud, a la Excelencia empresarial, como son, además de la dirección por procesos, su mejora permanente y la gestión clínica. Para ello, debe realizarse una reingeniería radical de las estructuras organizativas clásicas de los centros sanitarios. Alinear la estructura organizativa de un centro sanitario, con la dirección por procesos y la gestión clínica, debe hacerse mediante equipos multidisciplinares autónomos y, para ello, es imprescindible un cambio en las obsoletas estructuras clásicas divisionales (medicina, enfermería, administración, servicios generales y recursos humanos). Deben desaparecer actitudes corporativas, dirigismos, rigideces, centralismos y burocracias agotadoras, sin el objetivo común de todo sistema sanitario, la satisfacción de los clientes y de sus familiares.

A partir de la plena asunción, por parte del director gerente, de los principios del cambio organizativo sanitario para alinearse con la Excelencia (expuestos en el Cuadro 8.12), el proceso para realizar el cambio organizativo en un centro sanitario, sigue las diversas etapas del Cuadro 8.13. Requiriéndose en primer lugar, la constitución de una comisión asesora de la gerencia formada por los líderes de opinión del estamento clave a la vez de encauzar cualquier clase de cambio, los médicos. De ahí que, será necesario buscar la complicidad primero y, la involucración después de aquellos líderes del colectivo que previamente se hayan caracterizado por su espíritu de innovación, tanto a nivel asistencial, como a nivel docente o a nivel de gestión. Con ellos, primero de forma individual y, una vez animados en la posibilidad de participar en el diseño de una nueva estructura organizativa que dé respuesta a su necesidad de liderar los procesos asistenciales, de los que son responsables, se constituirá el comité asesor.

Mientras el comité realiza sus primeras reuniones, el primer ejecutivo tiene que seducir al resto de los miembros del equipo de dirección, y muy especialmente, a los máximos responsables de los colectivos clave en el proceso asistencial, el director médico y la directora de enfermería. Su adscripción total en el proyecto será difícil, pues uno de los principales objetivos es romper con la obsoleta estructura divisional, y por lo tanto, su rol y estatus en la nueva organización tiene que serles muy bien ex-

Cuadro 8.13. GUÍA DEL REDISEÑO ORGANIZATIVO DE UN CENTRO SANITARIO

- Constitución de un comité asesor del cambio
- Involucración de todo el personal de dirección
- Diseño de la nueva estructura organizativa
- Aprobación de la nueva estructura por el máximo órgano de gobierno
- Comunicación del cambio a toda la organización
- Prueba piloto del cambio
- Rediseño de la nueva estructura
- Implantación progresiva

plicado. No se puede obviar que todas las personas que participan en el cambio tienen que ganar, de una manera o de otra. Su incorporación en el comité asesor será del todo imprescindible, pero previamente hará falta que sus componentes acepten que sin la participación del personal de enfermería, el cambio no es posible. El resto de los miembros del personal de dirección han de estar constantemente informados por la propia gerencia de todo el proceso de diseño de la nueva estructura, de manera que aporten nuevas ideas en el seno del comité directivo.

En el caso de no obtener, por parte de algún directivo la no involucración total en el proyecto, es necesario intentar convencerlo, sino es factible no quedará más remedio que relevarlo. Pues no hay nada más peligroso para una organización, que un directivo en desacuerdo con sus líneas estratégicas. Una vez se tiene claro cuál tiene que ser la nueva organización y antes de su difusión, hace falta que el director gerente obtenga la aprobación y el apoyo del máximo órgano de gobierno de la institución. Una vez logrado esto, el propio gerente difundirá a todos los colaboradores del centro, el porqué y su magnitud.

El cambio se iniciará, naturalmente, en un área piloto, pues la obtención del efecto demostración será imprescindible para su aplicación de una manera progresiva en toda la organización. Conforme el cambio se difunde a toda la organización, con el apoyo del comité de apoyo se realizarán todas aquellas modificaciones necesarias del proyecto inicial, a fin y efecto, de asegurar el éxito.

La aplicación de la gestión clínica y de la dirección por procesos en un centro sanitario, comporta la constitución de equipos asistenciales, formados por médicos y enfermeras, integrados en Áreas de Gestión Asistenciales. Estas Áreas son servicios y unidades asistenciales, agrupadas por la similitud de las patologías tratadas (véase Cuadro 8.14) y donde los equipos multidisciplinares gestionan procesos mediante la aplicación del conocimiento científico estandarizado (véase vías clínicas) y la gestión clínica. Así mismo, en el Cuadro 8.15, se expone otra de las posibilidades de agrupación de los servicios y unidades, basado en el modelo de los institutos clínicos, de un hospital universitario.

Para la elaboración del nuevo organigrama orientado a la Excelencia, nos debemos basar en el mapa de procesos del centro sanitario (véase Figura 6.5), y debe cum-

Cuadro 8.14. COMPOSICIÓN DE LAS ÁREAS DE GESTIÓN DE UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA	
ÁREAS DE GESTIÓN ASISTENCIALES	Diagnóstico por la Imagen, Laboratorio de Análisis Clínicos, Anatomía Patológica, Farmacia.
MEDICINA	Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Interna, Alergología, Cardiología, Dermatología, Endocrinología y Nutrición, Enfermedades Infecciosas, Digestología, Nefrología, Neurología, Patología del Sueño, Oncología y Medicina Paliativa, Geriátrica, Medicina Preventiva, Hospital de Día y Hospitalización Domiciliaria
APARATO LOCOMOTOR	Traumatología y Cirugía Ortopédica, Reumatología, Rehabilitación, Fisioterapia y Medicina del Deporte.

Cuadro 8.14. COMPOSICIÓN DE LAS ÁREAS DE GESTIÓN DE UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA (Cont.)

ÁREAS DE GESTIÓN ASISTENCIALES (sigue)	
QUIRÚRGICA	Cirugía General, Cirugía Vascular y Angiología, Cirugía Maxilofacial, Odonto-Estomatología, Oftalmología, ORL y Urología.
MATERNAINFANTIL	Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Medicina Reproductiva.
CRÍTICOS	Anestesia y Clínica del Dolor, Bloque Quirúrgico, Esterilización, Reanimación, Medicina Intensiva y Urgencias.
SALUD MENTAL	Psiquiatría, Psicología y Dependencias.
SOPORTE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	Diagnóstico por la Imagen, Laboratorio de Análisis Clínicos, Anatomía Patológica, Farmacia.
ÁREAS DE GESTIÓN DE SOPORTE	
CLIENTES	Atención al Cliente, Admisiones, Recepción, Atención Psicosocial, Hostelería.
ADMINISTRATIVA	Económico-financiera, Logística, Relaciones Laborales, Mantenimiento y Gestión patrimonial, Contratación administrativa, Facturación, Seguridad Integral.
DESARROLLO CORPORATIVO	Gestión De la Excelencia, Gestión del conocimiento, Planificación, Comunicación interna y externa, Responsabilidad social corporativa.

Cuadro 8.15. AGRUPACIÓN DE SERVICIOS Y UNIDADES CLÍNICAS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Institutos	Servicios y Unidades
Neurológico	Neurología, Neurofisiología, Neurocirugía, Neurorradiología, Neuropsicología, Neuropediatría, Patología del Sueño y Neuroangiografía.
Salud Mental	Psiquiatría, Psicología clínica, Dependencias.
Corazón	Cardiología, Cirugía cardiaca, Cirugía Vascular y Angiología, UCI coronaria.
Tórax	Pneumología y Cirugía torácica.
Digestivo	Digestología, Endoscopia y Cirugía digestiva.
Renal	Nefrología, Urología, Andrología, Hemodiálisis y Litotricia.

Cuadro 8.15. AGRUPACIÓN DE SERVICIOS Y UNIDADES CLÍNICAS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO (Cont.)	
Institutos	Servicios y Unidades
Maternoinfantil	Neonatología y UCI Neonatológica, Pediatría, Obstetricia, Ginecología, Medicina Reproductiva y Cirugía Pediátrica.
Locomotor	Traumatología y Cirugía Ortopédica, Medicina del Deporte, Reumatología, Rehabilitación, Logopedia y Fisioterapia.
Medicina y especialidades	Medicina Interna, Alergología, Cardiología, Dermatología, Endocrinología y Nutrición, Enfermedades Infecciosas, Geriatria, Medicina Preventiva, UCI Medicina, Hospital de Día y Hospitalización Domiciliaria y, si corresponde, Medicina Familiar y Comunitaria.
Oncológico	Oncología, Medicina Paliativa, Oncohematología, Oncología Radioterápica y Medicina Nuclear.
Craneofacial	Oftalmología, Otorrinolaringología. Cirugía maxilofacial, Odontostomatología.
Plástico	Cirugía Plástica y Reparadora, UCI quemados.
Medicina Crítica	Anestesia y Clínica del Dolor, Reanimación, Unidad Cirugía sin Ingreso, UCI Quirúrgica, Urgencias y Emergencias.
Diagnóstico-Terapéutico	Diagnóstico por la Imagen, Hematología, Bioquímica, Microbiología, Inmunología, Genética, Anatomía Patológica y Farmacia.

plir con los requisitos expuestos en el Cuadro 8.12. Para ello deben elaborarse las tablas correspondientes de macroprocesos, procesos, propietario, área de gestión y posición en el organigrama. El macroproceso crítico de un centro sanitario es el asistencial, pues es la razón de ser de su existencia. Este macroproceso tiene diferentes procesos, los cuáles deben coincidir con el diseño de las áreas clínicas de los Cuadros 8.14 y 8.15.

La gerencia debe contar con los apoyos del Director Asistencial y de Gestión. El director asistencial coordina todos los procesos asistenciales y el de archivo y documentación. El de gestión coordina el área de clientes y la administrativa.

Cuadro 8.16. VENTAJAS ESTRATÉGICAS DEL MODELO ORGANIZATIVO EN ÁREAS CLÍNICAS
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Desaparición de las direcciones divisionales clásicas. ➤ Creación de equipos directivos autónomos, formados por los responsables médicos y de enfermería, con poder de decisión en cada una de las áreas de gestión. Su vínculo con la dirección general es a través del contrato de gestión. ➤ Incorporación masiva de profesionales asistenciales en el equipo de dirección del centro sanitario, formado por el director general, el director asistencial, el director de gestión y los directores de cada una de las áreas. ➤ Autonomía de gestión de los clínicos, en las áreas clínicas descentralizadas.

El nuevo diseño organizativo, que se presenta en la Figura 8.3, permite el desarrollo de un modelo altamente innovador y alineado con los principios de la dirección por procesos y de la gestión clínica, herramientas básicas de la Excelencia. En el Cuadro 8.16 se exponen las principales ventajas, detectadas con la aplicación de este nuevo modelo organizativo.



8.8. LOS EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS

Muchos servicios de salud requieren la colaboración de diferentes profesionales, en ocasiones de la misma especialidad, pero frecuentemente de diferentes disciplinas, en el mismo proceso asistencial. En este sentido, aparecen conceptos como el de longitudinalidad y el de continuidad. Siguiendo a Barbara Starfield, se entiende por *longitudinalidad* el seguimiento de los diferentes problemas de salud de un paciente por un mismo profesional. Por *continuidad* se concibe el seguimiento que un mismo profesional realiza de un problema determinado del paciente. La continuidad no necesariamente requiere una relación personal estable entre profesional y paciente; mediante registros adecuados (historia clínica, registros clínicos, etc.) es factible seguir las circunstancias de la atención de una enfermedad. En cambio, la longitudinalidad precisa, además de registros de calidad, que se mantenga una estabilidad personal en el tiempo y en el espacio de la interrelación especializada o en los servicios de urgencia.

El concepto de **multidisciplinariedad** se entiende como el trabajo de un conjunto de profesionales con diferentes perspectivas, con distinta formación y diversas maneras de actuar que atienden a una misma persona. Este conjunto de profesionales no se interrelaciona ni intercambia perspectivas disciplinarias. Aunque se trata de la misma persona, ésta no constituye necesariamente el objetivo común para este conjunto de profe-

sionales. Se realizan las derivaciones oportunas entre los diferentes ámbitos y entre las distintas redes asistenciales, pero sin realizar un acompañamiento y sin que haya un referente profesional que coordine las distintas acciones. De esta forma se pierde información del recorrido y del proceso que van efectuando las personas atendidas y se multiplican las consecuentes intervenciones posteriores. En definitiva, en el trabajo multidisciplinario cada profesional se dedica tan sólo a ejercer sus funciones, aunque el problema del paciente o de su familia tenga diferentes dimensiones.

La interdisciplinariedad, en cambio, consiste en el trabajo conjunto de diferentes profesionales, con un objetivo común. Estos profesionales realizan sus aportaciones desde cada una de sus disciplinas concretas y desde el criterio de la institución en la que trabajan (médico, psiquiatra, trabajador social, enfermera, educador, etc.), y se diferencian por la información y la intervención que deben llevar a término. Sus actuaciones se organizan de acuerdo con las prioridades del problema de la persona o personas que deben atender. Para Xavier Clèries, el trabajo interdisciplinario contempla unos principios fundamentales que se describen en el Cuadro 8.17.

En principio, a través del trabajo interdisciplinario se consigue que cada profesional del equipo contemple en un paciente no un problema corporal, mental o social, sino una persona que está afectada, en todas las dimensiones (biopsicosociales), por un problema de salud. Mediante el consenso de los diferentes profesionales, con tiempo y esfuerzos, el equipo elabora, implanta y evalúa, vías clínicas integrales. Se considera un equipo a un conjunto de personas no excesivamente amplio (un máximo de 15) que trabajan juntas y lo hacen en una serie de condiciones que se exponen en el Cuadro 8.18.

Cuadro 8.17. PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA INTERDISCIPLINARIEDAD

- Tener un *objetivo común*: Las funciones y las disciplinas de los profesionales son diferentes, pero este objetivo común tiene que servir de base para diseñar el plan del trabajo asistencial.
- Establecer una *igualación*: cada profesional tiene el mismo valor ante el problema. De su propio paradigma profesional se aprovecha la información que genera una información que es para todos los profesionales. Aunque los profesionales de estatus superior tienden a negar la igualación del resto de profesionales, con la finalidad de preservar los privilegios que sienten amenazados.
- Respetar la *diferenciación*: se mantiene aquello que es específico de cada aportación profesional. Se adapta a la necesidad de la respuesta, la cual exige que sea diferenciada según la realidad de cada caso; cada uno de los profesionales aporta lo que le es específico y lo que necesita la realidad concreta para resolver el problema. Sin embargo, Los roles establecidos por profesionales de titulación media entran en tensión al estar en contacto con profesionales que poseen titulaciones superiores.
- Mantener una *jerarquización*: se parte de la necesidad y de la capacidad para flexibilizar las jerarquías. Surge del análisis del problema al haber identificado aquellas dimensiones prioritarias o dominantes y que hacen que un profesional se adapte mejor que otro para poder coordinar las otras respuestas profesionales. La negación de la jerarquización flexible es debida a la historia de la profesión y la experiencia, que sustentan este tipo de problemas, pero también influyen factores como inercias en las relaciones, antigüedad, etc., Un ejemplo podría darse en aquellos equipos de profesionales que escogen como director al profesional más antiguo, independientemente de que su perfil sea el más idóneo para las tareas que se deben atender.

Cuadro 8.18. CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DEL TRABAJO EN EQUIPO

- Los miembros de un equipo comparten un objetivo común que los une y los guía en sus acciones.
- Cada miembro del equipo tiene una *comprensión clara* de sus propias *funciones* y reconoce intereses comunes con el resto del equipo.
- El equipo de trabajo agrupa conocimientos, técnicas y recursos. Todos los miembros *comparten la responsabilidad* de los resultados.
- La efectividad del equipo está relacionada con su capacidad para llevar a cabo el trabajo y con su *habilidad para organizarse* como un grupo independiente de personas.

El trabajo en equipo se considera un aspecto importante en el establecimiento de las competencias de la profesión médica, de la enfermería y del trabajo social, así como, de otras profesiones de la salud. El proceso para llegar a trabajar de manera eficaz en equipo normalmente sigue las fases que se describen en el Cuadro 8.19. En el Cuadro 8.20 se resumen las ventajas y las desventajas del trabajo en equipo.

El líder del equipo tiene que hacerse cargo de las ansiedades y de las frustraciones del resto del grupo, sin olvidar los objetivos que guían las tareas que se llevan a cabo. Si se consigue contener la ansiedad se podrá discutir y pensar. Quien dirige tiene que

Cuadro 8.19. FASES DEL TRABAJO EN EQUIPO

- **Establecer un sistema de comunicación.** Existen mecanismos de comunicación denominados «informales», pero en un equipo es necesario formalizar los sistemas de comunicación, por ejemplo a través de las reuniones periódicas (y eficaces) de los miembros.
- **Fijar el objetivo en común.** Es imprescindible que todos los miembros lo conozcan y lo compartan. A su vez, es necesario que el objetivo sea explícito y fijado de común acuerdo. A veces surgen contradicciones entre los objetivos del equipo y los objetivos personales. La figura del líder tiene un papel sumamente importante para no perder de vista el objetivo común y armonizar los esfuerzos individuales para que se conviertan en grupales.
- **Establecer un plan de actuación.** Se tienen que acordar los procedimientos y las normas de funcionamiento del grupo. También es necesario repartir las tareas en función de los objetivos que se tienen que alcanzar y los diferentes grados de responsabilidad y de competencia profesional.
- **Determinar los mecanismos de toma de decisiones.** Se escogen los mecanismos de decisión, si tienen que ser jerarquizados y autoritarios o, por el contrario, participativos y democráticos. En este último caso el proceso requiere más tiempo y esfuerzo, aunque incrementa la probabilidad de implicar a todos en la decisión tomada. En este supuesto es preciso hacer explícitos los mecanismos concretos por los que se toma una decisión.
- **Definir un sistema de autoevaluación.** Conseguir este punto implica que el grupo ha llegado a un alto grado de madurez. Se asume que se trabaja con las aportaciones de todos los miembros, con la capacidad de mejorar sin intervenciones eternas y aceptando que se puede criticar y ser criticado. Por un lado es necesario evaluar el cumplimiento de los objetivos establecidos y, por otro lado, el proceso y funcionamiento del propio grupo. Tiene que haber acuerdo en la interpretación de los resultados y en los cambios que se tienen que realizar.

Cuadro 8.20. VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL TRABAJO EN EQUIPO	
Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se unen diferentes experiencias, disciplinas y paradigmas. ➤ Se favorece el aprendizaje y la autoformación. ➤ Se realizan protocolos eficaces. ➤ Se mejora la creatividad. ➤ Se favorece la tendencia a evitar la cosificación del paciente. ➤ Disminuye el grado de ansiedad de la demanda asistencial. ➤ Se favorece la espontaneidad. ➤ Se favorece la solidaridad en el trabajo. ➤ Se logra el enriquecimiento personal de los miembros y del proceso grupal. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dificultad de que los roles profesionales sean flexibles, sin que se llegue a una confusión entre ellos. ➤ Dificultad de establecer vías de comunicación democráticas entre las diferentes disciplinas y paradigmas que forman el equipo. ➤ Complejidad para acercar las expectativas de cada miembro a los objetivos generales del grupo. ➤ Dificultad de superar las tensiones de los intereses individuales, en beneficio de la cohesión grupal. ➤ La ansiedad delante de la situación de cambio (resistencia al cambio) y a la ansiedad de la presión asistencial. ➤ La relación entre el equipo y la organización sanitaria. ➤ Dificultad para incluir las emociones en la dinámica de grupo. ➤ Riesgo de subdivisiones en el equipo. ➤ Necesidad de reuniones frecuentes que no siempre son efectivas.

pensar, aunque con frecuencia implique encontrarse solo. En ocasiones es una buena señal que una reunión no sea unánimemente satisfactoria. Después de la frustración se produce un cambio y se suele resolver un problema. Lo importante es la cantidad de frustración que se es capaz de tolerar. Un exceso puede llegar a ser perjudicial.

La diferencia entre un grupo y un equipo radica en el grado de madurez. Un equipo supone cierto grado de organización que permite afrontar una tarea de manera eficaz. Se han descrito una serie de etapas por las que suelen transcurrir los grupos hasta llegar a constituirse en un equipo: a) buscar seguridad y superar las inhibiciones iniciales, b) desarrollar relaciones y confianza personal, c) desarrollo de la participación de los miembros del grupo, y d) estructuración de un grupo autónomo y definición de los roles del grupo y estructura interna del mismo. Es aconsejable que en un equipo de trabajo se lleguen a conseguir las características que se exponen en el Cuadro 8.21.

El funcionamiento de los grupos requiere una capacidad de saber observar lo que va aconteciendo en el desarrollo de la dinámica grupal; para ello adquiere especial relevancia la identificación de los problemas que surgen.

Es inevitable que en los grupos coexistan diferentes pareceres, argumentos, tensiones, impaciencia, etc. Lo importante es percibirlo y poder hablar de estas discrepancias. Hay una serie de señales que pueden ayudar a identificar en qué momento se gestan los problemas en los grupos y en los equipos de trabajo, se exponen en el Cuadro 8.22. En otras ocasiones se perciben señales de falta de interés en el funcionamiento del grupo, y se pueden observar algunos de los síntomas que aparecen en el Cuadro 8.23.

Cuadro 8.21. CARACTERÍSTICAS DE LOS EQUIPOS DE TRABAJO

- Confianza mutua entre los miembros que forman el equipo y compartir la creencia en el trabajo de cooperación y en la capacidad de llevarlo a término.
- Comunicación interpersonal adecuada, y no un simple intercambio de información.
- Reconocimiento y respeto para cada una de las aportaciones individuales.
- Actitud de apoyo mutuo orientada hacia la tarea y hacia los objetivos que se tienen que conseguir.
- Identificación con los objetivos del grupo por encima de los objetivos individuales.

Cuadro 8.22. SÍNTOMAS GENERALES INDICADORES DE PROBLEMAS EN LOS GRUPOS

- Los miembros de los grupos muestran impaciencia.
- Se atacan las ideas antes de que se hayan acabado de exponer.
- Se toma parte en una posición sin ceder.
- No hay acuerdo entre planes y propuestas.
- Los argumentos se exponen violentamente.
- Los miembros se atacan entre ellos con más o menos sutileza.
- Se contradice sistemáticamente la propuesta del líder del grupo.
- Se tergiversan las contribuciones que se realizan en el grupo.

Cuadro 8.23 . SÍNTOMAS GENERALES DE FALTA DE INTERÉS EN EL GRUPO

- Bostezos y cabezadas frecuentes.
- Pérdida del hilo de la discusión.
- Poca participación.
- Retrasos y ausencias frecuentes de los miembros del grupo.
- Inquietud y sensación de incomodidad.
- Decisiones precipitadas sin reflexión previa.
- Decisiones no llevadas a cabo.
- Tendencia al aplazamiento de reuniones.
- Falta de preparación de las reuniones.
- No aceptación de responsabilidades.

A pesar de los síntomas que se pueden detectar con una buena observación del comportamiento grupal, se dispone de algunas técnicas que son bastante útiles para saber hacer críticas en el contexto de un equipo de trabajo y que se describen en el Cuadro 8.24, aunque también es necesario saber recibirlas.

Cuando el paciente y sus necesidades de salud constituyen la finalidad común que agrupa diferentes profesionales es más fácil establecer un sistema de comunicación eficaz que permita alcanzar los objetivos establecidos. Pero cuando los intereses particulares, ya sean individuales o de subgrupo, son los que prevalecen, en ocasiones ajenos a los intereses de los pacientes, se contribuye a crear una confusión en ellos y en sus familiares. En definitiva, la tarea del entendimiento de diferentes disciplinas en un contexto de trabajo en equipo se tiene que alcanzar mediante las dimensiones relacionales y comunicacionales de la competencia profesional.

Cuadro 8.24. LAS CRÍTICAS EN LOS EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS

Cómo hacer críticas

- *Establecer claramente el objetivo:* los cambios concretos que queremos modificar, sin deteriorar las relaciones interpersonales
- Describir la situación: *qué es lo que nos inoportuna, describirlo específicamente*, evitando expresiones que puedan levantar resistencias, como «Eres un prepotente», «siempre estás poniendo pegas»
- Expresar los sentimientos y las opiniones en primera persona: *utilizar mensajes «yo»* («Me molesta que en la reunión de hoy no tengamos claro el objetivo de lo que debemos hacer»), evitando los mensajes «tú» («El problema es que [tú] no te aclaras»)
- *Pedir o sugerir cambios en los demás:* utilizando mensajes «yo» e información útil («El otro día, cuando gritaste a la Sra. Rosa porque no se había lavado, [yo] me sentí mal... Creo que es posible controlar el enfado y pedirle su opinión al respecto»)
- *Recompensar el cambio de comportamiento:* «Te felicito porque has podido dejar de fumar en el despacho»

Cómo recibir críticas

- Determinar qué importancia tiene la crítica que nos hacen
- Analizar quién nos hace la crítica. ¿Es una persona capacitada para realizarla? ¿Nos conoce lo suficientemente? ¿En qué situación emocional se encuentra esta persona?
- Determinar si esta crítica nos la hacen frecuentemente y diferentes tipos de personas

8.9. BIBLIOGRAFÍA

- AHICART C. La medición del producto hospitalario. En: CASAS M. Los grupos relacionados con el diagnóstico. Experiencias y perspectivas de utilización. Barcelona: Masson S.A.; 1991.
- ALCALDE J, LANDA JI, RUIZ P. Introducción a la Gestión Clínica. En: RUIZ P, ALCALDE J, LANDA JI. Gestión Clínica en Cirugía. Madrid: Arán ediciones S.L.; 2005.
- ÁLVAREZ GIRÓN M, GARCÍA GIL C, SOLANO PARÉS A. Las unidades clínicas de gestión en la atención primaria. Un tema en debate. Aten Primaria. 2003; 31: 514-8.
- ANDERSON DJ, MORAN JW, BRIGTMAN BK, SCHEUR BS. Transforming Health Care. Action Strategies for Health Care Leaders. Chicago: American Hospital Publishing, Inc.; 1998.
- ANDREU R, RICART JE, VALOR J. Innovación de procesos y aprendizaje organizativo. Harvard Deusto Business Review. 1996; 70: 24-37.
- ARCELAY A. La gestión clínica y la calidad asistencial. En: ARANAZ JM, VITALLER J. (dirección y coordinación). La calidad: Un objetivo de la asistencia, una necesidad de la gestión sanitaria. Valencia: Escuela Valenciana de Estudios para la Salud; 2001.
- ARCELAY A, LORENZO S, BACIGALUPE M, *et al.* Adaptación de un Modelo de Gestión de Calidad Total al sector sanitario. Rev Calidad Asistencial. 2000; 15: 184-91.
- ARIZETA A, PORTILLO I, AYESTARAN S. Cambio Organizacional y Cultural en un Hospital: percepciones y discurso de sus impulsores. Rev Calidad Asistencial. 2001; 16: 22-8.
- ATUN RA. Doctors and managers need to speak a common language. BMJ. 2003; 326: 655.

- BAHER R, LAKHANI M, FRASER R, CHEATER F. A model for clinical governance in primary care groups. *BMJ*. 1999; 318: 779-83.
- BARÉ M, JORDANA R, TORBÍO R, MONTULL S, SOLÀ J, TOMÉ E, *et al.* Decisiones terapéuticas en los pacientes hospitalizados. *Med Clin (Barc)*. 2004; 122(4): 130-3.
- BELENES R. Innovaciones en la gestión. Nueva cultura empresarial en los servicios sanitarios. En: CUERVO JI, VARELA J, BELENES R. *Gestión de hospitales. Nuevos instrumentos y tendencias*. Barcelona: ediciones Vicens Vives S.A.; 1994.
- BELENES R. Cambios en la organización del hospital moderno: el reencuentro entre clínicos y gestores. *Todo Hospital*. 1999; 155: 229-33.
- BELENES R. Un balance personal de 25 años de gestión sanitaria moderna en el Sistema Nacional de Salud. *Gac Sanit*. 2003; 17(2): 150-6.
- BERWICK DM. Improvement, trust, and the healthcare workforce. *Qual Saf Health Care*. 2003; 12 Suppl 1: 12-6.
- BLADÉ-CREIXENTI J, PASCUAL-MORON I, GÓMEZ-SORRIBES A, DANIEL-DIEZ J, PIÑOL-MORESO JL, GRUPO DE ESTUDIO DIRECCIÓN CLÍNICA Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR (DCECV). Impacto en los resultados de salud cardiovascular de la implantación del contrato de Dirección Clínica en atención primaria de Tarragona. *Aten Primaria*. 2006; 37: 51-5.
- BLANCHARD K, CARLOS JP, RANDOLPH A. *El empowerment*. Bilbao: ediciones Deusto, S.A.; 1996.
- BONFILL X. Como debiera ser el hospital ideal. *Med Clin (Barc)*. 1993; 100 Supl 1: 9-11.
- BONFILL X. Información clínica y gestión. *Med Clin (Barc)*. 1995; 104: 224-7.
- BURGOS R. El clínico ante la gestión clínica. Variabilidad en la práctica médica. *Rev Esp Reumatol*. 2002; 1: 41-3.
- CAPELASTEGUI A. Unidad de Gestión Clínica de Medicina del Hospital de Galdakao. Experiencia piloto 1998. *Gestión Hospitalaria*. 1999; 10(4): 167-9.
- CARRASCO G. Gestión clínica: ¿una asignatura pendiente en la formación de los profesionales de la salud? *Rev Calidad Asistencial*. 2000; 15: 394-5.
- CARRASCO G, PALLARÉS A, CABRÉ L. Costes de la calidad en Medicina Intensiva. Guía para gestores clínicos. *Med Intensiva*. 2006; 30(4): 167-79.
- CARRERAS M, CARAMÉS J. Gestión clínica: posibles implicaciones para enfermería. *Gestión Hospitalaria*. 1999; 10(1): 27-32.
- CARRERAS M, CASTRO A, ZAVANELLA C. *et al.* Calidad y autoevaluación en gestión clínica: aplicación del modelo europeo de calidad en un área de gestión descentralizada. *Revista de Administración Sanitaria*. 1998; 3: 119-33.
- CARRETERO L. Herramientas para la gestión clínica. *Gestión Hospitalaria*. 2000; 11(1): 15-21.
- CARRETERO L, BONET JM, LLAMAS C. Corresponsabilización de clínicos y gestores en la gestión del Hospital. La experiencia del Hospital Costa del Sol. *Todo Hospital*. 1996; 130: 67-8.
- CASAJUANA J. Límites entre el clínico y el gestor: ¿cómo saltar la barrera? *SEMERGEN* 2003; 29(5): 240-3.
- CASAS M. Gestión clínica: instrumentos y potencialidades. *Todo Hospital*. 1994; 105: 61-8.
- CASAS M, GUASCH E. GRD e información para la gestión. En: CASAS M. *Los grupos relacionados con el diagnóstico. Experiencias y perspectivas de utilización*. Barcelona: Masson S.A.; 1991.
- CASAS M, VARELA J. Gestión clínica: instrumentos y potencialidades. *Todo Hospital*. 1994; 105: 61-8.
- CASTRO A, ESCUDERO J. El área del corazón del complejo hospitalario Juan Canalejo de A Coruña. En: TEMES JL, PARRA B. *Gestión Clínica*. Madrid: Mc Graw-Hill/Interamericana de España, S.A.U.; 2000.

- CASTRO A, ESCUDERO J JUFFE A, SÁNCHEZ CM, CARAMÉS J. El Área del Corazón del Complejo Hospitalario Juan Canalejo. Una nueva forma de gestión clínica. *Rev Esp Cardiol*. 1998; 51: 611-9.
- CLEMENTE P, FORTUNY B. El área clínica materno-infantil como empresa de servicio del Pius Hospital de Valls. En: Libro de Ponencias. IV Jornadas de Gestión y Evaluación de costes sanitarios. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.
- CLUA JL. El proyecto de dirección clínica, una oportunidad para todos. *Cuadernos de Gestión*. 2002; 8(1): 45-8.
- CODINA J. L'hospital del futur, de la burocràcia professional a l'adhocràcia? *Salut Catalunya* 1990; 4: 60-1.
- COLOMER J. Conocimientos, habilidades y aptitudes para la gestión sanitaria. *Med Clin (Barc)*. 2001; 116(12): 459-60.
- COLOMER J. El desafío es conseguir adaptar los hábitos y costumbres para afrontar la gestión clínica del presente. *Gestión Clínica y Sanitaria*. 2002; 4(4): 111-3.
- COLOMER J, DALMAU E. Diseños organizativos y modelos de cooperación en el sector sanitario. En: OTEO LA (editor). *Gestión clínica: gobierno clínico*. Madrid: ediciones Díaz de Santos, S.A.; 2006.
- CONLON M. Appraisal: the catalyst of personal development. *BMJ*. 2003; 327: 389-91.
- COSIALLS D, GILMA. Gestión clínica. Una nueva óptica: cliente-proveedor. *Todo Hospital*. 2002; 192: 761-8.
- COSTA J. Participació i compromís dels professionals sanitaris en la gestió. Una sinèrgia necessària? *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari*. 1995; 25: 14-6.
- CRISP N. El futuro de la gestión hospitalaria: El papel de los profesionales. En: DE MANUEL E, SILIÓ F (editores). *Gestión Sanitaria en el Siglo XXI*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1996.
- CUERVO JI. Hospital y cambio organizativo: un equilibrio entre descentralización de la gestión, participación de los profesionales y costes asistenciales. *Todo Hospital*. 1996; 125: 45-8.
- DAVIES C. Getting health professionals to work together. *BMJ*. 2000; 320: 1021-2.
- DAVIES C, HARRISON S. Trends in doctor-manager relationships. *BMJ*. 2002; 326: 646-9.
- DAVIES C, HODGES CL, RUNDALL TG. Views of doctors and managers on the doctor-manager relationship in the NHS. *BMJ*. 2003; 326: 626-8.
- DEGELING P, MAXWELLS, KENNEDY J, COYLE B. Medicine, management, and modernisation: a «danse macabre»? *BMJ*. 2003; 326: 649-52.
- DEL LLANO J. Gestión Clínica y Sanitaria: ayudando a conciliar necesidad y escasez. *Gestión Clínica y Sanitaria*. 2003; 5(1): 3-6.
- DEL LLANO J, MARTÍNEZ-CANTARERO JF, GOL J, RAIGADA F. Análisis cualitativo de las innovaciones organizativas en hospitales públicos españoles. *Gac Sanit*. 2002; 16(5): 408-16.
- DEL LLANO J, MUÑOZ J, MILLÁN J. Médicos, incentivos y desarrollo profesional. *Gestión Hospitalaria* 2003; 14(3): 63-8.
- DE PABLO R, SIMÓ J, DOMÍNGUEZ J, GÉRVAS J. La relación gestor-clínico: una perspectiva de médicos asistenciales. *Aten Primaria*. 2004; 33(8): 462-70.
- DONALDSON LJ. Doctors with problems in an NHS workforce. *BMJ*. 1994; 308: 1277-82.
- DOYAL L, CAMERON A. Reshaping the NHS workforce. *BMJ*. 2000; 320: 1023-4.
- DRUCKER PF. Llega una nueva organización a la empresa. *Harvard Deusto Business Review*. 1988; 35: 3-12.
- DRUCKER P. La productividad del trabajador del conocimiento: máximo desafío. *Harvard Deusto Business Review*. 1994; 59: 4-16.
- EDWARDS N, MARSHALL M, MCLELLAN A, ABBASI K. Doctors and managers: a problem without a solution? *BMJ*. 2003; 326: 609 – 69.

- EXPÓSITO J. Planteamiento de gestión participativa. Instrumentos y estrategias útiles. En: EXPÓSITO J (editor). El trabajo de gestión desde una Dirección Médica. Granada: Andaluza de Comunicación S.L.; 2002.
- FARNOS G, BRAVO C, JIMENA JC. Gestión clínica en enfermería En: TEMES JL, PARRA B *et al.* Gestión Clínica. Madrid: Mc Graw Hill-Interamericana de España, S.A.U.; 2000.
- FERNÁNDEZ-AVILÉS F, DE LA FUENTE L. Gestión de unidades y áreas funcionales: pautas de excelencia clínica y revisión de experiencias. En: OTEO LA (editor). Gestión clínica: gobierno clínico. Madrid: ediciones Díaz de Santos, S.A.; 2006.
- FORTUNY B. El camino hacia la Excelencia del Pius Hospital de Valls. Excelencia. 2001; 31: 62-6.
- FORTUNY B. Disseny, aplicació i avaluació d'un model de Gestió Hospitalària de Qualitat Total (GESHQUAT) (tesis doctoral). Barcelona: Universitat Politècnica de Catalunya; 2002 (disponible en: <http://www.tdx.cbuc.es/TDX-0113103-100123/index.html>).
- FORTUNY B, PERICH N, CLEMENTE P. Autoevaluación según el modelo EFQM a nivel de equipo directivo y de un área clínica descentralizada. Rev Calidad Asistencial. 1999; 14: 489.
- FORTUNY B, PONSÀ, CLEMENTE P, PARIS J, GATELL T, PERICH N. Gestión de calidad total en el Pius Hospital de Valls. Dirección por procesos, mejora permanente y gestión clínica (1ª. parte) Todo Hospital 2001; 173: 35-47.
- FORTUNY B, PONSÀ, CLEMENTE P, PARIS J, GATELL T, PERICH N. Gestión de calidad total en el Pius Hospital de Valls. Dirección por procesos, mejora permanente y gestión clínica (2ª. parte). Todo Hospital. 2001; 174: 127-37.
- GALBRAITH JR. Designing organizations. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1995.
- GALBRAITH JR, LAWLER III EE. Organizing for the future: the new logic for managing complex organizations. San Francisco: The Jossey-Bass Publishers; 1993.
- GÁLVEZ M. Las unidades clínicas en los equipos de atención primaria en Andalucía. Atención Primaria 2001; 27(6): 377-9.
- GÁLVEZ M. Las unidades clínicas de gestión en los equipos de atención primaria en Andalucía. Cuadernos de Gestión. 2002; 8(4): 197-213.
- GARCÍA M. Desde la gestión de recursos hacia la gestión de resultados. Rev Adm Sanit. 2005; 3(1): 99-110.
- GARCÍA J, PÉREZ JJ. Nuevas formas de gestión clínica. Revista de Patología Digestiva. 1999; 22: 191-201.
- GARCIA M, MARTIN S, ALONSO B. Gestión Clínica en Atención Primaria. En: TEMES JL, PARRA B. Gestión Clínica. Madrid: Mc Graw-Hill/Interamericana de España, S.A.U.; 2000.
- GARCÍA R, SÁNCHEZ A, POVEDA JL, ROVIROSA J, MARÍN E. Gestión clínica y uso racional del medicamento. Gestión Hospitalaria. 2001; 12(3): 121-8.
- GENÉ J. De la autogestión a la dirección clínica. Atención Primaria. 2001; 28(3): 149-50.
- GÉRVAS J, ALBERT V. Organización y gestión clínica. Semergen. 2002; 28(6): 295-6.
- GÓMEZ J, FAURA J, BURGUES L, PÀMIÉS S. Gestión clínica de un servicio de urgencias hospitalario: indicadores de calidad, benchmarking y análisis de la casuística (case-mix). Gestión Hospitalaria. 2004; 15(1): 3-12.
- GONZÁLEZ-PARAMO JM. Cambios organizativos al servicio de la gestión pública. En: SILIÓ F (ed). La gestión del cambio en los servicios sanitarios. IV Seminario. Granada. Escuela Andaluza de Salud Pública; 1998.
- GOODMAN NW. Clinical governance. BMJ. 1998; 317: 1725-7.
- GRAU J, TRILLA. Reingeniería: el hospital orientado al paciente. En: ASENJO MA, BOHIGAS LI, TRILLA A, PRATA, *et al.* Gestión diaria del hospital. Barcelona: Masson, S.A.; 1998.

- GRIFFITH JR. Designing 21st century healthcare. Leadership in hospitals and health care systems. Chicago: Health Administration Press; 1998.
- GRUPO DE TRABAJO DEL PROYECTO DE DIRECCIÓN CLÍNICA DE LA DIVISIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT. Modelo de dirección clínica en atención primaria del Institut Català de la Salut. Cuadernos de Gestión. 2001; 7(2): 65-72.
- GUERADO E, PÉREZ A, GARCÉS G. Algunas consideraciones para la gestión de un departamento hospitalario clínico: (I) Origen de los clientes. Gestión Hospitalaria. 2000; 11(1): 11-4.
- GUERADO E, PÉREZ A, GARCÉS G. Algunas consideraciones para la gestión de un departamento hospitalario clínico: (II) Oportunidades y competencias. Gestión Hospitalaria. 2000; 11(2): 71-4.
- GUERRERO M, ALFONSO JL, BIXQUERT V, FERRÁNDIZ R. Las premisas para la Gestión Clínica. Gestión Hospitalaria. 2001; 12(3): 150-4.
- GUTIÉRREZ J. Gestión clínica y sentido común. Rev Esp Cardiol. 2002; 55: 1226-9.
- HALLIGAN A, DONALDSON L. Implementing clinical governance: turning vision into reality. BMJ. 2001; 322: 1413-7.
- HAMILTON P. Regeneration, rhetoric, and the NHS: the case of The Vital Connection. The International Journal of Public Sector Management. 2004; 17(1): 8-23.
- HANSON JS, MEYER C. Gestión horizontal: el desmantelamiento de las barreras organizativas al crecimiento. Harvard Deusto Business Review. 1995; 68: 4-13.
- HARRISON S. Clinical autonomy and health policy: past and futures. En: EXWORTHY M, HALFORD S. Professionals and the New Managerialism in the Public Sector. Open University Press; 1999.
- HARRISON S, McDONALD R. Science, consumerism and bureaucracy. The International Journal of Public Sector Management. 2003; 16(2): 110-21.
- HAYCOCK J, STANLEY A, EDWARDS N. Changing hospitals. BMJ. 1999; 319: 1262-4.
- HEINIGER AI. Gestión clínica en laboratorios. La experiencia en el hospital Carlos Haya de Málaga. En: TEMES JL, PARRA B, *et al.* Gestión Clínica. Madrid: McGraw Hill-Interamericana de España, S.A.U.; 2000.
- HEWISON A. Evidence-based management in the NHS: is it possible? Journal of Health Organization and Management. 2004; 18(5): 336-48.
- HEYSSELL RM, GAINNER JR, KUES IW, JONESS AA, LIPSTEIN SH. Decentralised management in a teaching hospital. N Engl J Med. 1984; 310: 1477-80.
- HUETE LM. Dirigir a profesionales. Harvard Deusto Business Review. 1989; 39: 136-43.
- HUGUET M, BELENES R. El hospital moderno: crisis y reivindicación de la organización del futuro. En: OTEOLA (editor). Gestión clínica: gobierno clínico. Madrid: ediciones Díaz de Santos, S.A.; 2006.
- HURST K. Professional self-regulation in the context of clinical governance. International Journal of Health Care Quality Assurance. 2003; 16(4): 199-212.
- JOVELL AJ. El futuro de la profesión médica. Educación médica. 2002; 5(2): 73-5.
- JOVELL AJ. Contrato social y valores en la profesión médica. Rev Adm Sanit. 2005; 3(3): 495-503.
- JUEZ P. Herramientas informáticas para la gestión de unidades clínicas: aplicación a una unidad de cuidados paliativos. Gestión Hospitalaria. 2000; 11(3): 99-104.
- JULIÁ A, GÓMEZ FT, LOZANO P, COROMINAS C, RIMBAU EM. Gestión clínica en un servicio de angiología y cirugía vascular. Resultado de la aplicación de algoritmos de manejo clínico. Gac Sanit. 2003; 17(5): 430-2.
- KATZENBACH JR, SMITH DK. Equipos en la cumbre. Harvard Deusto Business Review. 1995; 67: 34-41.

- KOTTER JP. El directivo como líder y como ejecutivo: la simbiosis del éxito. Harvard Deusto Business Review. 1991; 45: 3-12.
- LATRE JM. Medida y valoración económica del proyecto sanitario en los servicios asistenciales. En: TEMES JL, PARRA B, *et al.* Gestión Clínica. McGraw Hill- Interamericana de España, S.A.U.; 2000.
- LEE R, JONES LW. The fundamentals of good medical care. Chicago University Press, 1993.
- LISTER G. Models of clinical management in the UK. Gestión Hospitalaria. 1999; 10(4): 160-6.
- LONGEST BB Jr. Health professionals in management. Stamford: Appleton & Lange; 1996.
- LÓPEZ P. Gestión clínica: de la práctica clínica a la gestión de los recursos. Gestión Hospitalaria. 2000; 11(1): 22-8.
- LOPEZ LA, JIMÉNEZ JM. Diferencias entre los sistemas de valores de los gestores sanitarios y los profesionales asistenciales. Gestión Hospitalaria 1997; 1: 34-39.
- LORENZO JA. La gestión clínica: el difícil cambio de la virtualidad a la realidad. Rev Adm Sanit. 2003; 1(4): 593-9.
- MAISTER DH. Managing the professional service firm. New York: Free Press Paperbacks; 1993.
- MALCOLM L, WRIGHT L, BARNETT P, HENDRY C. Building a successful partnership between management and clinical leadership: experience from New Zealand. BMJ. 2003; 326: 653-4.
- MARIN I. ¿Puede la gestión sanitaria tener fundamento clínico? Med. Clin (Barc). 1995; 104: 381-6.
- MARTÍNEZ J. Gestión clínica. Las nuevas recetas con viejos ingredientes. En: EXPÓSITO J (editor). El trabajo de gestión desde una Dirección Médica. Granada: Andaluza de Comunicación S.L.; 2002.
- MATESANZ R. Gestión clínica: ¿por qué y para qué? Med Clin (Barc). 2001; 117(6): 222-6.
- MENDOZA X. La gestió de les organitzacions de professionals en el sector públic: de l'antagonisme a la cooperació (tesis doctoral). Barcelona: Universitat de Barcelona; 1999.
- MERKENS B, SPENCER J. A successful and necessary evolution to shared leadership a hospital's story. International Journal of Health Care Quality Assurance. 1998; 11; I-IV.
- MINZTBERG H. La estructuración de las organizaciones. Barcelona: ediciones Ariel S.A.; 1984.
- MIÑO G. Proyecto y primeras experiencias de una unidad clínica de aparato digestivo. Gestión Hospitalaria. 1999; 10(4): 170-5.
- MIÑO G, TEMES JL, PARRA B. Unidad clínica del aparato digestivo del hospital universitario Reina Sofía de Córdoba. Proyecto y primeras experiencias. En: TEMES JL, PARRA B. Gestión Clínica. Madrid: Mc Graw-Hill/Interamericana; 2000.
- MONRAS P. Exigencias del cambio sanitario actual. Incrementar la autoestima de los profesionales sanitarios. Revista ROL de Enfermería. 1993; 183: 31-4.
- MONRAS P. La gerencioeracia, el corporativismo y la cultura participativa en las organizaciones sanitarias. Med Clin (Barc). 1996; 106: 63-65.
- MONRAS P. De la equidad a la eficiencia: un modelo de «segunda generación» para la gestión de servicios sanitarios. Todo Hospital; 1997; 134: 13-21.
- MONRAS P. Liderazgo clínico en las instituciones sanitarias. Todo Hospital. 1998; 152: 727-732.
- MONRAS P, GILI P, REY M, BARO X. Desarrollo profesional en las organizaciones sanitarias. Revista Rol de Enfermería. 1995; 200: 17-23.
- MOREU F. Per a un nou model d'hospital. Cal retornar el protagonisme al que és sanitari. Gaceta Sanitaria. 1991; 25: 179-82.
- MOREU F. Modelos de Gestión: la refundación de la empresa sanitaria. Gestión Hospitalaria. 1994; 4: 58-60.
- MOREU F. El cap de servei com a product manager. Salut Catalunya. 1996; 10 : 26-29.

- MOREU F. La administración, el mercado y la competencia como agentes del cambio hospitalario. *Todo Hospital*. 1996; 130: 75-6.
- MOREU F. Gestión clínica ¿de que hablamos? *Diario Médico*. 1998; 29 de abril.
- MOREU F. ¿Cuenta de resultados o generar valor? *Revista de Administración Sanitaria*. 1999; 3(11): 177-9.
- MOSS F, GARSIDE P, DAWSON S. Organizational change: the key to quality improvement. *Quality Health Care*. 1998; 7: 51-2.
- NAISBITT J, ABURDENE P. Reinventar la empresa. Barcelona: Ediciones Folio, S.A.; 1986.
- NASH DB. Doctors and managers: mind the gap. *BMJ*. 2003; 326: 652-3.
- NOGUERAS A. Punt de vista d'un professional del sector sobre la participació i el compromís dels professionals en la gestió. *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari*. 1995; 25: 17-9.
- OBESO C. El rol del gerente en el hospital: una aproximación. *Hospital*. 2000. 1989; 4: 7-9.
- OBESO C. Gestión de las organizaciones profesionales sanitarias. Barcelona: ESADE. *Papers ESADE* n. 87; 1992.
- OJEDA-PÉREZ F. Variabilidad clínica. *Rev Calidad Asistencial*. 2006; 21(2): 63-5.
- OLSEN S, NEALE G. Clinical leadership in the provision of hospital care. *BMJ*. 2005; 330: 1219-20.
- ORTIZ-BERROCAL J, MARTÍNEZ JR, ALONSO M, IMILLÁN I, AYUSO B, SÁINZ A. Cuadro de mando para la gestión clínica en un servicio de medicina nuclear. *Rev Calidad Asistencial*. 2005; 20(5): 239-45.
- ORTUN V. Diferentes formas de gestión sanitaria. *El Médico*. 1994; 531: 74-81.
- ORTUN V. Clínica y gestión. *Med Clin (Barc)*. 1995; 104: 224-7.
- ORTUN V. La participació dels professionals en la gestió. *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari*. 1995; 25: 10-3.
- ORTÚN V. Gobierno de la sanidad y práctica clínica: ¿las instituciones olvidadas? *Gac Sanit*. 1997; 11: 111-3.
- ORTUN V. El paper dels directius als centres sanitaris. *Fulls Econòmics del sistema sanitari*. 1998; 31: 33-5.
- ORTÚN V. ¿Conocimiento para Gestionar? *Gestión Clínica y Sanitaria*. 1999; 1(1): 5-6.
- ORTÚN V. Claves de gestión clínica. En: ORTÚN V. *Gestión clínica y sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta*. Barcelona: Masson S.A.; 2003.
- ORTÚN V. Encaje organizativo de la gestión clínica. En: ORTÚN V. *Gestión clínica y sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta*. Barcelona: Masson S.A.; 2003.
- ORTÚN V. Los incentivos para la mejora de la calidad en los servicios de salud. *Rev Calidad Asistencial*. 2007; 22: 1-6.
- ORTÚN V, RODRÍGUEZ F. De la efectividad clínica a la eficiencia social *Med Clin (Barc)*. 1990; 95: 385-8.
- OSAKIDETZA. Gestión clínica. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 1997.
- OSTROFF F. La organización horizontal. *Harvard Business Review*. 2000; 94: 89-93.
- OTEO LA. Gobierno clínico: como estrategia y dimensiones. En: OTEO LA (editor). *Gestión clínica: gobierno clínico*. Madrid: ediciones Díaz de Santos S.A.; 2006.
- OTERO AS. Gestión clínica en nefrología. Una aproximación metodológica. En: TEMES JL, PARRA B. *Gestión Clínica*. McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.U.; 2000.
- PARDELL H. El médico, la salud y la economía. *Mec Clin (Barc)*. 1984; 82: 110-3.
- PEIRÓ S. Desde las variaciones en la práctica médica a la toma de decisiones compartida y la atención centrada en el paciente. *Semergen*. 2003; 29(6): 285-9.
- PEIRÓ M. *Lleialtats contraposades? El compromís dels metges amb l'hospital i amb la professió* (tesis doctoral). Barcelona: Universitat Ramon Llull; 2007.
- PÉREZ JJ, GARCÍA J, TEJEDOR M. Gestión clínica: conceptos y metodología de implantación. *Rev Calidad Asistencial*. 2002; 17(5): 305-11.

- PÉREZ JJ, PÉREZ G, GARCÍA J, DIEZ F. Futuro de la Gestión Clínica. *Gestión Hospitalaria*. 1999; 10(3): 114-20.
- PETERS T. Más allá de la descentralización: desorganizar para liberar la imaginación. *Harvard Deusto Business Review*. 1995; 69: 5-23.
- PRAT A, BERTRÁN MJ, SANTIÑA M, VILELLA A, ASENJO MA, TRILLA A. Organización en institutos de gestión clínica (centros orientados al paciente): descripción de la utilización hospitalaria. *Rev Calidad Asistencial*. 2008; 23(1): 21-5.
- QUINTAS JL, ECHÁVARRI MJ. Proyecto de Gestión Clínica para el Hospital Santiago Apóstol. *Todo Hospital*. 1996; 130: 65-6.
- RANNEY J. Gestión de equipos multifuncionales; perfiles diferentes para un objetivo común. *Harvard Deusto Business Review*. 1996; 74: 68-75.
- REPULLO JR. Entre el conocimiento y la acción: ¿medicina y políticas sanitarias basadas en la evidencia? *Revista de Administración Sanitaria*. 1997; 1(2): 133-40.
- RICHARDS P. Professional self respect: rights and responsibilities in the new NHS. *BMJ*. 1998; 317:1146-8.
- RILEY J. *Helping Doctors Who Manage. Learning from experience*. London: King's Fund Publishing; 1998.
- RIVERA J, OSENDE C. El hospital del siglo XXI. *Harvard Deusto Business Review*. 1997; 76: 59-65.
- RODRIGO I, GABILONDO L. Evaluación de los pactos de gestión clínica. Ponderación de objetivos. *Rev Calidad Asistencial*. 2004; 19(4): 219-25.
- RUÍZ L. Evolución del proceso de participación de los médicos en la gestión. En: RUÍZ L. *Claves para la gestión clínica*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.U.; 2004.
- RUÍZ L, ORRIOLS L, PICORNELLI P. El escenario emergente del gobierno clínico. En: RUÍZ L. *Claves para la gestión clínica*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.U.; 2004.
- RUÍZ L, ORRIOLS L, PICORNELLI P. Gestión clínica en España. En: RUÍZ L. *Claves para la gestión clínica*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.U.; 2004.
- RUTA D, MITTON C, BATE A, DONALDSON C. Programme budgeting and marginal analysis: bridging the divide between doctors and managers. *BMJ*. 2005; 330: 1501-3.
- SAINZ A, MARTINEZ JR, GARCÍA F, ALONSO M, NÚÑEZ A, ASENSIO A, *et al*. Elaboración de un cuadro de mandos para la gestión clínica en un hospital. *Rev Calidad Asistencial*. 2004; 19(1): 5-9.
- SÁNCHEZ-LUQUE JJ, CARABAÑO-MORAL R, ZUBELDIA-SANTOYO F, ROMERO-LÓPEZ T. El proceso de acreditación de calidad en una unidad de gestión clínica de atención primaria. *Aten Primaria*. 2006; 37: 117-8.
- SANZ G, POMAR JL. El «Instituto de Enfermedades Cardiovasculares». Proyecto de rediseño de los Servicios de Cardiología y Cirugía del Hospital Clínic de Barcelona. *Rev Esp Cardiol*. 1998; 51: 620-8.
- SANZ V. Gestión de áreas asistenciales y servicios clínicos en el entorno hospitalario. *Todo Hospital*. 1999; 155: 193-6.
- SCALLY G, DONALDSON LJ. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ*. 1998; 317: 61-5.
- SEGOVIA de ARANA JM, PERA C, GOIRIENA JJ, CABASES JM. La formación de los profesionales de la salud. Bilbao: Fundación BBV; 1999.
- SHORTELL SM, KALUZNY AD. *Organization Theory and health Services Management*. En: SHORTELL SM, KALUZNY AD. *Health care management: organization design and behavior* 3rd edition. Albany: Delmar Publishers Inc; 1994.
- SIMÓ J. Empowerment profesional en la atención primaria médica española. *Aten Primaria*. 2005; 35(1): 37-42.

- SIMPSON J. Doctors and management-why bother? *BMJ*. 1994; 309: 1505-8.
- SMITH R. What doctors and managers can learn from each other. *BMJ*. 2003; 326: 610-1.
- SOBRADILLO V, LOPEZ P. Unidad de patología respiratoria. Hospital de Cruces. Bilbao. En: JIMENEZ J (director). Manual de gestión para jefes de servicios clínicos, 2ª edición. Madrid: ediciones Díaz de Santos, S.A.; 2000.
- TAMBORERO G. Incentivos para mejorar la práctica profesional en atención primaria. *Cuadernos de Gestión*. 1997; 3: 16-26.
- TEJEDOR M, BURILLO G, ROQUETA F, JIMÉNEZ L, LECIÑENA MA, CARRETERO L. Gestión clínica en un servicio de Urgencias. *Todo Hospital*. 2003; 198:462-70.
- TEJEDOR M, PÉREZ JJ, GARCÍA J. Gestión clínica: aplicación práctica en una unidad hospitalaria (II). *Rev Calidad Asistencial*. 2003; 18(2): 125-31.
- TEMES JL. Gestión clínica. En: TEMES JL. Gestión hospitalaria. Madrid: Mc Graw Hill-Interamericana de España, S.A.U.; 2002.
- TEMES JL, PARRA B, KELLER I. Gestión Clínica. Ventajas e inconvenientes. En: TEMES JL, PARRA B, *et al*. Gestión Clínica. Madrid: McGraw Hill-Interamericana de España, S.A.U.; 2000.
- THOMAS H. Clinical networks for doctors and managers. *BMJ*. 2003; 326: 655.
- TOMASKO RM. Repensar la empresa. La arquitectura del cambio. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.; 1996.
- TRILLA A, ASENJO MA. Reingeniería: la experiencia del Hospital Clínic de Barcelona. En: JIMENEZ J (director). Manual de gestión para jefes de servicios clínicos, 2ª edición. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A.; 2000.
- VALLÉS F. Nuevos sistemas de gestión de las unidades clínicas cardiovasculares. *Rev Esp Cardiol*. 1998; 51: 629-32.
- VAN OFFENBEEK M.A.G. Realising integrative care by delegation. *The hospital physician. Journal of Health Organization and Management*. 2004; 18(2): 111-27.
- VARELA J, CASTELLS X, INIESTA C, COTS F. Instrumentos de la gestión clínica: desarrollo y perspectivas. *Med Clin (Barc)*. 2008; 130(8): 312-8.
- VARELA J, MANZANERA J. Casos de gestión clínica. Barcelona: Fundación Salud, Innovación y Sociedad; 2003.
- VÁZQUEZ ML, VARGAS I, TERRAZA R, PIZARRA V. Marco conceptual para el estudio de las organizaciones sanitarias integradas. En: VÁZQUEZ ML, VARGAS I. Organizaciones sanitarias integradas. Un estudio de casos. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya; 2007.
- WHITE T. Gestión clínica: manual para médicos, enfermeras y personal sanitario. Barcelona: Masson, S.A.; 1997.
- WRIGHT J, HILL P. Gobierno clínico. Madrid: Elsevier España S.A.; 2006.
- YOUNG A. The medical manager. A practical guide for clinicians. London: BMJ books; 1999.

CAPÍTULO 9.

UN MODELO DE GESTIÓN SANITARIA DE EXCELENCIA «GESANEX»

9.1. INTRODUCCIÓN AL MODELO GESANEX

La Excelencia, desde el punto de vista filosófico, aporta elementos clave como el enfoque por el cliente como «centro de operaciones», la participación de todos los profesionales en la mejora continua y, la idea de la Autoevaluación en contraposición a la de control. La Excelencia de la gestión, es una clave imprescindible para la competitividad, máximo cuando la condición de servicio público exige la máxima rentabilización de unos recursos concebidos por y para el ciudadano. En este sentido, un trabajo minucioso y ordenado en la mejora permanente de los procesos, permitirá eliminar las bolsas de ineficiencia, que se producen al gestionar la ingente cantidad de recursos que maneja la sanidad pública y privada española.

Por tanto, una Gestión Sanitaria Integrada, basada en la Excelencia, debe contribuir a la legitimación social de los servicios sanitarios, por cuanto mejorará la respuesta a las necesidades de los clientes y sus familiares y, aprovechará eficientemente los recursos que las aseguradoras públicas y privadas, ponen en manos de las empresas proveedoras de servicios sanitarios. Asimismo, debe contribuir a prestigiar la labor tanto individual como colectiva de los profesionales, al explicar y hacer tangibles los resultados y avances obtenidos en los servicios prestados a los clientes.

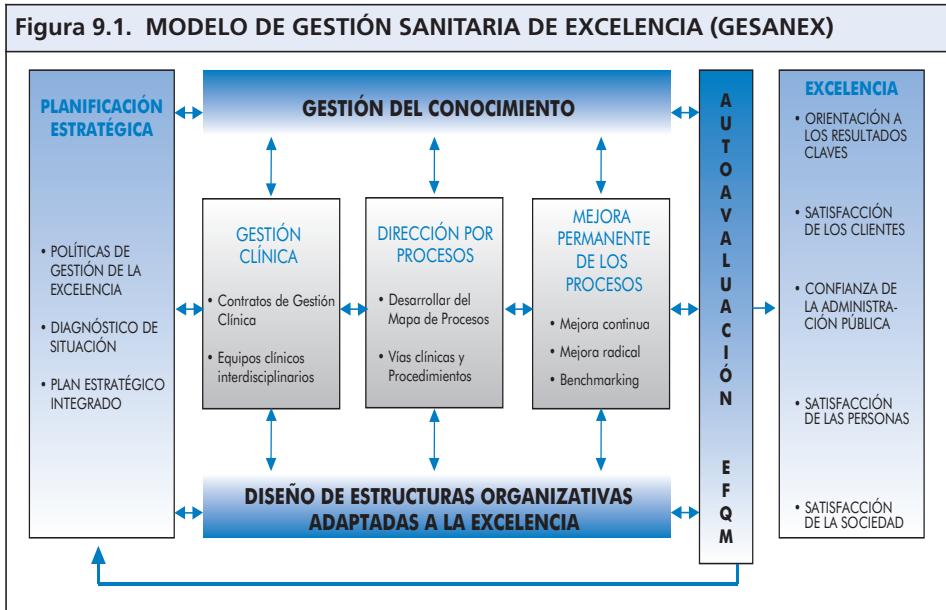
Quizá una de las mayores aportaciones de la Gestión de la Excelencia Sanitaria, sea la de alinear el atributo calidad a la propia gestión, ya que en definitiva se trata de una forma diferente de gestión donde el cliente es el centro, donde la eficiencia es el norte y, donde la participación de todos los profesionales bajo el prisma de la mejora continua, es el medio.

Únicamente los centros sanitarios capaces de incorporar líneas estratégicas de cambio para adaptarse a las nuevas tendencias del entorno social y sanitario de esta nueva era, podrán sobrevivir en una sociedad cada vez más informada, con niveles de necesidades más amplias y expectativas más exigentes. Un centro sanitario, requiere un modelo de gestión sanitaria integrada, que le permita avanzar hacia la Excelencia y, hacer frente a los retos demográficos, epidemiológicos, económicos, estructurales, tecnológicos, asistenciales, profesionales y sociales del siglo XXI. Lo que le permitirá construir una nueva organización sanitaria, basada en el compromiso de todos los grupos de interés (administración pública, aseguradoras, concesionarios, profesionales, gestores y proveedores), centrada en sus clientes y orientada a la innovación y a la mejora continuada, con la finalidad de obtener unos resultados sobresalientes y sostenidos en el tiempo, según el concepto de Excelencia de la EFQM.

En este capítulo se presenta el diseño, aplicación y evaluación de un modelo de Gestión Sanitaria de Excelencia (GESANEX). Un modelo fácilmente adaptable a las complejidades de cada centro sanitario, y que aplicado en toda su globalidad permite a las organizaciones asistenciales innovadoras obtener resultados excelentes.

El modelo GESANEX (véase Figura 9.1) integra la planificación estratégica con tres estrategias de gestión: gestión clínica, dirección por procesos y mejora permanente, con un doble soporte estructural, por un lado, el de la gestión del conocimiento y por otro, la introducción de estructuras organizativas adaptadas a la gestión de procesos. Todo el proceso de gestión confluye en la autoevaluación según el modelo EFQM de Excelencia, y se cierra el ciclo volviendo a la planificación estratégica. El modelo persigue la Excelencia mediante la orientación a los resultados claves, y a la satisfacción de los clientes, de las personas y de la sociedad, y busca la confianza de la administración pública y de las aseguradoras privadas.

El modelo parte de la planificación estratégica, como herramienta básica para definir las políticas de gestión de la Excelencia, sean éstas institucionales (misión, visión y valores compartidos); de los grupos de interés (clientes, colaboradores, dirección, proveedores, propietarios y aseguradora pública o privadas) y; de calidad total (calidad de la asistencia, calidad del entorno, calidad de la gestión y calidad de servicio). A partir del diagnóstico de situación, basado en un análisis estratégico DAFO (interno: debilidades y fortalezas, externo: amenazas y oportunidades); Autoevaluación según el modelo de la EFQM y, recogida de información relevante, con lo que se detectan áreas de mejora, que posteriormente serán priorizadas en función de las políticas de gestión de finidas. Finalmente, se diseña el plan estratégico integrado con ocho Líneas Estratégicas, que se corresponden a los ocho fundamentos de la Excelencia según el modelo europeo, con sus correspondientes estrategias de mejora y Objetivos operativos (véase capítulo 5).



El modelo incorpora, la gestión del conocimiento, pues las organizaciones sanitarias están formadas, especialmente, por profesionales del conocimiento y lo que es más apreciado es su propio capital intelectual. Las organizaciones sanitarias han de invertir, sin duda, en este capital con la mejora de las competencias, habilidades y disposiciones, la incorporación de nuevas modalidades de conocimiento, incluyendo las humanidades que los profesionales sanitarios y de soporte han de aplicar en todas sus actividades cotidianas.

Asimismo, se hace imprescindible para profundizar en la integración de las nuevas herramientas de gestión sanitaria (gestión clínica, dirección por procesos y mejora permanente) que las organizaciones sanitarias se doten de estructuras organizativas horizontales y descentralizadas adaptadas a la gestión de la Excelencia, orientadas a los clientes y que permitan una más importante autonomía de los profesionales, en una nueva organización basada en el despliegue de la dirección por procesos.

La gestión clínica se basa en el liderazgo de los profesionales en equipos clínicos descentralizados. Los cuales mediante la aplicación de los contratos de gestión clínica de las áreas clínicas autónomas, permite avanzar en la descentralización del poder de decisión, mediante la participación de los profesionales en la toma de decisiones estratégicas y operativas.

La dirección por procesos, impulsa el desarrollo del mapa de procesos de la organización y la aplicación progresiva, por medio de equipos asistenciales multidisciplinares, de las vías clínicas y los manuales de procedimientos. La mejora permanente de los procesos, sean asistenciales o bien de soporte, se obtiene a partir del ciclo de mejora continua (PDCA) o bien incremental (reingeniería) y, también con la utilización del benchmarking, es decir, aprender de la práctica de los mejores centros hospitalarios españoles y europeos.

Este modelo de gestión sanitaria de la Excelencia, no sería completo si no dispusiera de una herramienta, que le permita la evaluación continua de las prácticas de gestión en un nivel global. Esta herramienta es la adaptación al ámbito hospitalario del modelo EFQM de Excelencia. El cual, con la práctica de la autoevaluación, permite conocer los puntos fuertes, detectar las áreas de mejora y, por tanto, implementar en la organización sanitaria, los planes de transformación, integrados en un proceso de planificación estratégica. Cerrándose así, el círculo de retroalimentación de este modelo de gestión sanitaria integrada. de calidad total, dinámico e innovador que paso a paso, permite avanzar hacia el ideal de la gestión que es la Excelencia.

9.2. EL ENTORNO DE APLICACIÓN DEL MODELO GESANEX

El modelo de gestión sanitaria de la Excelencia (GESANEX) fue diseñado y aplicado en el Pius Hospital de Valls (PHV), institución pública municipal que ofrece servicios sanitarios, sociosanitarios y sociales a los cincuenta y tres mil habitantes de su área de influencia: Valls y los 42 municipios restantes de las dos comarcas de referencia, el Alt Camp y la Conca de Barberà.

Los órganos de gobierno del PHV son, por una parte el Patronato de la Fundación Pública Municipal Pius Hospital de Valls, propietaria de los centros y garantizadora

del mantenimiento de los principios fundacionales, y por otra, el Consejo de Administración de la empresa pública municipal Gestión Pius Hospital de Valls, Sociedad Anónima Municipal. Esta empresa se constituyó en el año 1990 poco antes de la inauguración del hospital de agudos, con la finalidad de sortear en aquellos tiempos los efectos ineficientes de la gestión pública administrativa. Por, lo que le permite contratar laboralmente según el Estatuto de los Trabajadores, contratar servicios según el mercado y además, el control de la gestión es a posteriori, mediante la aprobación de las cuentas debidamente audits y el informe de gestión por parte de la Asamblea Plenaria de la Junta General de Accionistas, formada por los veintinueve regidores del Ayuntamiento de Valls. El Pius Hospital de Valls dispone de tres centros sanitarios para la realización de su tarea asistencial.

- HOSPITAL COMARCAL, inaugurado el año 1990, con 92 camas de hospitalización y todos los servicios asistenciales y de apoyo básicos.
- CENTRO SOCIOSANITARIO, inaugurado el año 1985. Dispone de 40 camas para la atención de convalecencia, curas paliativas y larga estancia, una unidad funcional interdisciplinaria sociosanitaria (UFISS) y, el programa de ayuda domiciliaria equipo de apoyo sociosanitario (PADES).
- RESIDENCIA ALT CAMP, inaugurada el año 1973 con 139 camas de residencia asistida. También dispone de un hospital de día geriátrico de 20 plazas.

En el año 2001 entre los tres centros trabajaban 325 personas (313 equivalentes a jornada completa), de las cuales 60 son médicos, 86 enfermeras, 90 auxiliares de enfermería, 21 técnicos especialistas, 43 administrativos y 14 personas de oficios y servicios. Los servicios de alimentación, limpieza, lavandería, jardinería, seguridad, telefonía, TV y, vending, están contratados a empresas externas. Los gastos de explotación del año 2001 fueron de quince millones de euros.

La reforma de la atención primaria de salud en las comarcas del Alt Camp y Conca de Barberà, distribuyó a los cuarenta y tres municipios, en cuatro Áreas Básicas de Salud, gestionadas por el Instituto Catalán de la Salud (ICS) y, una quinta, gestionada desde el año 2001, como una entidad de base asociativa (EBA), por parte de los propios profesionales. La coordinación clínica y administrativa entre la atención primaria y la especializada se realiza a partir de una Comisión Mixta, creada en el año 1997, formada por médicos y enfermeras y responsables de admisiones de ambas instituciones, mediante reuniones quincenales, lo que permite dar una rápida respuesta a las necesidades de la continuidad de la asistencia.

El CatSalut (SCS), como organismo financiador y comprador de servicios, de la sanidad pública catalana, es el principal suministrador de clientes del Pius Hospital, mediante el contrato de compra de servicios asistenciales de atención especializada (11 millones de euros) y atención sociosanitaria (2 millones). El Instituto Catalán de Atención Social y Sociosanitaria (ICASS) compra servicios residenciales y el Instituto Catalán de la Salud (ICS) compra servicios de apoyo diagnóstico (radiología y laboratorio) para la atención primaria. La institución también tiene una cada vez más importante financiación de mutuas y sobre todo de clientes privados (atención residencial).

En la institución Pius Hospital de Valls, se pueden diferenciar dos etapas en su gestión. La primera o etapa de inicio es la que transcurre desde la inauguración del hospital comarcal (1990) hasta las elecciones municipales del año 1995, que provocaron

Cuadro 9.1. OBJETIVOS DEL MODELO DE GESTIÓN SANITARIA INTEGRADA DE EXCELENCIA

- Promover la eficacia y la eficiencia de todos los procesos asistenciales y de soporte en todos los niveles asistenciales.
- Promover la satisfacción de los clientes y de sus familiares.
- Impulsar la participación de los profesionales en el diseño estratégico de la organización y su implicación responsable en la toma de decisiones.
- Conducir progresivamente a la excelencia empresarial al incrementar la globalidad de los resultados asistenciales y económicos de la organización.

el relevo de los órganos de gobierno y del equipo gerencial. La segunda etapa, objeto de este estudio, es la comprendida desde la formación del nuevo equipo gerencial en el mes de enero del año 1996 hasta la aprobación del plan estratégico 2001-2003 en el mes de diciembre del año 2000.

El nuevo Consejo de Administración que se hizo cargo del gobierno del Pius Hospital, en el año 1995, se encontró con una difícil situación de partida, tanto que peligraba la sostenibilidad de la institución provocada por pérdidas económicas continuadas (más de tres millones de euros en el periodo 1991-1995); carencia de criterios de gestión; duplicación de servicios clínicos; exceso de estructura por la actividad realizada; no existían servicios básicos (oftalmología, urología y otorinolaringología), lo que estaba provocando un triple efecto. Una importante pérdida de confianza por parte del CatSalut; obsolescencia tecnológica al no haberse renovado ni ampliado los dispositivos de diagnóstico y terapéuticos existentes, lo que provocaba que los profesionales en sólo cinco años, habían pasado de un gran entusiasmo inicial a un importante desencanto. Además, los clientes del centro mostraban un gran decepción por la magnitud de las listas de espera existentes, a nivel de la atención ambulatoria (un año por ser atendido en algunas especialidades).

Al inicio del año 1996, para poner fin a esta situación y cambiar el rumbo de la empresa, el Consejo de Administración, contrató a un nuevo director gerente. Al que se le encomendó una triple demanda institucional (véase Cuadro 9.1), basada en la consecución de la autosuficiencia económica.

Para dar respuesta a esta demanda se diseñó un Plan de Viabilidad, finalmente aprobado tanto por los órganos de gobierno del PHV, así como, por el CatSalut. Este Plan se basaba en la introducción de los principios clásicos de la gestión empresarial, pero aplicados a un centro hospitalario. El plan se fundamentaba en la implementación de medidas de gestión económica y asistencial (véase Cuadro 9.2), así como en la formalización de alianzas estratégicas con la aseguradora, con los hospitales vecinos. En

Cuadro 9.2. EMPRESARIZACIÓN DE LA GESTIÓN PHV 1996-2001

- AÑO 1995: SITUACIÓN DE PARTIDA
 - Desengaño de los profesionales.
 - Obsolescencia tecnológica.
 - Pérdidas económicas continuas.
 - Pérdida de confianza del CatSalut.
 - Pérdida de confianza de los clientes.

Cuadro 9.2. EMPRESARIZACIÓN DE LA GESTIÓN PHV 1996-2001 (Cont.)

- AÑO 1996: DEMANDA INSTITUCIONAL
 - Asegurar la viabilidad económica.
 - Racionalizar los recursos disponibles.
 - Desarrollar un modelo asistencial propio.

- AÑOS 1996-1997/2001: DISEÑO, APROBACIÓN Y APLICACIÓN DEL PLAN DE VIABILIDAD
 - **GESTIÓN ASISTENCIAL**
 - * Incremento productividad servicios médicos
 - * Unificación de servicios comunes
 - * Creación servicios básicos: Oftalmología, Otorinolaringología, Urología
 - * Integración atención especializada Área de referencia
 - * Internalización servicios de apoyo de alto contenido clínico: Anatomía Patológica
 - **GESTIÓN ECONÓMICA:**
 - * Adecuación capacidad de hospitalización.
 - * Adecuación plantilla de enfermería.
 - * Creación servicio control de gestión.
 - * Implantación cuadros de mando.
 - * Negociación contratos empresas externalizadas.
 - * Negociación de la financiación.
 - * Realización plan sistemas de información.
 - * Aplicación plan de adecuación tecnológica trienal.
 - * Externalización Laboratorio Análisis Clínicos (2001).
 - **ALIANZAS ESTRATÉGICAS:**
 - * CatSalut.
 - * Cooperativa de Servicios Sanitarios.
 - * Consorcio Hospitalario de Cataluña.
 - **COMUNICACIÓN** del Plan de Viabilidad a la organización
 - **FORMACIÓN** de los directivos y mandos en gestión clínica y empresarial
 - **CONTRATO DE GESTIÓN:** Consorcio Hospitalario de Cataluña (2000)

el año 2000, con la finalidad de entrar en el paraguas protector de un grupo multi-hospitalario moderno, se firmó un contrato de gestión, con Consultoría y Gestión, empresa del grupo Consorcio Hospitalario de Catalunya. Este contrato ya no es vigente en la actualidad.

9.3. EMPRESARIZACIÓN DE LA GESTIÓN SANITARIA

Un centro hospitalario antes de adoptar nuevas formas de gestión innovadoras, hace falta que en primer lugar, tenga unos buenos fundamentos de gestión, cimentados en toda la estructura: servicios asistenciales, servicios administrativos y servicios generales. Tanto a nivel de dirección como de mandos intermedios. Y es igualmente importante que estos hayan difundido una cultura de gestión eficiente de los recursos disponibles a todos sus colaboradores. Antes de aplicar innovadoras herramientas de

gestión de segunda generación, hace falta antes conocer y aplicar los instrumentos básicos de la gestión económico-financiera y de la gestión clínica. Es necesario partir de una situación de equilibrio presupuestario en la cuenta de explotación, donde los gastos sean como máximo iguales a los ingresos y nunca al inverso.

Cuando la situación de partida no está equilibrada hace falta realizar un PLAN DE VIABILIDAD, que permita resolver los déficits detectados en un plazo de tiempo predeterminado de antemano. El Plan de Viabilidad que diseñó el nuevo director gerente, comprendía cinco grandes tipos de actuaciones:

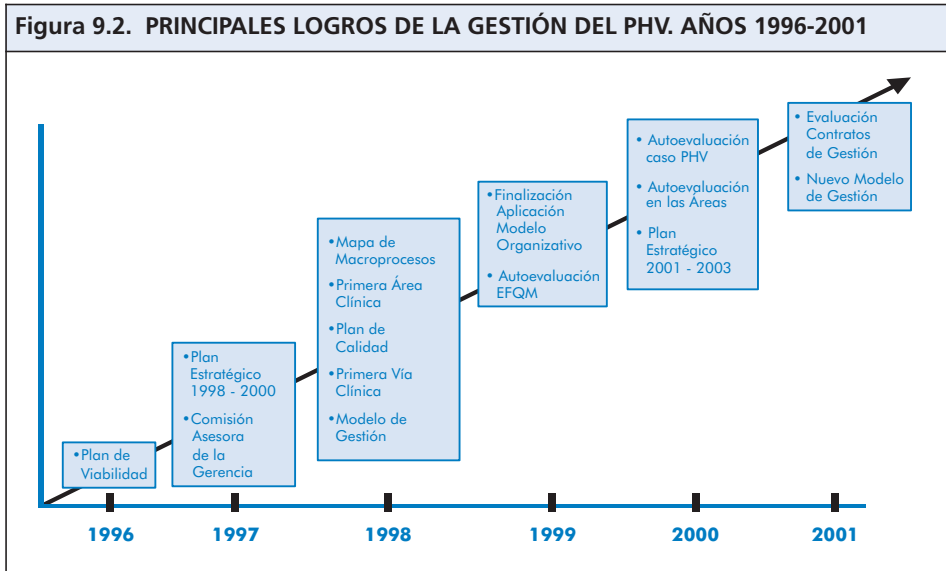
- **COMUNICACIÓN.** Hace falta explicar a toda la organización cuál es la situación, su magnitud y las medidas a emprender, así como el calendario de ejecución. Las medidas tienen que haber estado previamente aprobadas por los máximos órganos de gobierno. Y si afectan a los colaboradores, se han de intentar pactar con sus representantes.
- **FORMACIÓN.** En esta primera etapa es fundamental dar una sólida formación en herramientas de gestión empresarial, a todos los miembros del equipo de dirección. Y también herramientas de gestión clínica, a todos los mandos asistenciales.
- **GESTIÓN ASISTENCIAL.** En primer lugar hace falta estudiar si los niveles de producción de los servicios médicos y de enfermería son los óptimos. A continuación adecuar las plantillas a las reales necesidades productivas. Y en tercer lugar, ofrecer los servicios básicos que la Aseguradora Pública esté dispuesta a comprar para satisfacer las necesidades de los ciudadanos. Para ello, se incrementó la productividad de todos los servicios médicos, eliminándose las listas de espera, sin necesidad de recursos adicionales. Se unificaron los servicios comunes de ginecología y planificación familiar, llegando a tener la unidad de revisiones ginecológicas, la menor lista de espera de todo el ámbito sanitario público catalán. Se crearon los servicios de Oftalmología, Otorrinolaringología y Urología. Se integró la atención especializada ambulatoria del área de referencia. Y por último, se internalizó un servicio de apoyo diagnóstico, de alto contenido clínico, la Anatomía Patológica, que hasta el momento era un servicio externo al centro.
- **GESTIÓN ECONÓMICA.** En esta primera fase hace falta introducir la cultura del control de gestión, mediante la aplicación de cuadros de mando. En segundo lugar, es necesario revisar los contratos con las empresas externas y adaptarlos a las verdaderas necesidades y disponibilidad del centro. Renegociar la póliza de crédito, pues actualmente hay varios productos financieros en el mercado y amplia competencia entre las entidades financieras. En cuarto lugar, hace falta establecer una política de proveedores, al menos con los de más volumen económico y pactar las condiciones de suministro y pago. En quinto lugar, es necesario dotarse de unos sistemas de información que permitan on-line conocer la máxima información económico-administrativa del centro y, también la actividad asistencial realizada. En sexto lugar, es importante revisar y mejorar si es necesario, los sistemas de facturación, concretamente a mutuas y entidades privadas. Finalmente establecer mecanismos de riguroso control económico, mediante el diseño e implementación de cuadros de mando, para el seguimiento del presupuesto, con la finalidad

de lograr la financiación de las inversiones, en nuevas tecnologías y la renovación de las existentes.

- **ALIANZAS ESTRATÉGICAS.** Una entidad sanitaria, por muy importante que sea, no puede trabajar aisladamente en su entorno. La atención sanitaria es un continuum asistencial: atención primaria-especializada-sociosanitaria, a lo largo de la vida de los ciudadanos. Cada vez más, es muy importante trabajar en redes asociativas integradoras de proveedores, lo que facilita desde el compartir conocimientos, a la aplicación de economías de escala, entre los diversos socios de estas redes asociativas.

La consecución de la viabilidad tiene que ser un objetivo constante a lo largo del proceso de gestión empresarial de un centro hospitalario, y de ahí que en el mes de enero del año 2001, el Consejo de Administración aprobó una nueva medida de gestión, la externalización del laboratorio de análisis clínicos, con el fin de mejorar la eficiencia de producción.

El resultado de la empresarización de la gestión del Pius Hospital, fue cambiar la situación de pérdidas mantenidas desde el inicio de su actividad (1990-1995), a una nueva situación de equilibrio económico sostenido a lo largo de todo el periodo de estudio (1996-2000), y preparar a la institución, para una profunda renovación de sus estructuras organizativas y funcionales para lograr los objetivos de sus Planes Estratégicos, siguiendo un modelo propio de gestión basado en la filosofía de la Excelencia (véase Figura 9.2).



9.4. DISEÑO Y APLICACIÓN DEL MODELO GESANEX

DISEÑO DEL PLAN ESTRATÉGICO 1997-2000

En el segundo trimestre del año 1997, una vez finalizada la etapa de la aplicación de las últimas medidas de gestión, para lograr los objetivos del Plan de Viabilidad y de profesionalización de la gestión, hacía falta dar un sentido global y coherente, a todos los esfuerzos que los colaboradores del Pius Hospital habían realizado durante el último año y medio. Partiendo de la idea que el Pius Hospital quería un modelo propio de hacer las cosas, se necesitaba una guía que indicara el camino a seguir. Esta guía sería un Plan Estratégico a tres años 1998- 2000, que permitiera llegar al siglo XXI en las mejores condiciones posibles por afrontar los nuevos retos de la sanidad pública catalana. Se produjeron dos etapas bien diferenciadas, en el proceso de diseño del primer Plan Estratégico del PHV:

PRIMERA ETAPA. Caracterizada por un exhaustivo trabajo interno de análisis y busca de soluciones a los problemas planteados al análisis estratégico DAFO. En esta etapa se definió por primera vez, la Misión y la Visión de la institución y con el personal de dirección se realizó un profundo análisis estratégico según la metodología DAFO y la posterior búsqueda de soluciones, aplicando la metodología CAME.

También se propuso, a partir de la revisión de la literatura, la definición de diecinueve Valores institucionales que habían de acompañar el proceso de implementación. Una vez finalizado este proceso, que representó el trabajo de todo el equipo de dirección durante dos tardes semanales, de cinco horas cada una a lo largo de cuatro meses, se redactó un riguroso y voluminoso documento de doscientas páginas con sólo diez pequeñas figuras. El documento era excesivamente voluminoso para poder ser resumido y, demasiado engorroso, para ser explicado de una manera entendible. Y el que era más importante, sólo habían participado en su redacción los miembros del comité directivo. Consultados varios expertos del mundo universitario y de la gestión sanitaria, dieron con la clave, la elaboración del Plan Estratégico no había seguido un proceso participativo, que implicara al máximo número posible de protagonistas, para su aplicación diaria.

SEGUNDA ETAPA. El nuevo proceso de diseño se caracterizó por buscar el máximo de participantes en su elaboración. Se presentó la Misión y la Visión a los dos máximos órganos de gobierno, por su aprobación y obtención de luz verde al proceso de planificación. El análisis DAFO se realizó en ocho grupos de trabajo y, todos los mandos participaron en ellos. Posteriormente, el personal de dirección aprobó diez temas de análisis a partir de la agrupación de los motivos del análisis estratégico. A continuación, para dar respuesta operativa a los grandes problemas planteados, se decidió formar doce grupos de trabajo multidisciplinario de diez miembros y un coordinador con el apoyo de un miembro del personal de dirección. En una sesión preparatoria los coordinadores fueron adiestrados en la utilización de la técnica del grupo nominal. Posteriormente se realizó una sesión conjunta de todos los miembros de los doce equipos multidisciplinarios a los que se les explicó la Misión y la Visión, las diez líneas de discusión y la metodología de trabajo. A continuación cada grupo se reunió durante un tiempo de sesenta minutos por realizar la tarea encomendada.

Finalmente, los grupos presentaron conjuntamente sus conclusiones. muchas de ellas coincidentes en todos los grupos: la participación, la información, la comunicación, la gestión clínica, la motivación, la descentralización, la confortabilidad y, la humanización de la asistencia.

A partir de aquí, el gerente redactó las siete líneas estratégicas y las treinta y tres estrategias de cambio, con sus objetivos, el responsable de su aplicación y el calendario de realización. Una vez finalizado, el proceso de redacción y discusión con el equipo de dirección, el Plan Estratégico fue aprobado en su totalidad por el Consejo de Administración y por la Junta del Patronato, de una manera unánime durante el mes de octubre del año 1997.

A la presentación oficial del mismo asistió el Secretario General del Departamento de Sanidad y Seguridad Social en representación del propio Consejero. El propio primer ejecutivo realizó cinco presentaciones internas del documento en diferentes horarios, porque todos los colaboradores del PHV, pudieran asistir. El documento fue publicado y repartido a todo el mundo en las presentaciones del mismo. El Plan Estratégico fue aplicado en todas sus líneas y objetivos por los diferentes responsables de cada estrategia.

DISEÑO DEL PLAN ESTRATÉGICO 2001-2003

Los excelentes resultados obtenidos del diseño y aplicación del Plan Estratégico 1998-2000, impulsaron esta línea de trabajo. Con la participación de cien sesenta y siete colaboradores (57% del total) durante el segundo semestre del año 2000 se diseñó la nueva guía de actuación para afrontar los retos del nuevo milenio. Así la Misión y la Visión (véase Cuadro 9.3) fueron redactadas conjuntamente por los Presi-

Cuadro 9.3. MISIÓN (QUÉ SOMOS) Y VISIÓN (DÓNDE QUEREMOS IR)

MISIÓN 1997

La misión del Pius Hospital es colaborar en la mejora del estado de salud de la población de Valls y de las comarcas de la Alt Camp y de la Conca de Barberà.

Lograremos la satisfacción de los clientes externos (ciudadanos) ofreciendo servicios sanitarios, sociosanitarios y sociales de calidad con los recursos disponibles. Favoreceremos el desarrollo profesional y personal de los clientes internos (colaboradores) de nuestros centros.

MISIÓN 2001.

El Pius Hospital de Valls es una institución de iniciativa pública con gestión empresarial, que ofrece servicios integrales de salud y forma profesionales competentes y expertos.

VISIÓN 1997

La visión del Pius Hospital es transformar nuestra organización en una de nueva, centrada en el cliente externo y su entorno social, impulsada por la voluntad de servicio y orientada a la excelencia de los resultados.

Lograremos el entusiasmo de los clientes y convertiremos el Pius en el mejor hospital comarcal de Catalunya.

VISIÓN 2001

El Pius Hospital de Valls quiere ser una organización excelente.

dentes de la Junta del Patronato y del Consejo de Administración y por el director gerente y, discutidas y mejoradas en el Comité Directivo. Su aprobación preliminar por el Consejo de Administración durante el mes de mayo del año 2000, permitió continuar todo el proceso de planificación.

El análisis interno y externo del entorno según la metodología DAFO fue realizada por el Comité Directivo y por grupos de trabajo (setenta y siete profesionales) de cada una de las ocho Áreas de Gestión descentralizadas: debilidades (Cuadro 9.4), fortalezas (Cuadro 9.5), amenazas (Cuadro 9.6) y oportunidades (Cuadro 9.7).

El equipo directivo, identificó y definió el rol de los cuatro principales grupos de interés: clientes, colaboradores, directivos y, propietarios (véase Cuadro 6.0). Se aceptó que las ocho Líneas Estratégicas, fueran los principios fundamentales de la Excelencia según el Modelo de Excelencia de la EFQM. Estas diecinueve Estrategias (Cuadro 9.8), son el resultado de haber realizado la Autoevaluación del Pius Hospital, a partir del método del propio caso. El cual, fue redactado por el Consultor Interno de Calidad. La autoevaluación fue realizada por los miembros del comité directivo y diecisiete mandos, con un total de veintiocho profesionales, tres por cada una de las Áreas de Gestión. Posteriormente utilizando la herramienta PERFIL del «Club de Excelencia de la Gestión» (concesionario español del EFQM), se realizó la Autoevaluación, en cada una de las ocho Áreas de Gestión. Participando, en este proceso sesenta y nueve profesionales. Las Autoevaluaciones permitieron detectar áreas de mejora y, de su priorización según la matriz de la Tabla 6.1, surgieron las diecinueve estrategias de transformación del Cuadro 9.8 y, ciento cuatro objetivos operativos). Cada una de las cuales tiene asignado un responsable y un calendario de ejecución.

Cuadro 9.4. DEBILIDADES

- Dificultado de adaptación de la organización y de sus colaboradores a la alta velocidad de los cambios.
- Insuficiente presupuesto de inversiones por hacer frente a las reposiciones y a la adquisición de nuevas tecnologías.
- Carece de un salpicadero integrado de los macroprocesos institucionales.
- Lentitud en el desarrollo de los sistemas de información.
- Deficientes niveles comunicativos.
- No existencia de una política de reconocimientos personales y profesionales.
- Plantilla clínica y de apoyo adecuada a la actividad contratada no a la realizada realmente.
- Desarrollo lento de la estandarización de las prácticas clínicas y de apoyo.
- Poca disponibilidad horaria de los clínicos por la integración de la mejora permanente de los procesos a la práctica cotidiana.
- Centros asistenciales poco confortables e inadecuados funcionalmente.
- Incremento progresivo de la presión asistencial.
- Dificultado de integración del trabajo social en los equipos clínicos.
- Dificultado por mantener el equilibrio económico sostenido del resultado de explotación.

Cuadro 9.5. FORTALEZAS

- Existencia del modelo de gestión: planificación estratégica, dirección por procesos, programa de mejora permanente de los procesos, gestión clínica, gestión del conocimiento, estructuras organizativas flexibles adaptadas a la gestión de calidad total y autoevaluación según el modelo EFQM de excelencia.
- Descentralización de la gestión a los personales de dirección de las Áreas, mediante el pacto de objetivos del Contrato de Gestión Clínica.
- Importante participación de los colaboradores en la aplicación y evaluación de los nuevos proyectos institucionales.
- Existencia de servicios asistenciales de reconocido prestigio a nivel ciudadano.
- Consolidación de la Comisión Mixta Atención Primaria (EQUIS) y Atención especializada (PHV). Instauración de Consultorías Clínicas (Medicina, Traumatología y Cirugía) a las ABS.
- Hospital asociado a la Universitat Rovira i Virgili
- Descentralización de la gestión del presupuesto de formación a nivel de las Áreas de Gestión.
- Extensión del perfil profesional de alto nivel de competencia a toda la organización.
- Mantenimiento de un modelo único de enfermería a las 6 Áreas Clínicas.
- Variedad de turnos y horarios de los profesionales. Facilidad de cambios y ayudas de horarios para situaciones personales.
- Unidad de Atención al Cliente.
- Comisión de Bioética.
- Difusión a lo largo de toda la organización de una cultura de voluntad de servicio a los clientes y a sus familiares, con un cada vez más elevado compromiso con la institución.

Cuadro 9.6. AMENAZAS

- Relación de debilidad con el cliente mayoritario, el CatSalut, que dificulta la negociación por mejorar la contratación de servicios a realizar.
- Exigencia de más y mejores servicios por parte de los ciudadanos, en contraposición a la póliza de la aseguradora pública (SCS).
- Potencialidad adormecida de hospitales universitarios muy próximos geográficamente.
- Peligro de desviación de clientes a otros hospitales, al mejorar las comunicaciones varias (autovía Tarragona-Montblanc).
- Existencia de grupos asistenciales externos con ánimo de expansión.
- Peligro de competencia interhospitalaria del proyecto de financiación de la actividad marginal, por parte del CatSalut.
- Voluntad explícita del Instituto Catalán de la Salud de unificar el flujo de analíticas de apoyo a la Atención Primaria realizadas en el PHV, verso a la CABEZA Tarraconense.
- Inicio de la facturación de productos intermedios por parte de la EQUIS.
- Carece de un pacto político unitario de apoyo al PHV, tanto a nivel municipal (Valls) como comarcal (Alt Camp y Conca de Barberà).
- Escasa disponibilidad en el mercado de ciertos médicos especialistas (Anestesia y Oftalmología).
- Tratamiento de la aplicación de la normativa comunitaria sobre riesgos laborales de las guardias de presencia física.
- Transporte sanitario no adaptado a los horarios de atención ambulatoria del PHV.
- Detección de déficits del transporte sanitario.

Cuadro 9.7. OPORTUNIDADES

- Buena valoración de los ciudadanos a nuestra institución.
- Apoyo de los órganos de gobierno municipal a la gestión realizada.
- Accesibilidad de los centros y de los profesionales a los ciudadanos.
- Política de cooperación asistencial con Centros de Salud.
- Gran posibilidad de mejorar las relaciones institucionales con el hospital de referencia Joan XXIII.
- Voluntad de gestionar el continuum asistencial en el territorio.
- Incremento de las posibilidades de negocio de la Cooperativa de Servicios Sanitarios (COSS).
- Incorporación nuevas tecnologías de la información (historia clínica compartida) en el proyecto «Fem nunya» con el ICS.
- Negociación con el CatSalut por la financiación del Plan de Mejoras Estructurales de los tres centros del PHV.
- Posibilidad de incorporar nuevas modalidades asistenciales (Centro de Día, Hospital de Día Psicogeriatrico, Programa de Cirugía Mayor Ambulatoria, Hospitalización domiciliaria, Unidad de Diagnóstico Rápido).
- Política de alianzas estratégicas con centros formativos y de investigación de reconocido prestigio (Universidad Rovira i Virgili, Universidad Politécnica de Catalunya, ESADE).
- Reconocimientos externos al PHV (Premio Nacional de Gestión, TOP 20, n. 1).
- Contrato de gestión con el Consorci Sanitari de Catalunya.

Cuadro 9.8. LÍNEAS ESTRATÉGICAS Y ESTRATEGIAS 2001-2003

- ORIENTACIÓN A LOS RESULTADOS
 - Suficiencia financiera
 - Eliminación de bolsas de ineficiencia
 - Evaluación de resultados globales
- ORIENTACIÓN A LOS CLIENTES
 - Mejora de la atención personalizada
 - Asistencia integral y continuada
 - Nuevas modalidades de atención
 - Mejora de la información
 - Centros sanitarios seguros y confortables
 - Evaluación de la satisfacción de clientes y ciudadanos
- DESARROLLO E IMPLICACIÓN DE LAS PERSONAS
 - Planificación y gestión de la política de gestión de las personas
 - Sistema de reconocimientos y recompensas
- LIDERAZGO Y CONSTANCIA EN LOS OBJETIVOS
 - Desarrollo de un nuevo estilo de dirección
- GESTIÓN POR PROCESOS Y HECHOS
 - Revisión de la cartera de servicios
 - Dirección por procesos
 - Gestión integrada de los sistemas de información
- APRENDIZAJE, INNOVACIÓN Y MEJORA PERMANENTE
 - Gestión del conocimiento
 - Gestión de la mejora permanente
- DESARROLLO DE ALIANZAS
 - Planificación y gestión de alianzas externas
- RESPONSABILIDAD SOCIAL
 - Integración del Pius Hospital en la comunidad

Posteriormente se realizó una Jornada de Valores Institucionales, mediante la realización de nueve talleres simultáneos, con la participación de noventa profesionales, a partir de un documento inicial de destilado de Valores. Los grupos se reunieron para escoger y definir cinco Valores representativos del PHV. Cada grupo disponía de un Coordinador de la reunión y el apoyo de un secretario, (miembro del comité directivo). Posteriormente, los grupos presentaron conjuntamente sus conclusiones. Se escogieron como Valores Compartidos los cinco más votados por los participantes (véase Cuadro 5.10).

Las cinco diferencias principales del Plan Estratégico Integrado 2001-2003 respecto al anterior Plan Estratégico 1998-2000, fueron:

- La Misión y la Visión, ya no son meras declaraciones de principios filosóficos y ahora es mensurable su logro
- Los Valores, han sido escogidos y redactados de manera participativa por una tercera parte de los profesionales.
- Las Líneas Estratégicas, una vez consolidado el proyecto de cambio del Pius Hospital, se basan en los ocho principios de la Excelencia del Modelo del EFQM.
- Las Estrategias son el resultado del proceso de Autoevaluación realizado por los diferentes profesionales del PHV, que han participado a nivel global y a nivel de cada una de las ocho Áreas de Gestión descentralizadas.
- Se han identificado y definido el rol de cuatro grupos de interés de la organización: los clientes, los colaboradores, los directivos y los propietarios.

GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

Aprobado el primer plan estratégico, para su aplicación se requería que el PHV incrementara la capacitación técnica y las habilidades de sus profesionales, incorporando nuevos conocimientos basados en los avances científicos, tanto, en las ciencias de la salud, como, en las ciencias de la gestión empresarial. También, necesitaba potenciar las habilidades docentes de sus colaboradores para formar excelentes profesionales en las diferentes ramas de las ciencias de la salud acreditadas. Necesitaba disponer de nuevos y amplios conocimientos metodológicos, en ciencias de apoyo a investigación, para incrementar el conocimiento científico de sus investigadores.

A nivel de formación médica de postgrado, durante el primer año de funcionamiento el PHV, había sido acreditado por el Ministerio de Sanidad, para la formación del ciclo hospitalario de los médicos residentes (MIR) de Medicina Familiar y Comunitaria, adscritos a la Unidad Docente ubicada en la ciudad de Tarragona. El Programa tiene a un médico del PHV, como coordinador hospitalario. Asimismo, desde el PHV se han organizado cursos de formación continuada para médicos y enfermeras de atención primaria. La biblioteca del centro está abierta a todos los profesionales de las ciencias de la salud del territorio. El PHV también ha colaborado, en la formación profesional de primer y segundo grado (administrativos, auxiliares, oficios, entre otros) con las diferentes escuelas de las comarcas tarraconenses.

El primer paso en la elaboración de programas de formación fue la formación en técnicas de gestión empresarial, por poder lograr la sostenibilidad de los centros del PHV. Al mismo tiempo se iniciaron los programas de formación de mejora continua, dirigidos a todos los colaboradores de la organización. Y, finalmente, al ser el PHV una institución de tamaño reducido y, no disponer de capacidad económica de contratación de consultores externos, para impulsar los proyectos de cambio, pero sí dispone de profesionales comprometidos e involucrados, con la institución, se diseñó un programa de formación de **Consultores Internos** (Cuadro 6.14) que estaban a disposición de todas las Áreas de Gestión, realizando una tarea transversal en toda la organización.

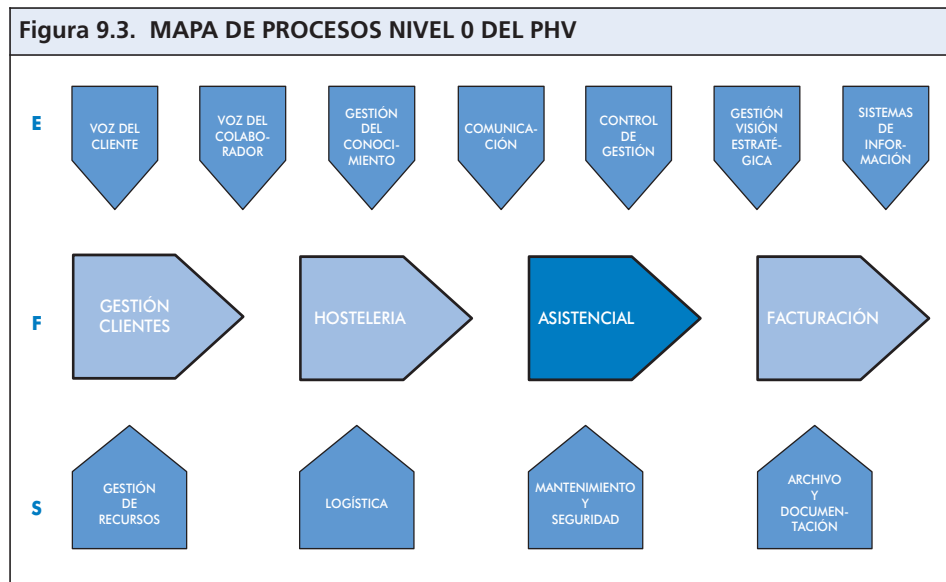
Los Consultores Internos eran los siguientes: a) consultora interna de apoyo a la gestión de la calidad de los planes de curas de enfermería, b) consultor interno en metodología de calidad total, c) consultor interno de planificación estratégica de los sistemas de información, d) consultor interno en estudio de nuevas tecnologías y utilización adecuada de recursos asistenciales, e) relaciones externas con la Atención Primaria, f) consultor interno en documentación y gestión clínica y en metodología de búsqueda, g) consultor interno de comunicación interna y externa y, h) consultor interno de apoyo a la gestión económica de las áreas.

El Pius Hospital realizó una apuesta muy importante para incrementar la formación de sus profesionales. Así, el presupuesto de formación del año 1995 era de veinticuatro mil euros y, en cambio, el del año 2000, fue de ciento cuarenta y cuatro mil euros. De los cuales, setenta y dos mil gestionados de una manera autónoma desde las ocho Áreas de Gestión descentralizadas. El Área de Gestión del Conocimiento se creó el año 2001, apoyando a todo el Modelo de Gestión, con el objetivo de proporcionar el aprendizaje, gestionando la información y las personas. Fruto de este esfuerzo fue la consecución del estatus, de Hospital Asociado a la Universidad Rovira i Virgili (Tarragona), a nivel de las áreas de conocimiento de Medicina, Enfermería y Fisioterapia.

MAPA DE PROCESOS, GESTIÓN CLÍNICA Y REDISEÑO DE LA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

A partir del mapa de procesos (véase Figura 9.3), y de la configuración de las Áreas de Gestión descentralizadas (véase Cuadro 9.9), se configuró el nuevo organigrama del PHV (véase Figura 9.4), con una estructura organizativa basada en la dirección por procesos. En la que destaca, la posición preeminente de los clientes y la función facilitadora de la gerencia (inversión del organigrama) y la horizontalización de la estructura mediante la creación de las Áreas de Gestión autónomas y descentralizadas, basadas en el mapa de macroprocesos. La introducción del Área de Gestión del Conocimiento y de la Atención al Cliente, también fueron partes integrantes de la dirección del centro.

Además, se puede observar, la creación de las figuras de los Consultores Internos, en cada una de las Áreas de Gestión. Los cuales, tienen una función de apoyo horizontal a toda la organización, facilitando la integración de todas las áreas en la realización global de la Misión institucional. Este nuevo organigrama significó: la desaparición de las Direcciones Divisionales clásicas: médica, enfermería, servicios



Cuadro 9.9. COMPOSICIÓN DE LAS ÁREAS DE GESTIÓN

ÁREAS DE GESTIÓN	SERVICIOS Y UNIDADES
ÁREAS ASISTENCIALES	
MATERNOINFANTIL	Pediatría, Ginecología, Obstetricia.
QUIRÚRGICA	Cirugía, Otorrinolaringología, Oftalmología, Urología, Dermatología, Traumatología.
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	Diagnóstico por la Imagen, Farmacia, Laboratorio, Anatomía Patológica, Rehabilitación.
CRÍTICOS	Anestesia, Clínica del Dolor, Urgencias y Emergencias.
MEDICINA Y GERIATRÍA	Medicina Interna y especialidades, Hospital de Día, PADES, Convalecencia, Cuidados paliativos, Larga Estancia.
RESIDENCIAL	Larga estancia, Hospital de Día Geriátrico, Residencia Asistida
ÁREAS DE APOYO	
ADMINISTRATIVA	Economía y Finanzas, Relaciones Laborales, Servicios Técnicos, Control de Gestión, Logística, Informática
CLIENTES	Atención Psicosocial, Admisiones, Recepción, Hostelería

generales, recursos humanos. Y, la creación de equipos de dirección con poder de decisión, en cada una de las áreas descentralizadas. Su vínculo con la gerencia era el Contrato de Gestión, firmado por el Director del Área y el Gerente.

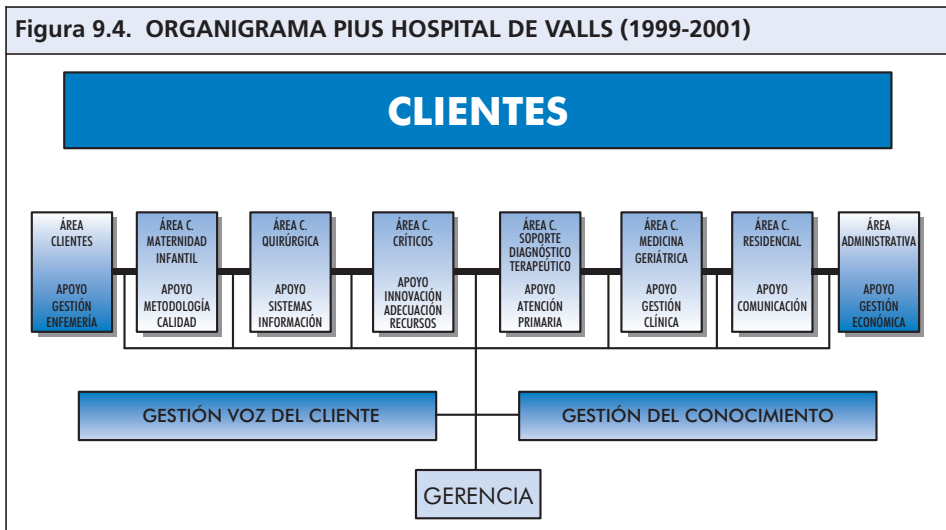
En el nuevo organigrama el macroproceso asistencial tiene un peso específico muy importante, pues los seis propietarios de su despliegue, son los Directores de Áreas Clínicas. y los dos Directores de Áreas de Apoyo, asumen la responsabilidad de los otros macroprocesos. Además, esta incorporación masiva de profesionales sanitarios en el Comité Directivo del PHV, permitió dar el protagonismo que se merecen, a los principales profesionales del conocimiento de un centro sanitario.

El proceso de transformación se inició en el primer trimestre del año 1998, con el diseño del Mapa de Macroprocesos y la puesta en funcionamiento del Área Clínica Materno-infantil. El proceso de transformación organizativo duró casi dos años (véase Figura 9.4), pues se optó por una reestructuración radical, pero progresiva, basada en la Dirección por Procesos.

Producto del proceso formativo, el equipo directivo, identificó catorce macroprocesos, cuatro fundamentales, de los cuales el Asistencial es el crítico, pues es la razón de ser de un centro hospitalario, cinco estratégicos y, cinco más de apoyo. La directora de la división de enfermería fue escogida, por su formación y por su talante pedagógico y facilitador, como la Consultora Interna en Gestión de Procesos, que debía apoyar los propietarios de los procesos, durante la fase de documentación e implementación.

La directora de la división de enfermería, como Consultora Interna junto con los responsables de los catorce macroprocesos, realizaron el proceso de documentación de los mismos. El trabajo fue presentado al nuevo equipo de dirección, el cual realizó modificaciones para su mejora. Todo ello, significó realizar una muy importante reflexión sobre el contenido de cada macroproceso y, descubrir que en muchos casos no existía una comprensión global y común de los mismos. Esto, comportó la modificación profunda de todos los diagramas de flujo y, el análisis pormenorizado de cada macroproceso, junto con la propuesta de áreas de mejora y, se definieron las métricas de rendimiento.

Figura 9.4. ORGANIGRAMA PIUS HOSPITAL DE VALLS (1999-2001)



Los criterios empleados para la selección y asignación de los **propietarios de los procesos**, fueron su capacidad de liderazgo, credibilidad personal y capacidad profesional para motivar a los nuevos equipos multidisciplinarios (médicos, enfermeras y administrativos), así como la capacidad de negociación para adoptar cambios y relacionarse con el la gerencia y, en la capacidad de ver de forma global al PHV y, alcanzar conjuntamente el horizonte estratégico.

El núcleo inicial de la aplicación de la Gestión Clínica en el PHV fue la aplicación del Plan Estratégico 1998-2000. En el año 1997, mientras se preparaba el Plan Estratégico 1998-2000, se constituyó la **Comisión Asesora de la Gerencia**, con una doble finalidad, primera, conceptualizar el **modelo de Gestión Clínica**, mediante las aportaciones personales de un grupo de profesionales, que eran líderes clínicos, y segunda, diseñar la estrategia de aplicación del modelo.

El proceso liderado por el gerente del PHV incorporó, al Director Médico con los Jefes de Servicio de Ginecología y Obstetricia, Cirugía, Anestesia y Reanimación y el de Diagnóstico por la Imagen. Posteriormente, se añadió la Directora de Enfermería, como elemento clave por estimular al personal de enfermería en el cambio de modelo que se estaba preparando.

Una de las primeras decisiones fue organizar un curso de formación, de Gestión Clínica, dirigido a todos los directivos, jefes de servicio médicos, supervisoras de enfermería y un médico adjunto y una enfermera por servicio. El curso tenía un doble objetivo, de una parte, formar a los responsables clínicos en la filosofía y metodología de Gestión Clínica y por otra, sensibilizar a los asistentes, en la aplicación de estos principios en su propia área de gestión, mediante la realización obligatoria de una tesina de final de curso referida a un tema estratégico de su propio servicio.

El fruto de seis meses de trabajo consecutivos de la comisión y haber realizado sesiones de **benchmarking** en los centros hospitalarios de Parque Taulí (Sabadell), Hospital Clínico y Hospital del Mar (Barcelona) y Hospital de Aranzazu (Donosti), se definió la Gestión Clínica, la estructura organizativa en **Áreas Clínicas**, los requerimientos por su puesta en funcionamiento y, el calendario de ejecución.

A lo largo del año 1998, la comisión estableció el modelo de **Contrato de Gestión Clínica** a aplicar. Parcialmente a partir del año 1999 y, globalmente en todas las Áreas, durante el año 2000 y que fue evaluado durante el primer trimestre del año 2001. Durante el periodo de implantación de las Áreas Clínicas (marzo 1998-noviembre 1999) todos los Directores de las Áreas Clínicas, realizaron un curso de formación en gestión de sistemas integrados de salud, en prestigiosas escuelas de negocio, con el fin de formarse profesionalmente en gestión empresarial aplicada a la gestión sanitaria.

La implantación de las Áreas Clínicas (cinco Asistenciales y una Residencial) fue progresiva durante dos años. En el mes de marzo del año 1988, se decidió iniciar una **Prueba Piloto del Proyecto**, liderada por el Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia, como Director del Área Clínica Materno-infantil, puesto que, en esta área se juntaban todos los requerimientos imprescindibles y, el servicio de control de gestión, había finalizado la elaboración del presupuesto clínico para el Área y, se disponía del cuadro de mandos necesario para su control mensual. Se buscaba obtener un Efecto Demostración, dirigido a estimular a las otras Áreas Clínicas.

Lo que se logró totalmente, pues la implantación de las Áreas era explicada y negociada, cuando afectaba a las condiciones de trabajo de los colaboradores, con el Comité de Empresa. Sólo hubo un enfrentamiento serio, en el primer intento de poner

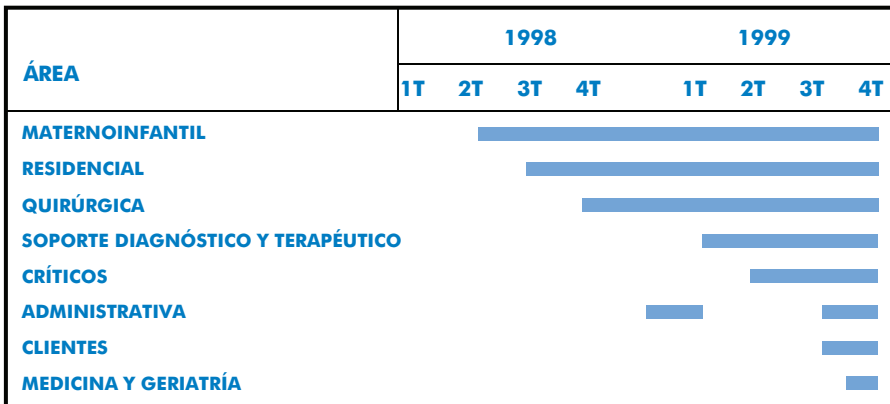
en funcionamiento, el Área Clínica de Críticos. La razón fue la reubicación de una auxiliar de enfermería, que cambiaba de área. Una vez, resuelto este detalle no hubieron más enfrentamientos con el comité. En el mes de noviembre del año 1999, se puso en marcha la última Área Clínica la de Medicina y Geriátrica, finalizando así, el proceso de transformación organizativa.

La gestión de los procesos asistenciales se basa en la elaboración y aplicación de **Vías Clínicas**. La primera vía clínica que se diseñó y aplicó en el PHV, fue la del embarazo-parto-puerperio. Ello fue así, por dos motivos. El primero es que se corresponde a un subproceso de la primera Área Clínica en funcionamiento y, segundo, es el subproceso asistencial más prevalente del hospital. Se constituyó un equipo asistencial multidisciplinario formado por ginecólogos, pediatras, farmacéutica, psicóloga, enfermeras, trabajadora social y un administrativo. Ellos fueron escogidos por los miembros del Comité Directivo de su propia Área.

En el año 2000, se aplicaron los Contratos de Gestión Clínica en todas las Áreas Clínicas. Se realizaba un seguimiento mensual de su funcionamiento operativo, entre el Director del Área y los Subgerentes, Asistencial y de Gestión. Se analizaba exhaustivamente su desarrollo estratégico y operativo. También en el año 2000, tres miembros de cada área clínica (el director, el coordinador de calidad y otro colaborador) fueron formados como evaluadores internos en el Modelo EFQM de Excelencia, con la autoevaluación de propio caso del Pius Hospital, redactado previamente por el Consultor Interno de Calidad. Posteriormente en el último trimestre del año 2000, ocho colaboradores de cada Área Clínica (todo el personal de dirección y varios colaboradores) realizaron la Autoevaluación de su propia área, detectando puntos fuertes y áreas de mejora, y una vez, priorizadas éstas, se debía iniciar a lo largo del año 2001, el proceso de Planificación Estratégica, de cada una de las mismas.

También, se introdujo un sistema de incentivos para las áreas clínicas, basado en la asignación de recursos económicos de libre disposición a tres niveles: a) formación continuada de los profesionales, b) participación en grupos de mejora en horario laboral y, c) inversiones descentralizadas. El sistema de reparto de los recursos, a partir del año 2000 se basó en la evaluación ponderada de los indicadores de los Contra-

Figura 9.5. CRONOGRAMA DE APLICACIÓN DE LAS ÁREAS CLÍNICAS EN EL PHV



tos de Gestión Clínica previamente pactados. Se garantizaba una parte fija, pero había una parte variable, que entraba en competición entre las seis Áreas de Gestión Clínica en función de los resultados obtenidos.

9.5. RESULTADOS OBTENIDOS CON EL MODELO GESANEX

A continuación se presentan los resultados obtenidos, a partir del desarrollo y aplicación del modelo de gestión sanitaria de la Excelencia (GESANEX), en el Pius Hospital de Valls, y la contribución, de los mismos en el largo camino de la Excelencia. La metodología utilizada se fundamenta principalmente en el análisis comparativo antes (año 1995) y después (año 2000) de la aplicación del MODELO GESANEX.

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL

Cuando se comparan los principales parámetros de actividad realizada en el año 1995 y en el año 2000 (Tabla 9.1), se observan importantes incrementos de la actividad asistencial: altas de hospitalización convencional, primeras visitas urgencias y hospital de día. Mejora de indicadores de eficiencia clínica: disminución de la estancia media, de la presión de urgencias y del índice de reiteración. Y mejora de la eficiencia organizacional: incremento del índice de ocupación.

HOSPITALIZACIÓN. La principal razón del incremento de las altas de hospitalización, es por la puesta en marcha de dos nuevas unidades clínicas: Otorrinolaringología y Oftalmología durante el año 1997 y, también por la reestructuración del Servicio de Urología.

Tabla 9.1. ACTIVIDAD ASISTENCIAL GLOBAL DEL PHV, AÑOS 1995 Y 2000

	1995	2000	VARIACIÓN
HOSPITALIZACIÓN			
Altas	4.645	5.424	+16.77%
Estancia Media (días)	6.4	4.4	-45.45%
Índice Ocupación	68.00%	88.60%	+22.60%
Presión Urgencias	65.90%	53.50%	-12.40%
CONSULTAS EXTERNAS			
Primeras visitas	19.839	34.889	+75.86%
Segundas visitas	48.093	61.098	+27.04%
Índice reiteración	2.42	1.75	-0.67%
URGENCIAS			
Total visitas	25.015	29.850	+19.32
Número ingresos	2.889	2.906	+0.05
Índice ingresos	11.54%	9.73%	-1.81
HOSPITAL DE DIA			
Altas	259	1.718	+563.32%

La disminución de la estancia media, se explica por una mejora de la eficiencia clínica, pues la complejidad de la patología atendida en el año 1999 es superior a la del año 1996. Y también, por la incorporación de los nuevos servicios clínicos, que son de baja complejidad. La disminución de la presión de urgencias, también explica una posible mejora de la eficiencia clínica de los profesionales médicos de este servicio. Cuando en el índice de ocupación, su mejora comporta una mejor utilización de los recursos asistenciales disponibles. Es importante mencionar que en el año 1995 el PHV disponía de 120 camas de hospitalización para llevar a término 4.645 altas, en cambio en el año 2000 se habían realizado 5.424 altas, en sólo 92 camas.

CONSULTAS EXTERNAS. El incremento de actividad de un 75.86% de primeras visitas, fue por una mayor productividad de todos los servicios clínicos, sobre todo con la unificación en el año 1996 de la unidad de planificación familiar con el servicio de Ginecología y Obstetricia, lo que significó un incremento de más de cuatro mil primeras visitas y la eliminación de la lista de espera de revisiones ginecológicas. El incremento global también se explica por la incorporación de los servicios de Otorrinolaringología y Oftalmología y, la reestructuración de Urología. En cambio, la disminución del número de visitas necesarias para cerrar un proceso asistencial ambulatorio, o índice de reiteración, debe principalmente a la mejora de la eficiencia clínica de todos los servicios médicos.

URGENCIAS. El incremento de actividad observado, no es atribuible a ninguna acción desde el propio centro, es una característica generalizada en todos los hospitales de la red pública catalana.

HOSPITAL DE DÍA. Hasta el año 1996 el número de episodios atendidos era anecdótico, en cambio en el año 1997 con la entrada en funcionamiento de la unidad de hospitalización de día, el número de episodios atendidos se ha incrementado exponencialmente.

EVOLUCIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA EXPLOTACIÓN ECONÓMICA

De la observación de la evolución anual del resultado de la explotación económica del PHV (véase Tabla 9.2), separando el quinquenio inicial (1991-1995) del periodo quinquenal en el que se han introducido criterios de gestión empresarial y se ha aplicado el Modelo de gestión de la Excelencia, se obtiene un cambio radical. De unas pérdidas acumuladas de más de tres millones de euros en el primer periodo, se pasa a un beneficio acumulado de ciento cincuenta mil euros, y lo que es más importante todavía, el mantenimiento sostenido cada año del equilibrio financiero entre ingresos y gastos, es decir, se ha logrado la autosuficiencia económica.

Otro factor a considerar, es que mientras en el año 1995 (y durante cada año del periodo inicial) se realizó una actividad marginal mínima, en cambio, en el año 2000 se han realizado para el CatSalut, un exceso de 793 altas, 7.460 primeras visitas, 785 altas de hospital de día, 368 intervenciones quirúrgicas menores y 3.640 urgencias. Lo que comporta dejar de ingresar trescientos cuarenta y ocho mil euros en el año 1995, a casi dos millones de euros en el año 2000. Ello corrobora el grado de implicación social de la entidad PHV y, de sus propios profesionales, en el bienestar sanitario de los ciudadanos de su área de influencia.

Tabla 9.2. EVOLUCIÓN ANUAL DEL RESULTADO DE LA EXPLOTACIÓN ECONÓMICA

PERÍODO 1991-1995	1991	1992	1993	1994	1995	TOTAL PERIODO
Beneficio de la explotación*	-202.400	-141.500	-190.300	-49.500	-45.900	-579.600
PERÍODO 1996-2000	1996	1997	1998	1999	2000	TOTAL PERIODO
Beneficio de la explotación*	+16.100	+200	+3.400	+5.200	+300	+25.200

* Expresado en miles de pesetas

ANÁLISIS COMPARATIVO DEL VALOR ECONÓMICO AÑADIDO

Actualmente, el Valor Económico Añadido (EVA) es el indicador financiero que se está introduciendo con rapidez en las empresas. No sólo es utilizado por los financieros sino también por los gestores. El cálculo del EVA permite la comparación de periodos. A partir de la cuenta de resultados y del balance económico, se realiza el cálculo del indicador, a partir de la fórmula:

$$\text{EVA} = \text{Resultados de las actividades ordinarias antes de intereses y después de impuestos (BAIDI)} - \text{Valor contable del activo} \times \text{Coste promedio del pasivo}$$

El EVA es un instrumento útil a los gerentes, que permite demostrar su gestión con respecto a la creación de valor. El valor económico añadido (EVA) podría definirse como el importe que queda una vez se han reducido de los ingresos la totalidad de los gastos, incluido el coste de oportunidad del capital y los impuestos. Por lo tanto, el EVA considera la productividad de todos los factores utilizados para desarrollar la actividad empresarial. El PHV, tiene unas características especiales, pues se trata de una institución pública, de gestión empresarial vinculada a la administración local y sin afán de lucro, pero como se define en el Plan Estratégico, busca la autosuficiencia económica.

A partir de los resultados obtenidos por el cálculo del EVA, en el año 1995 (antes del inicio del Modelo GESANEX) y en el año 2000 (con el Modelo GESANEX en implantación) se puede concluir que las acciones de gestión empresarial llevadas a término durante los últimos cinco años, han permitido pasar de un EVA: de -226.361.844 en el año 1995 a un EVA -127.155.693 en el año 2000. Lo que representa que en el periodo buscado se ha disminuido la rentabilidad negativa en seiscientos mil euros.

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN

Los resultados se han obtenido de las encuestas de satisfacción realizadas al Pius Hospital, llevadas a término durante el mes de mayo de 1998 y marzo del 2000, desde la Unidad de Atención al Cliente.

Las encuestas se realizaron mediante llamada telefónica entre los 7 y 12 días posteriores al alta hospitalaria. En la presentación inicial se garantizaba la confidencialidad. Se siguió un modelo predeterminado de encuesta y de recogida de respuestas, con el fin de conocer la opinión de los clientes sobre aspectos generales del hospital: confort, limpieza, calidad de la comida, e idoneidad de los horarios de visitas a clientes hospitalizados, silencio en las habitaciones y; aspectos relacionados con los colaboradores del PHV: identificación de los mismos, trato recibido, calidad y cantidad de la información recibida respecto el problema de salud. Se entrevistaron a una población de 100 personas por cada uno de los años analizados. En aquellas respuestas donde el número total, objeto de análisis, es inferior a 100, es porque no se ha obtenido respuesta en el ítem específico o bien porque ha estado invalidada. Las variables que tenían que ser puntuadas por los encuestados entre 0 y 10, se estratificaron en 5 categorías (muy mal, mal, normal, bien y muy bien).

De los resultados obtenidos se observan mejoras, en opinión de las personas encuestadas, en referencia a la calidad de las comidas, la limpieza del hospital en general y de la habitación en particular, el confort de la misma, en horario de visitas, en las molestias provocadas por ruido en otras habitaciones, en los aspectos relacionados con la identificación del personal de PHV, así como, en el trato recibido por parte del mismo y en la información facilitada sobre la enfermedad. Lo acaecido a la llegada al hospital y a la planta de hospitalización se consideró muy satisfactorio. La opinión general sobre el hospital en el año 1998 fue buena en el 68.6% de los encuestados, ante el 82% del año 2000. En el Gráfico 9.1 se presentan los resultados obtenidos respecto a la limpieza tanto del hospital en general como de la habitación.

En cuanto al trato dispensado por los colaboradores, se obtienen diferencias, debido al incremento en la opinión buena y muy buena en cada uno de los diferentes estamentos evaluados. Se ha evidenciado una mejora en la cantidad de información recibida por los clientes en relación a su enfermedad y, no se han obtenido diferencias en cuanto al nivel de comprensión de esta información, puesto que en el año 1998 el 91% de los encuestados ya la consideraba comprensible, siendo el año 2000, el 96% de los clientes los que la valoraban positivamente. El Gráfico 9.2 muestra la puntuación otorgada al hospital por las personas encuestadas, y que muestra unas diferencias muy positivas, tal y como traduce el hecho de obtener en el año 1998 un 33% de puntuación entre 8 y 10, ante un 87.9% del año 2000.

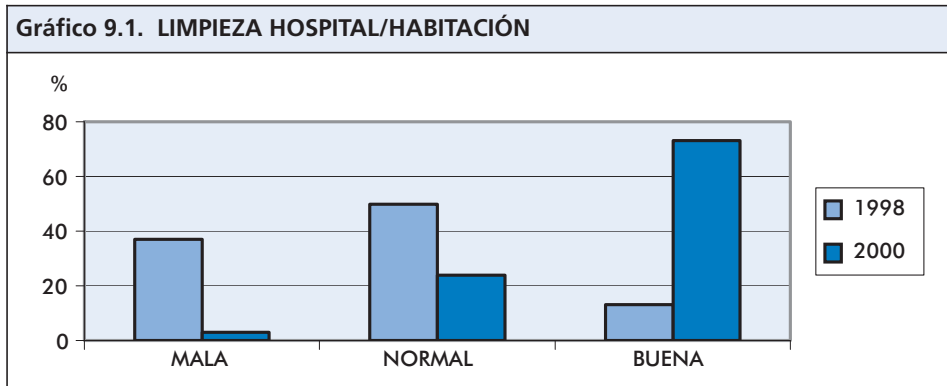
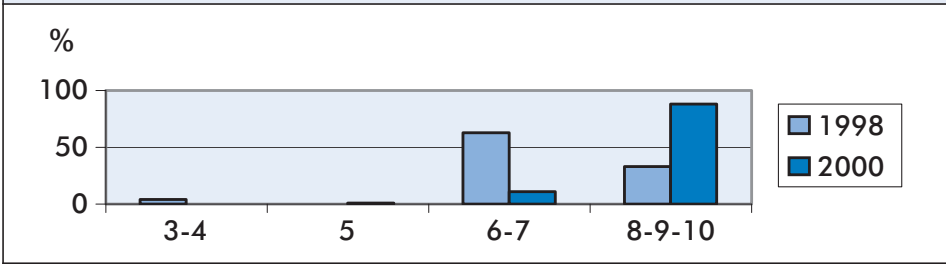


Gráfico 9.2. ¿QUÉ PUNTUACIÓN OTORGARÍA AL HOSPITAL DEL 0 AL 10?

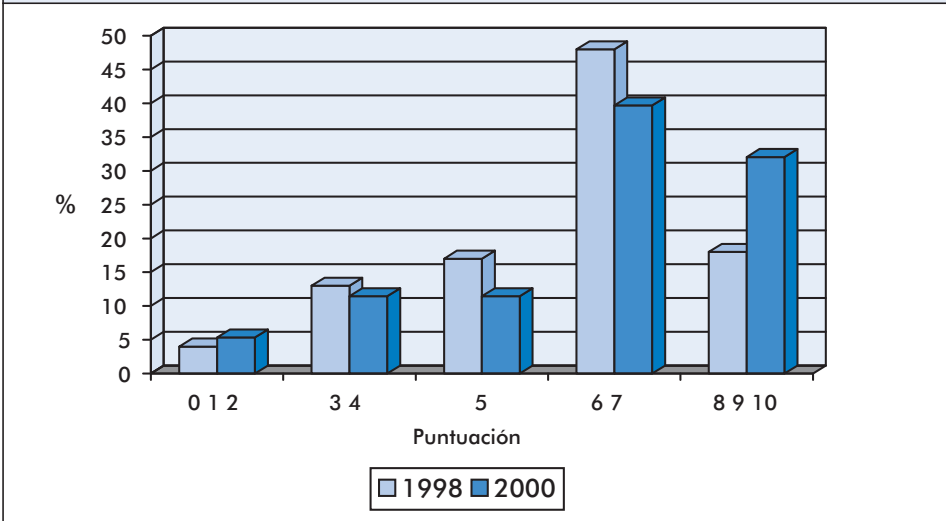


ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS DE CLIMA LABORAL

En el PHV se realizaron dos encuestas de clima y satisfacción laboral entre todos aquellos colaboradores, que quisieron participar voluntariamente. La primera de ellas se realizó en el mes de mayo del año 1998 y la última, en el mes de mayo del 2000. El cuestionario utilizado pretendía conocer y evaluar: a) la cultura corporativa de los colaboradores del PHV a través de determinados aspectos como el nivel de identificación e integración en los diferentes sitios de trabajo, b) el nivel de satisfacción respecto a reconocimientos del trabajo, estabilidad laboral, retribución económica, comunicación, participación, oferta formativa, c) calidad y flujos de la información recibida y, d) orientación del hospital.

Si se observan los resultados comparativos sobre la satisfacción general de los colaboradores del PHV del Gráfico 9.3, en una escala de puntuación de 0 a 10, se ob-

Gráfico 9.3. SATISFACCIÓN GENERAL DE LOS COLABORADORES PHV. AÑOS 1998 Y 2000



Fuente: Elaboración propia

serva una importante mejora del nivel de satisfacción en el año 2000. Del análisis de los datos, es importante valorar la buena predisposición de los colaboradores del PHV hacia la institución, así como el buen ambiente interno de cada servicio y la posibilidad de trabajar en los nuevos equipos multidisciplinares. También mejoran los aspectos relacionados con la formación, que es percibida como más necesaria para la mejora constante. La retribución del personal fue considerada en el año 2000, más adecuada respecto al mercado.

También fue valorado positivamente por los colaboradores, los cambios producidos en las relaciones internas de los diferentes servicios, en el sentido de un mayor reconocimiento a las personas y un deseo de soluciones los diferentes problemas, sin necesidad de buscar culpables. Los resultados expuestos demuestran que han mejorado los aspectos de aprecio y consideración por parte de los responsables, las posibilidades de poder realizar trabajo en equipo, la estabilidad laboral, la flexibilidad de horarios, la retribución económica y finalmente, el grado en que son escuchadas las opiniones de los colaboradores por sus responsables. También, el desarrollo de la dirección por procesos, así como la elaboración y puesta en marcha de las diferentes vías clínicas. La percepción por parte de los encuestados en el año 2000 es que el PHV se orienta más que en el año 1998 hacia la mejora en recursos humanos, facilitando planes de formación, impulsando la participación y el trabajo en equipo.

Los resultados de la encuesta una vez analizados, fueron determinantes en el proceso de planificación estratégica (Plan Estratégico 2001-2003) y, como consecuencia de los mismos, se redefinió el estilo de dirección y estrategias de mejora de la cultura corporativa.

ANÁLISIS DE LA PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES EN LOS PROCESOS ESTRATÉGICOS DE LA ORGANIZACIÓN

La aplicación del MODELO GESANEX en el PHV, ha impulsado y propiciado la participación de los colaboradores en el diseño y desarrollo estratégico de la organización (véase Tabla 9.3).

TABLA 9.3. PARTICIPACIÓN DE LOS COLABORADORES EN LOS PROCESOS ESTRATÉGICOS DEL PHV		
	AÑO	PARTICIPACIÓN
PLAN ESTRATÉGICO 1998-2000	1997	205 (65%)
PLAN CALIDAD 1998-2000	1998	200 (64%)
COMITÉ DIRECTIVO ÁREAS GESTIÓN	1999	31 (10%)
AUTOEVALUACIÓN DEL CASO PHV	2000	28(10%)
AUTOEVALUACIÓN ÁREAS	2000	69 (22%)
TALLER DE VALORES INSTITUCIONALES	2000	100 (32%)
PLAN ESTRATÉGICO 2001-2003	2000	220 (69%)

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LOS CONTRATOS DE GESTIÓN CLÍNICA

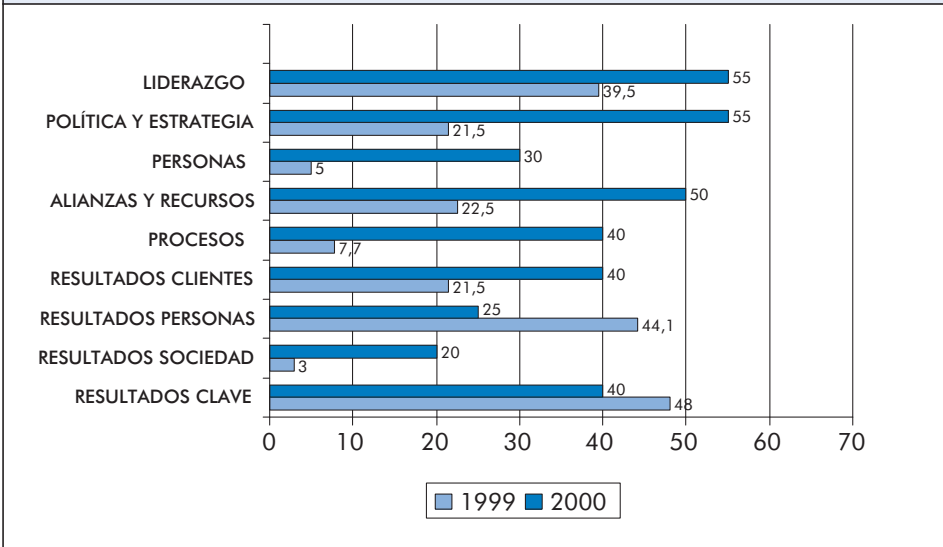
En el mes de noviembre del año 1998, el PHV finalizó el proceso de transición de una estructura organizativa hospitalaria clásica divisional y jerárquica a otra, horizontal, orientada al cliente y descentralizada en áreas de gestión autónomas. El Contrato de Gestión Clínica firmado por los Directores de las Áreas Clínicas y el Gerente es el instrumento que formaliza la relación entre el área y la institución. Los primeros contratos fueron redactados y firmados durante el mes de febrero del año 2000, con unos objetivos operativos y un sistema de incentivos. Los resultados obtenidos en el año 2000 fueron evaluados durante el mes de marzo del año 2001, por la gerencia del centro y cada Director de Área Clínica. De los resultados obtenidos, se observa en la Tabla 9.4, un cumplimiento que oscila del 85% hasta el 100% de los objetivos pactados y, obteniéndose, por lo tanto, un buen grado de cumplimiento en el primero año de funcionamiento de los Contratos de Gestión del MODELO GESANEX.

Tabla 9.4. CUMPLIMIENTO DE LOS CONTRATOS DE GESTIÓN CLÍNICA. AÑO 2000						
	ACMI	ACQ	ACCRI	ACSDIT	ACMIG	ACRES
ORGANIZACIÓN	2	1,2	2	2	2	2
DIRECCIÓN POR PROCESOS	3	3	3	3	3	2,9
ORIENTACIÓN CLIENTE	1	1	1	1	1	0,9
MEJORA PERMANENTE	1	1	1	1	1	1
CALIDAD TÉCNICA	1,9	2	2	1,7	1	1,5
FOR-DOC-INV	1	0,3	1	1	1	1
TOTAL	9,9	8,5	10	9,7	9	9,3
ACMI = Área Clínica Materno Infantil ACQ = Área Clínica Quirúrgica ACCRI = Área Clínica Críticos ACSDIT = Área Clínica de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico ACMIG = Área Clínica Medicina y Geriátrica ACRES = Área Clínica Residencial						

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS RESULTADOS DE LA AUTOEVALUACIÓN. AÑOS 1999 Y 2000

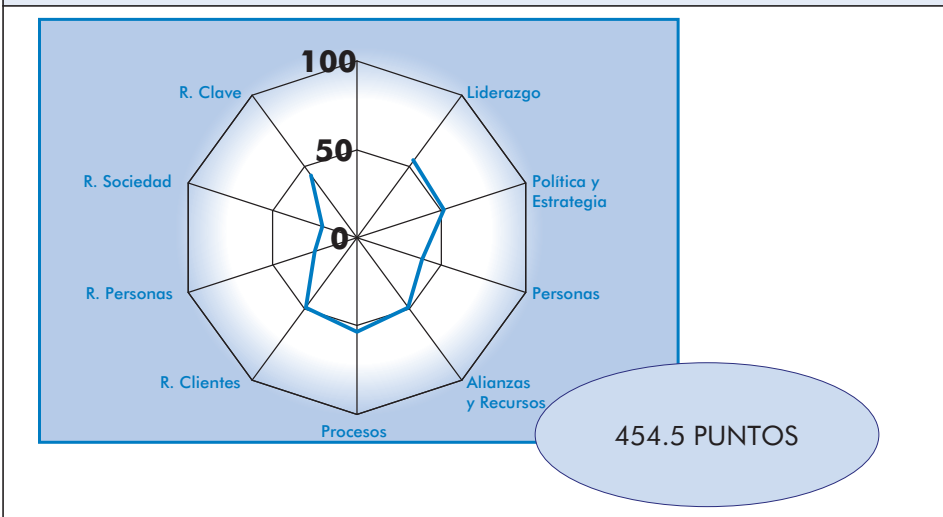
Se realizaron dos autoevaluaciones en el PHV, durante los años 1999 y 2000. Si se comparan los resultados obtenidos en cada uno de los nuevos criterios del Modelo EFQM de Excelencia (Gráfico 9.4) se observa una importante mejora en los criterios 1 a 8 debido a las diferentes acciones de gestión realizadas a lo largo del año 2000: finalización del proceso organizativo, implantación progresiva de las vías clínicas, contratos de gestión clínica, sistema de incentivos por áreas (incremento del presupuesto de formación, presupuesto descentralizado por grupos de mejora, presupuesto descentralizado de inversiones), encuestas de satisfacción de clientes por áreas clínicas, encuesta de clima por áreas de gestión, mantenimiento del equilibrio presupuestario.

Gráfico 9.4. RESULTADOS AUTOEVALUACIÓN DEL PHV. AÑOS 1999 Y 2000



En cambio, el criterio 9 resultados globales, paradójicamente, presenta una puntuación inferior al año 2000 respecto a la del año 1999, debido al cambio del modelo de Autoevaluación, dónde la introducción de la metodología REDER, es muy rigurosa con la incorporación de los criterios de comparación de resultados con otras organizaciones y de continuidad de los resultados en el tiempo.

Gráfico 9.5. RESULTADO AUTOEVALUACIÓN AÑO 2000



PREMIOS Y RECONOCIMIENTOS

El diseño y la aplicación del MODELO DE GESTIÓN DE EXCELENCIA (GESANEX) en el Pius Hospital de Valls, ha sido merecedor de diferentes galardones a nivel del estado español. Así, en el año 2000 le fue concedido por la Escuela Nacional de Sanidad (Instituto de Salud Carlos III) el Premio a la Gestión Hospitalaria. Aquel mismo año, la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona, concedió al PHV el estatuto de Hospital Asociado, en reconocimiento a la gestión del conocimiento realizada en los últimos años. Y también la empresa multinacional IASIST-HCIA, consideró al PHV como el número uno en la categoría de hospitales generales pequeños en el ranking TOP 20 de los mejores hospitales del estado español, por los resultados obtenidos a nivel de gestión clínica.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos corroboran, que la aplicación del MODELO DE GESTIÓN SANITARIA DE LA EXCELENCIA, es un instrumento de gestión empresarial, que permite a los centros sanitarios, que lo apliquen, lograr de una manera progresiva la Excelencia.

- Todo centro sanitario que quiera introducir un proceso de cambio organizativo, tiene que resolver previamente su sostenibilidad en el tiempo, de manera que la Autosuficiencia Económica esté asegurada con la introducción de herramientas clásicas de gestión empresarial.
- Los resultados económicos obtenidos con la aplicación de criterios de gestión empresarial, demuestran el logro de la autosuficiencia económica, con un resultado de la explotación positivo y sostenido a lo largo de todos los años de aplicación del Modelo. En los resultados asistenciales se observa un incremento de nuevos servicios sanitarios, incremento de la productividad y mejora de la eficiencia clínica.
- Con la introducción de las encuestas de satisfacción a los clientes externos, se observa una progresiva mejora de los resultados obtenidos anualmente, con la política de orientación al cliente.
- La aplicación del Modelo permite la participación de los colaboradores en el diseño estratégico de la organización: elaboración de Planes Estratégicos, creación de los comités directivos de las Áreas de Gestión, realización de las autoevaluaciones en el ámbito global y de las áreas descentralizadas, puesta en marcha del Área de Gestión del Conocimiento, lo que se refleja en la mejora de los resultados obtenidos en la encuesta de clima laboral, del año 2000 respecto a la primera realizada en el año 1998.
- La Planificación Estratégica con participación mayoritaria de los profesionales, es el impulso inicial por iniciar el proceso de cambio al modelo GESANEX.
- El diseño del Mapa de Macroprocesos de un centro hospitalario, es el eje vertebral de la aplicación a toda la organización del modelo GESANEX.

- La introducción de una **ÁREA DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO** permite la integración en el proceso de gestión estratégica económico-asistencial de tres líneas básicas de un centro hospitalario: la formación continuada, la docencia y la búsqueda biomédica.
- La **ESTRUCTURA ORGANIZATIVA HORIZONTAL** es uno de los factores críticos de la aplicación del modelo GESANEX, al permitir la descentralización de la organización en Áreas de Gestión (Clínicas y de Apoyo), orientadas a los Clientes, a partir del despliegue operativo del Mapa de Macroprocesos.
- La aplicación y posterior evaluación de las **VÍAS CLÍNICAS** demuestra ser uno instrumento útil a un doble nivel. Primero, porque favorecen la constitución de equipos profesionales multidisciplinares, liderados por el propietario del proceso asistencial. Segundo, la estandarización de la práctica clínica, disminuye la variabilidad clínica no deseada, al ser un instrumento homogeneizador de la práctica asistencial de todos los componentes de los equipos profesionales y, consecuentemente, son un instrumento que mejoren la calidad de la atención sanitaria.
- De la Estructura del **PROGRAMA DE MEJORA PERMANENTE** con una nítida asignación de los niveles de responsabilidad, se destacan dos elementos claves. Primero, la incorporación de la figura directiva del Consultor Interno de Calidad como asesor de la gerencia y, facilitador de las tareas operativas de los Coordinadores de Calidad de las Áreas de Gestión. Y segundo, la impulso a la creación de los Grupos de Mejora, hace sentirse a los profesionales como los verdaderos protagonistas del diseño de las soluciones de mejora y, totalmente involucrados en la aplicación de las medidas correctoras.
- La aplicación de la **GESTIÓN CLÍNICA** y el cambio de modelo relacional establecido en las Áreas de Gestión Clínicas, a partir del desarrollo de los Contratos De Gestión, permite la participación de los colaboradores en el diseño estratégico de la organización. Los vínculos de compromiso, involucración y corresponsabilización en los resultados por parte de los profesionales, se adquiere con la promoción de los mismos en el diagnóstico de la situación estratégica del nivel de calidad, con el conocimiento de su grado de satisfacción laboral e, incorporando el máximo número de profesionales en el diseño del Plan Estratégico del centro hospitalario.
- La aplicación de **INCENTIVOS** en las Áreas Clínicas, mediante un presupuesto descentralizado de formación, participación en grupos de mejora e inversiones, estimula la involucración de los colaboradores en los equipos profesionales multidisciplinares, y se refleja con una mejora del Nivel de Satisfacción Laboral.
- El desarrollo a fondo del **MODELO EFQM DE EXCELENCIA** en los centros sanitarios, permite a la organización que la aplica, tres grandes ventajas, realizar la **AUTOAVALUACIÓN**, desarrollar el **PLAN ESTRATÉGICO** y, a partir de la configuración de un **HOSPITAL BENCHMARK**, conocer y aplicar las mejores prácticas de cada Área de Gestión.
- El **MODELO GESANEX** impulsa la realización de encuestas de satisfacción en los clientes. Los resultados de las encuestas han provocado la aplicación de acciones de mejora, lo que ha conportado una **MAYOR SATISFACCIÓN DE LOS CLIENTES**.

- La aplicación del MODELO GESANEX, conduce progresivamente a la EXCELENCIA al mejorar la globalidad de los resultados de una organización hospitalaria, mediante la integración de la DIRECCIÓN POR PROCESOS con la MEJORA PERMANENTE y la GESTIÓN CLÍNICA. Los resultados obtenidos en la autoevaluación del año 2000, son considerablemente superiores a los obtenidos en el año anterior.
- La naturaleza positiva del diseño y aplicación en un centro hospitalario, del Modelo De Gestión Sanitaria de la Excelencia, ha sido ampliamente reconocida a lo largo del año 2000. La Universidad Rovira i Virgili otorgó al centro, el estatus de Hospital Asociado a la Universidad. La empresa IASIST perteneciendo al grupo norteamericano HCIA, en su clasificación TOP 20 de los mejores hospitales del estado español valoró al centro con el número uno de la categoría de hospitales generales pequeños y, la Escuela Nacional de Sanidad (Instituto de Salud Carlos III) le concedió el VII Premio Nacional a la Innovación en Gestión y Administración Sanitaria (Premio Arthur Andersen en Gestión Hospitalaria).
- EL MODELO GESANEX como demuestran los resultados obtenidos a partir de la aplicación del mismo en un centro hospitalario, está basado en las necesidades de los ciudadanos e integra la eficacia técnica con la eficiencia de gestión, mediante la integración de las siete estrategias que configuran el modelo GESANEX objeto de esta tesis doctoral, donde LOS PROFESIONALES SON LA CLAVE DEL ÉXITO, junto con el LIDERAZGO del primer ejecutivo y de su equipo de dirección y la PROTECCIÓN POLÍTICA del sistema, por parte de los órganos de gobierno.

9.6. APORTACIONES A LA GESTIÓN SANITARIA DEL MODELO GESANEX

Siete son las principales aportaciones innovadoras que sigue aportando el MODELO DE GESTIÓN SANITARIA DE LA EXCELENCIA (GESANEX) a los centros sanitarios:

- El diseño del MODELO GESANEX, integra en un solo cuerpo conceptual la Planificación Estratégica, la Gestión del Conocimiento, la Estructura Organizativa Horizontal, con la Dirección por Procesos, la Mejora Permanente de los mismos y la Gestión Clínica y la Autoevaluación global de la organización, con la detección de áreas de mejora, su priorización y la implantación de planes de transformación integrados en el proceso de Planificación Estratégica, reiniciándose de nuevo el MODELO. Los resultados obtenidos de su aplicación en un centro hospitalario, el Pius Hospital, avalen que el modelo GESANEX permite adelantar hacia la Excelencia a los centros sanitarios que la utilizan.
- El proceso de reingeniería realizado en la estructura organizativa, adaptándola a la Dirección por Procesos, suprimiendo las divisiones por estamentos y, creando Áreas de Gestión autónomas, ha permitido formular los fundamentos por la aplicación integral e integrada del modelo GESANEX.

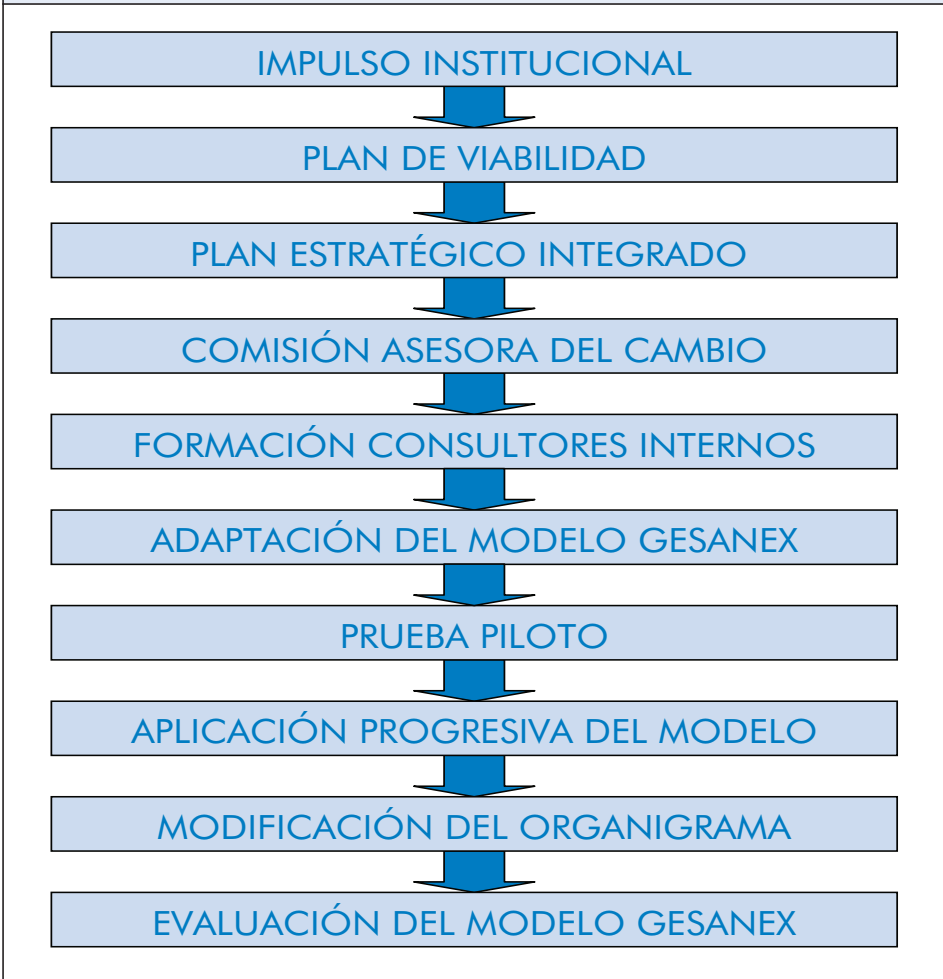
- El diseño del Mapa de Macroprocesos de la organización hospitalaria, la asignación de propietario y la puesta bajo control de todos los procesos, es fundamentalmente una innovación líder de la Dirección por Procesos en un centro sanitario del estado español.
- La estructura organizativa de la Mejora Permanente de los Procesos, integrando la responsabilidad de la mejora de la calidad a la Dirección del centro hospitalario y a las Direcciones de las Áreas de Gestión, con el apoyo de la figura directiva del Consultor Interno de Calidad, rompe con los clásicos esquemas hospitalarios de Comités Centrales de Calidad desatados estratégicamente de la Dirección.
- La definición, en el Plan Estratégico, de un estilo de dirección y del rol del colaborador, junto con la introducción de Valores compartidos, permite un cambio relacional entre la Gerencia y las Direcciones de las Áreas de Gestión Clínicas, basado en la confianza mutua y la profesionalidad. La aplicación de los Contratos de Gestión Clínica facilita la incorporación de un grande número de profesionales en el proceso de cambio.
- El despliegue de la figura de los Consultores Internos, como responsables de asesoramiento técnico a las direcciones y a toda la organización de temas estratégicos, ha estado otro factor clave de involucración de los profesionales en el despliegue del MODELO GESANEX.
- Finalmente, el MODELO GESANEX ha desarrollado por primera vez en el ámbito sanitario tres aspectos del Modelo EFQM de Excelencia: la Autoevaluación, la Planificación Estratégica y el Benchmarking interno. Lo que ha estado posible a partir de la difusión del conocimiento del Modelo EFQM de Excelencia a un gran número de profesionales de toda la organización. Y ha permitido lograr una visión integrada de todas las actividades del hospital, desde el nivel directivo hasta el nivel operativo descentralizado de las Áreas de Gestión autónomas.

9.7. REPRODUCTIBILIDAD DEL MODELO GESANEX

El modelo de gestión sanitaria de excelencia (GESANEX), aunque diseñado y aplicado en un hospital público con gestión empresarial, puede ser reproducido en otros centros sanitarios, adaptándolo a las peculiaridades propias de cada organización, si se den las condiciones necesarias para su desarrollo (véase Figura 9.6). Las cuáles se presentan a continuación:

- En primer lugar, es imprescindible que la organización sanitaria esté libre de limitaciones burocráticas y administrativas, que regulen por ley su estructura organizativa, y pueda ser gestionado como una empresa de servicios. Por lo tanto, en los actuales hospitales de la administración sanitaria pública, no se puede aplicar el MODELO GESANEX.
- Es del todo necesario que los órganos de gobierno, estén convencidos de la necesidad de transformar una organización clásica en una de nueva, innovadora, orientada en sus clientes y, que se encamine a la Excelencia empresa-

Figura 9.6. DIAGRAMA DEL PROCESO DE APLICACIÓN DEL MODELO GESA NEX



rial, aplicando un Modelo de Excelencia. Por lo tanto, y con su máximo representante al frente, han de impulsar y proteger, todo el proceso de transformación.

- El gerente tiene que liderar todo el proceso interno de diseño y transformación, incorporando dos condiciones básicas. Por una parte, capacidad de entusiasmar e involucrar en el proyecto a todo su equipo de dirección y, por otra, tiene que tener un profundo conocimiento de la estrategia aplicable en las diferentes etapas, a lo largo del proceso de transformación.
- Un factor crítico de éxito del cambio, es lograr la visión compartida entre los principales grupos de interés, de la necesidad de no poder seguir gestionando el centro hospitalario con herramientas de gestión obsoletas, que impiden adaptar la organización a los turbulentos cambios del entorno al sector sanitario público. Por esto, una buena estrategia, es poner en marcha la

realización de un Plan Estratégico, con metodología clásica, pero muy participativa con el máximo número de profesionales de la organización. Es del todo seguro, que a partir del análisis estratégico DAFO, surgirán los elementos que permitirán la visualización del cambio, por parte de los propios profesionales, explicitándose con más profundidad, en el análisis de las líneas estratégicas.

- El MODELO GESANEX, aplica estrategias que en cierta medida están siendo probadas parcialmente por diferentes centros hospitalarios: planificación estratégica, vías clínicas, mejora continua, gestión clínica, contratos de gestión, incentivación, Autoevaluación según el modelo EFQM de Excelencia. Pero el más innovador, es la integración en el modelo de estas estrategias en el ámbito global y la transformación radical del organigrama de la organización por su adaptación a la dirección por procesos y suprimiendo las direcciones divisionales en el ámbito operativo.
- La transformación de la organización puede ocasionar un importante grado de resistencia al cambio, a dos niveles estructurales. A nivel del propio personal de dirección y en el ámbito de los mandos de la línea operativa. Es necesario por lo tanto, reducirlas al mínimo en una primera fase y, lograr su apoyo en una segunda. Es del todo imprescindible borrar las dudas personales que tengan los directivos. Hace falta pedir individualmente a todos los miembros del equipo directivo, que colaboren en el proceso y, juntos diseñar su nuevo sitio en la organización del futuro. La experiencia del Pius Hospital puede ser un ejemplo, los directivos, que han participado a fondo en el proceso han cambiado de responsabilidad pero siguen siendo piezas capitales de la organización. Estos directivos pueden asumir nuevas tareas de asesoramiento como valiosos Consultores Internos, y así se resuelve el problema de su resistencia al cambio.
- Un punto importante a resolver, es que en el ámbito de los servicios médicos, no se establecen diferencias significativas en el ámbito de los Jefes de Servicio. Los denominados de primera clase que son los Directores de Área y los de segunda, que no lo son. Hace falta encontrar mecanismos de incentivación y reconocimiento profesional, para que todos tengan los niveles de responsabilidad pero en tareas diferenciadas. Una estrategia sería anunciar que las tareas directivas serán temporales y rotatorias entre todos los responsables preparados, e involucrados en el proceso. Otro elemento motivador, es impulsar en los equipos directivos de las Áreas de Gestión Descentralizadas, la publicación en revistas especializadas y la comunicación en congresos científicos, de los resultados parciales obtenidos de la aplicación del MODELO GESANEX, en las Áreas de Gestión.
- La participación de los responsables clínicos en el diseño del Mapa de Macroprocesos, en el diseño del Proyecto de Gestión Clínica y en el cambio de organigrama, para adaptar la organización a los cambios basados en la Dirección por Procesos, también disminuirá la resistencia de los Jefes de Servicio Médicos, elementos imprescindibles del cambio.
- Hace falta potenciar la creación de la figura de Consultores Internos, en aquellas áreas de nuevos conocimientos que hará falta aplicar a la nueva organización. En organizaciones pequeñas, la dedicación a tiempo parcial de los Con-

sultores Internos, es la solución idónea, compartiendo sus tareas básicas con el asesoramiento. En organizaciones medianas hará falta compartir la figura de los Consultores Internos con el apoyo de Consultores Externos que ayuden a la realización de proyectos puntuales. En organizaciones de tamaño importante, los Consultores Internos habrán de serlo a tiempo completo y también hará falta disponer del apoyo de Consultores Externos.

- Una modificación importante del organigrama no se puede aplicar repentinamente. Es necesario un periodo de adaptación, en el que la formación en la filosofía y metodología de la Gestión de Calidad Total es imprescindible. Además, como el MODELO GESANEX se aplica a un centro hospitalario, hace falta impulsar anchamente la formación en gestión clínica, medicina basada en la evidencia y epidemiología clínica, al máximo número de profesionales clínicos, acompañando el discurso de la gestión empresarial, con el de la nueva gestión de los servicios clínicos.
- Iniciado el periodo de formación, hace falta introducir el MODELO GESANEX, de una manera progresiva a lo largo de la organización. Primero, se escogerá una Área Clínica, donde se cumplan los requerimientos necesarios, explicados en el Modelo, y empezar la Prueba Piloto, que es del todo imprescindible, que tenga un efecto demostración. Por lo tanto, es muy importante la elección que se haga del Director de Área, que tiene que ser, como se ha dicho anteriormente Jefe de Servicio, para disminuir resistencias de los mismos, y obtener el apoyo de las otras Jefaturas de Servicio del Área objeto de la prueba piloto. El Área, tiene que ser objeto de un seguimiento muy esmerado por parte del gerente y del personal de dirección, ayudándola a seguir adelante, pese a los estorbos que surjan a lo largo del proceso de transformación.
- Durante el periodo inicial se realizarán tantos ajustes como sean necesarios del diseño preliminar del modelo y a la vez se adaptará el calendario de aplicación a las otras Áreas de Gestión. La introducción de más Áreas en el proceso de transformación se tiene que realizar tras la consolidación de la aplicación del modelo a cada Área de Gestión.
- Durante el periodo de transformación organizacional es muy importante la realización de reuniones de seguimiento de todos los responsables clínicos con el gerente y la dirección del centro. Es importante visualizar los adelantos y discutir los estorbos, buscando soluciones compartidas. Lo que facilitará el progreso de la transformación organizativa, al disminuir las resistencias al cambio.
- Elementos motivadores del impulso del cambio, fueron las prácticas de sesiones de benchmarking estratégico con otros centros sanitarios, que hayan iniciado cambios en las áreas objetas de aplicación del Modelo. La visita concertada a estos centros y la realización de sesiones de trabajo conjuntas, permite el conocimiento de nuevas experiencias, el intercambio de información y establecer mejoras en el modelo diseñado. Y sobre todo no hace falta correr por cumplir un calendario previamente programado, sino lo que realmente es importante, es la progresiva consolidación del MODELO DE GESTIÓN SANITARIA DE LA EXCELENCIA (GESANEX) en las organizaciones sanitarias públicas y privadas con gestión empresarial.

9.8. BIBLIOGRAFÍA

- CLEMENTE PA, CAPDEVILA MC, PAVÓN A. *et al.* Protocolización del proceso clínico: embarazo-parto-puerperio normal. Rev Calidad Asistencial. 1998; 13: 296-7.
- CLEMENTE PA, FORTUNY B. El área clínica materno-infantil como empresa de servicio del Pius Hospital de Valls. En: Libro de Ponencias. IV Jornadas de Gestión y Evaluación de costes sanitarios. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.
- CLEMENTE PA, PONS A, FORTUNY B. Autoevaluación según el modelo europeo de excelencia del Pius Hospital de Valls. XVIII Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Rev Calidad Asistencial. 2000; 15: 562.
- CLEMENTE PA, FORTUNY B, TORT-MARTORELL X. Modelo de excelencia de la EFQM aplicado al ámbito sanitario. Aplicación práctica. Volumen 1. Barcelona: Faura & Casas Editorial; 2003.
- CLEMENTE PA, FORTUNY B, TORT-MARTORELL X. Modelo de excelencia de la EFQM aplicado al ámbito sanitario. Aplicación práctica. Solución al caso del Hospital de la Vall de Cleftort. Volumen 2. Barcelona: Faura & Casas Editorial; 2003.
- FORTUNY B. Gestió de la qualitat. En: Introducció a la gestió empresarial de centres sanitaris. Barcelona: Centre d'Estudis Col·legials. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona; 1997.
- FORTUNY B, PERICH N, CLEMENTE PA. Autoevaluación según el modelo EFQM a nivel de equipo directivo y de un área clínica descentralizada. Rev Calidad Asistencial. 1999; 14: 489.
- FORTUNY B, PIÉ M, CLEMENTE P. Un teléfono 900 para atender gratuitamente las 24 horas del día las sugerencias de nuestros clientes. Rev Calidad Asistencial 1999; 14: 603.
- FORTUNY B. Pius Hospital de Valls: Pla Estratègic 2001-2003. Valls: Gestió Pius Hospital de Valls-Consultoria i Gestió, document intern; 2000.
- FORTUNY B, PONS A, CLEMENTE P, PARIS J, GATELL T, PERICH N. Gestión de calidad total en el Pius Hospital de Valls. Dirección por procesos, mejora permanente y gestión clínica (1ª. parte) Todo Hospital. 2001; 173: 35-47.
- FORTUNY B, PONS A, CLEMENTE P, PARIS J, GATELL T, PERICH N. Gestión de calidad total en el Pius Hospital de Valls. Dirección por procesos, mejora permanente y gestión clínica (2ª. parte). Todo Hospital. 2001; 174: 127-37.
- FORTUNY B. El camino hacia la Excelencia del Pius Hospital de Valls. Excelencia. 2001; 31: 62-6.
- FORTUNY B. Els Vuit Camins i... una nova manera de fer les coses. Valls: Fundació Pública Municipal, Gestió Pius Hospital de Valls, Consultoria i Gestió; 2001.
- FORTUNY B. Disseny, aplicació i avaluació d'un model de Gestió Hospitalària de Qualitat Total (GESHQUAT). Tesi doctoral. Universitat Politècnica de Catalunya, 2002 (disponible en <http://www.tdx.cbuc.es/TDX-0113103-100123/index.html>).
- GATELL MT. Macroprocesos del Pius Hospital de Valls (tesina). Barcelona: ESADE. Diploma en gestión sanitaria. La práctica directiva; 1998.
- GATELL MT. Relación entre la calidad del cambio, las resistencias y el aprendizaje organizacional (tesina). Barcelona: FAD-UAB. Master de especialización en gestión y metodología de la calidad asistencial; 2002.
- PONS A. Cambio organizativo en el Pius Hospital de Valls: definición, implantación y evaluación (tesina). Barcelona: Universitat Pompeu Fabra-Universitat de Barcelona. Master en Economía de la Salud y Gestión Sanitaria; 2000.

CAPÍTULO 10.

LIDERAZGO Y GESTIÓN DEL CAMBIO

10.1. IDEOLOGÍA Y ORGANIZACIÓN

Los médicos, las enfermeras y otros profesionales sanitarios, son miembros de grupos profesionales o institucionales, cuya escala de valores y creencias tienen una poderosa influencia sobre las expectativas y propósitos de la organización. Todas estas asociaciones pueden estar muy institucionalizadas y, directamente relacionadas con la situación laboral, como es el caso de la pertenencia a una asociación profesional, a un sindicato o a un partido político. Una característica de las economías postindustriales es el poder decreciente de los sindicatos, excepto en el sector público y, en cambio, a medida que crece el número de profesionales cualificados, aumenta la importancia de los grupos profesionales. Así, en el sector sanitario, los médicos, las enfermeras y, los profesionales de la gestión, pueden estar de acuerdo en los objetivos generales, como por ejemplo, los relativos a la mejora de la salud, pero tendrán diferencias claves en cuanto a las expectativas, en cuanto los objetivos sean específicos y se tengan que asignar prioridades y recursos.

La cultura de la comunicación y la colaboración entre profesionales, a través de equipos asistenciales interdisciplinarios, hace que cada vez más, los directivos y gestores sanitarios, como líderes de este proceso de cambio, tengan un papel más comprometido e impulsor. En este contexto, la innovación organizacional desde un punto de vista de **liderazgo transformacional**, supone un nuevo paradigma basado en la confianza, como eje central de la organización frente al paradigma imperante, neotaylorista, de control, sobre el que giran la mayoría de los sistemas organizativos de los centros sanitarios españoles. La dirección de los centros sanitarios, debe crear, impulsar o frenar los cambios en la organización, dependiendo de la capacidad que tenga de dar el salto al nuevo paradigma cultural, a través de una estrategia clara, una gestión de valores compartidos y, la creación de nuevos significados. Los cuales deben generarse a todos los niveles de la organización, usando para ello, de una manera franca la discusión abierta y, el análisis de las discrepancias.

La ideología de una organización es algo más que una serie de advertencias y prohibiciones. Establece una exposición razonada sobre los síes y los noes, que explican el comportamiento de sus miembros, en su capacidad para satisfacer eficazmente sus necesidades y demandas y, en el modo de relacionarse con su entorno. Además gran parte del conflicto que se manifiesta en un cambio organizativo, es en realidad una lucha ideológica. La razón por la que la educación sobre el comportamiento de la organización tiene tanta carga emocional, es porque los valores de las personas influyen sobre ella. Cuando se intenta cambiar la teoría organizativa de

una persona, se acaba generalmente por poner en tela de juicio sus valores. En el Cuadro 10.1, se exponen las seis funciones más importantes de una ideología de la organización. Actualmente sigue siendo frecuente encontrar entre los directivos, una falta de reconocimiento de los principios ideológicos, que constituyen la base de los conflictos organizativos. Generalmente, estos principios sólo se reconocen cuando son evidentes o, ante una situación abierta de enfrentamiento. Pero entonces, el desarrollo del conflicto puede haber llegado a un punto, en el que una solución constructiva sea imposible.

Cuadro 10.1. FUNCIONES DE LA IDEOLOGÍA ORGANIZACIONAL

- Especifica los objetivos y los valores hacia los que debe dirigirse la organización. Con los cuáles debe medirse sus éxitos y sus méritos.
- Señala las adecuadas relaciones entre los individuos y la organización. Es decir el contrato social que regula lo que la organización debe esperar de sus miembros y, viceversa.
- Indica como ha de controlarse el comportamiento de la organización y qué tipos de control son legítimos y cuáles no.
- Pone de manifiesto que cualidades y características de los miembros de la organización deben valorarse o desecharse, así como el sistema de premios y castigos.
- Enseña a los miembros de la organización la manera como deben tratarse unos a otros: competitivamente o en colaboración, honesta o deshonestamente, unidos o distantes.
- Establece los métodos idóneos para tratar el entorno: negociación responsable, responsabilidad social comunitaria.

Roger Harrison distinguió cuatro ideologías de la organización, en función de su orientación: al poder, a la función, al logro o hacia la persona. El autor confirma que en raras ocasiones, estas ideologías se encuentran en las organizaciones, como tipos puros. Aunque la mayoría de ellas tienden a centrarse en una u otra.

- **ORIENTACIÓN HACIA EL PODER.** Este tipo de organización se esfuerza por dominar todo lo que le rodea y, por derrotar a toda oposición. No quiere estar sujeta a ninguna ley o poder externo. Quienes detentan el poder dentro de la organización, procuran mantener un control absoluto sobre los subordinados. Es competitiva y celosa de su territorio. Busca extender su control a expensas de los demás, a menudo explotando organizaciones más débiles. En su interior la ley de la jungla prevalece entre sus directivos. Externamente, el director gerente pueden observar un código de honor al tratar con otros que sean como ellos (orientación al poder con guante de terciopelo). Pero si existe oposición o desafío, interno o externo, la benevolencia cede el paso al puño de acero.
- **ORIENTACIÓN HACIA LA FUNCIÓN.** Es una organización que aspira a ser lo más racional y ordenada posible. Existe una preocupación por la legalidad, legitimidad y responsabilidad. La competencia y el conflicto se regulan

o sustituyen por acuerdos, normas y procedimientos. Los derechos y privilegios se determinan y asignan cuidadosamente. El peso de la jerarquía y de la posición, se ven modulados por el respeto a la legalidad y la legitimidad. Es fácil predecir el comportamiento y se valora la estabilidad y respetabilidad, tanto como la competencia. Se tiende a valorar más la respuesta correcta que la eficaz. Los procedimientos para el cambio suelen ser engorrosos y, la adaptación es muy lenta.

- **ORIENTACIÓN AL LOGRO.** Lo más apreciado es lograr un objetivo establecido. Lo importante es que la estructura de la organización, las funciones y actividades se valoran todas en términos de su contribución al objetivo. No se permite que nada se interponga en el camino de ejecución de la tarea. Si la autoridad establecida dificulta su realización, se la deja a un lado. Si las funciones pasadas de moda, las reglas y regulaciones dificultan la solución de los problemas, se cambian. Si las personas no poseen la capacidad o el conocimiento técnico para realizar una tarea, son formados de nuevo o se las sustituye. Y, si las necesidades personales y las consideraciones sociales, amenazan con entorpecer la solución eficaz de un problema, se suprimen en interés de seguir adelante con el trabajo.
- **ORIENTACIÓN HACIA LAS PERSONAS.** Este tipo de organización existe primordialmente para atender a las necesidades de sus miembros, que de otro modo no podrían satisfacerlas por sí mismos. La organización es considerada un instrumento por sus miembros, con lo que puede llegar a tener una vida muy corta. Se evita la autoridad, en casos extremos ésta se asigna sobre la base de la aptitud en una tarea. Las personas se influyen entre sí, por medio del ejemplo, de la ayuda y, del interés común. La toma de decisiones se basa en el consentimiento general. Se da en pequeños grupos de profesionales asesores. Están dirigidas con la esperanza de conseguir el dinero suficiente para sobrevivir y proporcionar a sus miembros un modo de vida razonable, así como una oportunidad para realizar un trabajo lleno de sentido y agradable al lado de gente con ideas análogas.

A partir de estas orientaciones de Harrison, Roger Plant clasificó a las organizaciones en cuatro grupos (véase Cuadro 10.2). Las organizaciones orientadas hacia el poder y hacia la función, no se ocupan del desarrollo y utilización del compromiso interno, la iniciativa y el criterio independiente por parte de los miembros, que no sean los pertenecientes a los niveles más altos de la jerarquía. En las organizaciones donde las aspiraciones de la mayoría de las personas sea sólo de ir tirando o, como máximo alcanzar un nivel de seguridad económica y de empleo seguro, estas organizaciones orientadas al poder y a la función son capaces de sobrevivir.

Para la mayoría de las organizaciones no existe un perfecto ajuste con ninguna de las cuatro ideologías. La *ideología ideal* debería tener algo de la orientación hacia el poder (para tratar brillantemente con la competencia o con los proveedores), un poco de orientación hacia la función (para lograr le estabilidad y la integración interna), un buena parte de la orientación hacia el logro (para la solución satisfactoria de los problemas y, la rápida adaptación a los cambios) y, la suficiente orientación hacia la per-

Cuadro 10.2. CARACTERÍSTICAS DE LAS ORGANIZACIONES	
BUROCRÁTICA	ORGÁNICA
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Orientada a la función ➤ Predomina el rol y el status ➤ Comunicación arriba-abajo ➤ Decisiones tomadas por el líder ➤ Respuestas conocidas de antemano ➤ Dependencia del líder ➤ Baja interacción ➤ Alta satisfacción del líder 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Orientada a los logros ➤ Predominan las tareas globales ➤ Consenso de grupo sobre las decisiones ➤ Algo de influencia compartida ➤ Soluciones en conjunto ➤ Alta participación e interacción ➤ Más ideas generadas ➤ Satisfacciones compartidas menos para el líder
AUTOCRÁTICA	ANÁRQUICA
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Orientada al poder ➤ Predominan el poder y la política ➤ Anti-participación. ➤ Divide y vencerás ➤ Negación de las ideas ➤ Alta integración contra el líder ➤ Rechazo de las decisiones por el grupo ➤ Menor satisfacción para el líder y para los miembros 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Orientada hacia las personas ➤ Predominan las personalidades individuales ➤ Pocas decisiones en grupo compartidas ➤ Influencia individual ➤ Poca interacción, sin participación ➤ Prioridad de las ideas propias ➤ Soluciones individuales ➤ Satisfacción individual variable
<i>Fuente: Plant R (1991).</i>	

sona (para cubrir los interrogantes de los profesionales, que desean saber por qué deben verse involucrados en todo, sin que sus necesidades se vean atendidas)

Tanto si el director gerente las afronta como si las evita, las ideologías continuarán actuando según su propia conveniencia, fuera y dentro de la organización. El abordar el conflicto de un modo abierto, el director gerente, puede encontrar maneras de solucionarlo tanto en beneficio de la organización, como de sus miembros y, también de utilizar la tensión de forma creativa y, a la vez competitiva. Por otro lado, el conflicto latente tiende a consumir el rigor de una organización, manifestándose con fuerza cuando es más peligroso para la salud la organización. A estos cambios siempre se opondrán aquellos que tengan más que perder, generalmente los miembros más antiguos de la organización con una situación elevada.

10.2. PODER Y POLÍTICA

El poder es la capacidad que tiene una persona de influir en la conducta de otra, de forma que ésta actúe en concordancia con los deseos de aquélla. Esta definición implica un potencial que no necesita ser actualizado, para ejercer un efecto y, una relación de dependencia. Probablemente el aspecto más importante es la relación de dependencia. Una persona tiene poder sobre otra, si controla algo que ésta quiere.

Poder y liderazgo están muy relacionados, pero existen diferencias sustanciales, aunque los líderes usen el poder como medio para alcanzar las metas de la organización. Una de las diferencias se relaciona con la compatibilidad de las metas. El poder no la exige, sólo requiere dependencia. Por su parte, el liderazgo requiere que haya una compatibilidad de metas entre las del líder y las de sus seguidores. Otra diferencia tiene que ver con la influencia. En el liderazgo se influye directamente en los seguidores y, se minimiza la importancia de los esquemas de la influencia lateral y ascendente. En cambio, en el poder no. El liderazgo se basa en el estilo de ejercerlo, en cambio, el poder en las tácticas para ganarse la obediencia de los demás.

Para analizar a quién debe servir la organización y cómo se fijan los objetivos de la misma, es necesario comprender el marco del gobierno corporativo (véase Capítulo 5), resultando útil para comprender el contexto político y, entender las expectativas de los distintos stakeholders. Los stakeholders son aquellos individuos o grupos, cuyos objetivos dependen de lo que haga la organización y, de los que a su vez, depende la organización.

El **mapa de stakeholders** identifica los poderes y expectativas de éstos y, permite establecer cuáles son las prioridades políticas. Se trata de valorar dos cuestiones. Primera, hasta qué punto está interesado cada grupo de stakeholders en influir con sus expectativas en la elección de estrategias de la organización. Y, si tienen los medios para conseguirlo, lo que está relacionado con el poder de estos grupos. La **matriz de interés/poder** clasifica a los distintos stakeholders en función de su poder y, el grado en que pueden mostrar interés en las estrategias de la organización. La matriz a su vez nos indica el tipo de relación, que debe establecer la organización con cada grupo. Es una útil herramienta analítica, tanto para valorar la facilidad o dificultad política de aplicar determinadas estrategias, como para planificar la dimensión política de un cambio estratégico.

A partir de los cuadrantes del Cuadro 10.3, se evidencia que la aceptabilidad de las estrategias para cada *jugador clave* (segmento D), debe ser una de las principales cuestiones a tener en cuenta, cuando se formulan y valoran nuevas estrategias. A me-

Cuadro 10.3. MAPA DE STAKEHOLDERS: LA MATRIZ DE INTERÉS/PODER

		NIVEL DE INTERÉS	
		Bajo	Alto
PODER	Bajo	A Esfuerzo mínimo	B Mantener informados
	Alto	C Mantener satisfechos	D Jugadores clave

nudo, la relación más difícil de plantear es con los stakeholders del segmento C (los accionistas institucionales), aunque suelen ser sujetos relativamente pasivos, puede producirse una situación desastrosa si se subestima su grado de interés y, se vuelven a situar en el segmento D, con lo que pueden frustrar la adopción de la estrategia escogida. Es muy importante considerar que es responsabilidad de la alta dirección, establecer cuál es el nivel exacto de interés que muestran los stakeholders más poderosos (como son los accionistas institucionales), de forma que puedan cumplir mejor con su papel, dentro del marco de gobierno corporativo establecido.

Las necesidades de los stakeholders del segmento B (representantes de la comunidad) deben ser correctamente valoradas, sobretodo mediante la recopilación de información. Pues pueden ser unos aliados de crucial importancia, en el momento de influir sobre la actitud de los stakeholders más poderosos. En el cuadro 10.4 se presenta la clasificación de los stakeholders de Gestión Sanitaria de Mallorca.

Es importante saber el grado en el que los stakeholders deben ser apoyados, o hasta qué punto se les debe motivar para mantener su nivel de interés o poder, con el fin de garantizar una aplicación con éxito de la estrategia. Por ejemplo, el respaldo pú-

Cuadro 10.4. GRUPOS DE INTERÉS DE GESMA		Interés	
		Bajo	Alto
Poder	Bajo	Asociaciones vecinos Unión de consumidores Colegios profesionales Sociedades científicas Entidades colaboradoras Mecenazgo Fuerzas de seguridad Obispado Fundación tutelar Fefe Conselleria Medio Ambiente Transporte sanitario Consejos Insulares Asociaciones voluntarios	Defensor del paciente Entidades formativas Proveedores Universidad Competidores Otros dispositivos ASS Otros dispositivos ASM Asociación enfermos y familiares
	Alto	Consellería Interior Inspección de trabajo Ayuntamientos Consellería Asuntos Sociales Medios Comunicación Agencia protección de datos Partidos políticos	Agentes sociales Pacientes Profesionales Directivos Conselleria de Hacienda Atención Primaria Magistratura Hospitales agudos Conselleria de Salud y Consumo Gobierno CAIB Ib-salut Consejo Administración

blico de los proveedores más poderosos o de los consumidores, puede ser un aspecto crítico del éxito de una estrategia. Análogamente, es posible que sea necesario desmotivar y, evitar que cambien de posición. Esto es lo que significa el mantener satisfechos a los del segmento C y, en menor medida, cuando se habla de mantener informados a los del segmento B. La utilización de pagos laterales a los stakeholders, como medio para garantizar que acepten las nuevas estrategias, tradicionalmente se ha considerado, como una actividad clave de mantenimiento.

Todo ello representa un dilema político para el director gerente, pues, o bien, se debe al propietario y entonces, su papel es garantizar que los demás acepten sus estrategias. O más bien, es el auténtico poder en la sombra, el que construye estrategias para satisfacer sus propios objetivos y, maneja las expectativas de los stakeholders para garantizar la supervivencia de sus estrategias.

10.3. LIDERAZGO

En el ámbito sanitario, la mayoría de los líderes no responde a su función ni ejerce el liderazgo. Uno de los motivos es la idea equivocada que muchos directivos tienen sobre el liderazgo. «Liderar» no es «gestionar»: la diferencia entre estos dos conceptos es crucial. Existen muchas organizaciones excelentemente gestionadas, pero muy mal lideradas. Los directivos gestionan muy bien las tareas cotidianas, pero no se preguntan si son realmente necesarias o convenientes.

Para John Kotter, la gerencia se ocupa de manejar la complejidad. Una buena gerencia impone orden y congruencia, al planificar de manera formal, diseñar estructuras organizacionales rígidas y, comparar los resultados con los planes. En cambio, el liderazgo se refiere a la habilidad de manejar el cambio. Los líderes establecen el rumbo con una visión del futuro. Esta visión la comunican a sus colaboradores directos y a toda la organización y, los inspiran para superar los obstáculos. Robert House, concuerda con lo anterior cuando dice, que los gerentes ejercen la autoridad que les confiere su rango para ganarse la obediencia de los miembros de la organización. La gerencia consiste en implantar la visión y la estrategia dadas por los líderes, coordinar y dotar de personal a la organización y, enfrentar los problemas cotidianos. Para Bass, en cambio, el liderazgo es transformador, el líder transforma las aspiraciones, los valores y las motivaciones de las personas que trabajan con él. No se contenta con el estado de las cosas, sino que se esfuerza para cambiarlas y, lo hace movilizándolo a su gente, apelando a lo mejor de cada persona, estimulándola a superarse, animándola a ser generosa (aunque en ciertos casos, han existido y existen, líderes que suscitan lo peor que hay en cada persona

El liderazgo se podría definir como la capacidad de influir en un grupo para que consiga sus metas. La base de esta influencia puede ser formal, como la que confiere un rango gerencial en una organización. Como estos puestos incluyen alguna autoridad formalmente asignada, las personas que los ocupan asumen el liderazgo., sólo por el hecho de ocuparlos. Sin embargo, no todos los líderes son jefes, ni todos los jefes son líderes. El que una organización confiera derechos formales a sus gerentes, no es garantía de que ellos sepan ejercer el liderazgo. El liderazgo informal (es decir, la capacidad de influir no es un producto de la estructura formal de la organización) es tan

importante o más, que la influencia formal. Es decir, los líderes pueden surgir dentro de un grupo o ser nombrados formalmente para dirigirlo.

El liderazgo no es ni místico ni misterioso. No tiene nada que ver con tener carisma u otras exóticas cualidades personales. Requiere de unas competencias emocionales y, no es privilegio de unos pocos escogidos. Liderazgo y dirección son dos sistemas de actuación distintos y complementarios. Cada uno cumple una función distinta y, realiza unas actividades peculiares (véase Cuadro 10.5). Ambos son necesarios para tener éxito, en unas organizaciones sanitarias cada vez más complejas. Hoy en día, casi todos los centros sanitarios están sobredirigidos y subliderados. Para que las organizaciones sean eficaces, requieren un sólido liderazgo y dirección. En el entorno sanitario actual, dinámico con cambios constantes, se requieren líderes que pongan en tela de juicio el estado de las cosas, creen visiones de futuro e, inspiren a los miembros de las organizaciones de los servicios de salud, para que las materialicen. Y a la vez, se requieren gerentes que formulen planes detallados, que constituyan estructuras organizacionales eficientes y, que supervisen las operaciones cotidianas.

Para Kotter, es básico que las organizaciones dispongan de un fuerte liderazgo. A partir de la observación de la experiencia de las más importantes compañías estadounidenses, llegó a la conclusión que la transformación exitosa, se compone entre un 70 y un 90 por ciento de liderazgo y, únicamente entre un 30 y un 10 por ciento de gestión. Para Marcel Planellas, convertir las oportunidades en proyectos concretos, es un

Cuadro 10.5. DIFERENCIAS ENTRE DIRECCIÓN Y LIDERAZGO

DIRECCIÓN

- **Planificar y presupuestar:** Establecer pasos detallados y tiempos para alcanzar los resultados requeridos, para después asignar los recursos necesarios para hacer que las cosas sucedan.
- **Contratar y organizar personal:** Establecer alguna estructura para llevar a cabo los requerimientos del plan, proveer a dicha estructura de individuos, delegar responsabilidad y autoridad para llevar a cabo el plan, proporcionar políticas y procedimientos para ayudar a orientar a la gente, y crear métodos o sistemas para vigilar la instrumentación.
- **Controlar y resolver problemas:** Supervisar resultados, identificar desviaciones del plan, para luego planificar y organizar con el fin de resolver estos problemas.

LIDERAZGO

- **Establecer una visión:** Desarrollar un camino hacia el futuro, con frecuencia el futuro lejano y, estrategias para producir los cambios necesarios para alcanzar dicha visión.
- **Alinear a los colaboradores:** Transmitir la dirección en palabras y hechos a todos aquellos, cuya cooperación pudiera necesitarse para influir en la formación de equipos y coaliciones, que comprendan la visión y las estrategias y que acepten su validez.
- **Motivar e inspirar:** Transmitir energía a la gente para superar barreras políticas, burocráticas y de recursos, mediante la satisfacción de necesidades humanas básicas, aunque con frecuencia insatisfechas.

proceso que requiere una determinada habilidad técnica, mucho trabajo y dedicación personal. La tarea fundamental del líder es despertar los sentimientos positivos de sus colaboradores y, ello ocurre, cuando el líder crea resonancia, es decir, el clima emocional positivo, indispensable para movilizar lo mejor del ser humano.

El modo en que el líder gestiona sus estados de ánimo no es una cuestión estrictamente privada, puesto que su influencia directa en el estado de ánimo de sus colaboradores, le convierte en un factor esencial del funcionamiento de una organización sanitaria. El líder resonante sintoniza con los sentimientos de las personas y, los encauza en una dirección emocionalmente positiva. Al expresar sinceramente sus propios valores y, sintonizar con las emociones de las personas que le rodean, el líder logra conectar con sus interlocutores, llegando incluso a transformar positivamente su estado de ánimo, incluso en un momento complicado. Este tipo de líder sabe movilizar, usando la empatía, como medio de sintonizar con las emociones de sus colaboradores. Se caracterizan por sus altas dosis de flexibilidad, tolerancia a la ambigüedad, asunción de riesgos, innovación o sintonía con los clientes.

El liderazgo ejemplar requiere de la adecuada combinación entre el corazón y la cabeza, entre el sentimiento y el pensamiento. La principal misión de un líder es la de motivar, guiar, inspirar, escuchar, persuadir y, alentar la resonancia. Detrás de la genialidad de muchos líderes, hay creatividad que muchas veces procede de la perseverancia, paciencia y, especialización. Lo que, en definitiva, es muy difícil de alcanzar para la mayoría de los directivos. Fue Pablo Picasso quien dijo: *«No sé en qué momento llegan la inspiración y la creatividad. Lo que sé es que hago todo lo posible para que, cuando lleguen, me encuentren trabajando».*

TIPOS DE LIDERAZGO

Para Daniel Goleman y colaboradores, **la resonancia** no es el mero fruto del estado de ánimo del líder, ni de la exactitud de sus apreciaciones, sino del modo en que coordina los distintos tipos del liderazgo. Los mejores líderes, los más eficaces, son aquellos que se sirven de las seis modalidades diferentes del liderazgo (véase Cuadro 10.6) y, que saben pasar diestramente de uno a otro, en función de las circunstancias. Un ejemplo clásico, de lo que acabamos de decir, lo constituye el símil de los distintos palos que tiene el golfista en su bolsa y, a los que en el curso del partido, recurre en función de las circunstancias.

Los líderes más resonantes no se limitan a aplicar automáticamente los distintos tipos de liderazgo, sino que actúan de un modo mucho más fluido. Ellos observan individual y grupalmente a las personas, interpretan las señales y adoptan el estilo que resulta más adecuado a cada situación. E so no sólo significa que saben utilizar las cuatro modalidades de liderazgo generadoras de resonancia (visionario, coaching, afiliativo y democrático), sino también las facetas positivas de los estilos timonel e incluso autoritario. Aunque, en este último caso, tienen la autodisciplina necesaria para no caer en el enfado, la impaciencia o el ataque a la persona generadora de disonancia. Como resultado, estos líderes consiguen lo que pretenden y, además, promueven el compromiso y el entusiasmo de sus colaboradores.

El líder más adecuado para llevar a cabo el cambio de rumbo necesario, para hacer frente a una situación crítica, debe tener las habilidades de un visionario, es decir,

Cuadro 10.6. TIPOS DE LIDERAZGO				
Tipos de liderazgo	Cómo alienta la resonancia	Impacto sobre el clima	Cuándo resulta apropiado	Competencias
VISIONARIO	Esboza un objetivo común que resulta movilizador.	Es el más positivo de todos.	Cuando la necesidad de cambiar requiere de una nueva visión o, cuando es necesaria una dirección clara.	Confianza en uno mismo. Empatía. Catalizar los cambios. Logro.
COACHING	Estableciendo puentes de conexión entre los objetivos de los colaboradores y, las metas de la organización.	Muy positivo.	Contribuir a que un trabajador mejore su actividad o, le ayuda a desarrollar su potencial a largo plazo.	Consciencia emocional de uno mismo. Empatía. Desarrollo personal de los demás
AFILIATIVO	Estableciendo un clima de relación armónica	Positivo.	Cuando se necesita salvar las diferencias existentes entre los miembros de un equipo, motivarlos en situaciones críticas o fortalecer las relaciones.	Empatía. Establecer vínculos. Gestión de los conflictos.
DEMOCRÁTICO	Tiene en cuenta los valores personales y, estimula el compromiso mediante la participación.	Positivo.	Cuando es necesario llegar a un acuerdo o a un consenso y, para conseguir la participación de los colaboradores.	Influencia. Gestión de los conflictos. Trabajo en equipo y colaboración.
TIMONEL	Establece objetivos desafiantes y estimulantes	Inadecuadamente aplicado, suele ser muy negativo.	Para conseguir que un equipo competente y motivado, alcance resultados excelentes.	Motivación de logro. Iniciativa. Autocontrol
AUTORITARIO	Elimina el temor proporcionando una dirección clara en situaciones críticas.	Muy negativo, porque suele aplicarse de modo muy inadecuado.	Cuando se requiere realizar un cambio muy rápido o, con trabajadores muy conflictivos.	Motivación de logro. Iniciativa. Influencia. Autocontrol emocional.

Fuente: Adaptado de Goleman D, Boyatzis R, McKee A (2002).

ser capaz de trazar una nueva visión que resulte estimulante. Cuando la situación es muy urgente y, exige un enfoque drástico, el estilo puntualmente más adecuado es el autoritario. Si se requiere del consenso de los colaboradores, de la construcción del compromiso o, simplemente de generar nuevas ideas, la persona requerida tendrá que saber utilizar el estilo democrático. Si, finalmente, se trata simplemente de dirigir a un equipo muy competente y motivado, el estilo más adecuado parece ser el timonel.

Peter Drucker sostiene que lo que más obstaculiza el crecimiento de las organizaciones, es la poca habilidad de los directivos para cambiar de actitud y de conducta, con la rapidez que la organización lo requiere. Incluso cuando son intelectualmente

capaces de aceptar la necesidad de cambiar su manera de actuar, resultan emocionalmente incapaces de hacer la transición. La comunidad médica nos brinda un buen ejemplo de aplicación del estilo autoritario. Son muchos los centros sanitarios, que atraviesan una crisis de liderazgo, entre otros motivos, porque la cultura médica ha fomentado los estilos tímidos y autoritarios. Estos estilos pueden ser apropiados en los quirófanos o, en los boxes de urgencias. Esta situación hace que los médicos que ascienden a posiciones directivas, tengan pocas posibilidades de ampliar el repertorio de sus estilos de dirección.

Aunque pueda haber una predisposición genética al liderazgo, éste puede aprenderse. Es cierto, que el proceso no es fácil y, que requiere tiempo y un compromiso muy profundo. Pero el beneficio individual y grupal del liderazgo, que se asienta en la inteligencia emocional, no sólo merece la pena, sino que resulta sumamente estimulante. Hasta no hace mucho tiempo, el mundo empresarial desdeñaba las emociones como ruido que obstaculiza el funcionamiento racional de las organizaciones. Cada vez más, se admiten los beneficios del liderazgo resonante y, se educa a los líderes para que puedan generar un clima emocional resonante, que aliente el desarrollo de las personas. Los viejos líderes pueden aprender trucos nuevos. Porque, como se ha comprobado repetidamente, los líderes pueden experimentar y experimentan, cambios significativos en su estilo de liderazgo, que en algunos casos, incluso puede transformar toda su vida, cambios que se transmiten a sus colaboradores y, acaban provocando el cambio en toda la organización.

LIDERAZGO, RESILIENCIA Y COPING

Tal vez la cualidad más impresionante y memorable de los líderes sea su manera de responder al fracaso. Warren Bennis confirma que los grandes líderes ponen toda su energía en su tarea y, simplemente no piensan en el fracaso, ni siquiera usan esta palabra, que sustituyen por sinónimos tales como error, fallo, chapuza, paso en falso, lío, embrollo, desorden, inconveniente o simplemente, equivocación. Nunca fracaso. Es imposible dejar de mencionar la máxima del presidente de los EEUU, Harry Truman, «*Cuando tomo una decisión sin sentido, me limito a tomar otra*».

Para los líderes, todo aprendizaje implica algún fracaso, algo de lo que pueden seguir aprendiendo. Es como aprender a esquiar, si no te caes, no aprendes. No hay que exaltar el fracaso, sino aprovecharlo y, utilizarlo como una oportunidad inmejorable para conocerse mejor uno mismo y, entender mejor las circunstancias que le han conducido a esta situación. Y, en estas circunstancias, es cuando más importante es la receptividad a la crítica, tan necesaria como molesta. La crítica positiva de los colaboradores más cercanos o de los superiores jerárquicos, pone a prueba mejor que ningún otro elemento, los fundamentos de la consideración positiva de uno mismo. Y, cuanto más válida sea la crítica, más difícil es aceptarla. La crítica válida es muy útil, porque es una oportunidad única, para que el líder complemente su relación personal con sus propios defectos.

Boris Cyrulnik define la *resiliencia*, como la capacidad de una persona para seguir proyectándose en el futuro, a pesar de los acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas, a veces muy graves. La resiliencia es

un concepto que debería ampliarse, para convertirse en un objetivo fundamental de la vida de todas las personas, tanto si se ha experimentado importantes reveses, como si no. Las personas resilientes son las que tienen una serie de actitudes sobre ellas mismas, que influyen en su conducta y en las habilidades que desarrollan. Preocuparse, sólo por aquello que realmente vale la pena y, olvidar las preocupaciones superfluas e irrelevantes. En la práctica, el aprendizaje (véase Cuadro 10.7) puede resultar lento y costoso, pero vale la pena intentarlo, porque vivimos en un mundo hostil, donde no hay nada más como las emociones positivas, para disminuir el conflicto y aumentar la cooperación entre las personas. Aprender a utilizar la razón para cambiar los sentimientos negativos, para convertir el odio en compasión, la frustración y la aflicción en un firme propósito de autosuperación, la envidia en respeto y, la soberbia en humildad.

El **coping** es el modo de enfrentarse a problemas o conflictos que parecen superar las capacidades de una persona. Es, pues, la respuesta a una situación de estrés. Suele traducirse por afrontamiento, que sería la capacidad de enfrentarse y resistir, una mezcla de impulso y aguante.

Todos tenemos una determinada competencia para afrontar las situaciones, derivada de nuestros conocimientos, posibilidades, energía, etc. Este es el plano real. Pero lo que interviene en nuestras decisiones no es esta capacidad, sino la idea que tenemos de nuestra capacidad. Este es el plano irreal. Estamos convencidos de que somos incapaces de hacer cosas para las que estamos capacitados. Y esa creencia limita dramáticamente nuestra acción, amputa nuestras posibilidades.

Los expertos señalan que hay dos actitudes frente a los problemas. Intentar resolver o intentar eliminar las emociones desagradables provocadas por los problemas. En este caso, se busca la negociación del conflicto, la huida, la tranquilidad emocional por cualquier medio. Da igual que sea el yoga, un viaje o una droga. Este procedimiento sólo es conveniente cuando verdaderamente no se puede acudir a la otra for-

Cuadro 10.7. ATRIBUTOS DE LAS PERSONAS RESILIENTES

- > Ver en la adversidad y en el cambio una oportunidad o un desafío.
- > Ser capaces de comprometerse.
- > Tener convicciones firmes.
- > Reconocer los límites del autocontrol.
- > Apoyar a los demás.
- > Sentir afinidades por los demás.
- > Tener objetivos personales o colectivos, que le den sentido a su vida.
- > Mantener un elevado sentido de la eficacia.
- > Ser conscientes de la realidad, que les ha tocado vivir.
- > Tener un buen sentido del humor.
- > Orientarse hacia la acción.
- > Ser pacientes.
- > Tolerar los efectos negativos.
- > Adaptarse a los cambios.
- > Ser optimistas y realistas.
- > Ser creativos.
- > Tener fe.

Fuente: Jovell AJ: (2007)

ma de afrontamiento: intentar resolver el problema, que sean valientes para hacer proyectos y realizarlos, para que intenten resolver los problemas y no cojan el atajo de eliminar el malestar que les provocan los problemas. Y, sobre todo, para que crean que son capaces de hacerlo, porque esa confianza va a ser fundamental en sus vidas.

El psiquiatra vienés Víctor Frankl, ex residente de los campos de exterminio de Theresienstadt, Auschwitz, Kaufering y Türkheim, observó que una persona, incluso en las condiciones más extremas de deshumanización y sufrimiento, puede encontrar una razón para vivir, basada en su dimensión espiritual. Las personas tienen su propia vocación o misión específica en la vida, que no se puede reemplazar y, tampoco pueden repetir su vida. Por eso, la tarea de cada uno es tan única, como específica la oportunidad de implementarla. Para el autor, la resiliencia es encontrar *el sentido a la propia vida*.

10.4. EL PROCESO POLÍTICO DEL CAMBIO

El cambio es toda modificación observada en la cultura o la estructura de un sistema organizacional y, que posee un carácter relativamente perdurable. Esta definición no especifica en modo alguno el valor del cambio. Puesto que, el mérito de un cambio no corresponde a la definición de su proyecto, sino al juicio de quien lo observa. Con lo que actúa la ley de la relatividad, en un cambio determinado, algunos lo verán una bendición y, otros, la gran mayoría, una auténtica calamidad.

Como el cambio amenaza invariablemente el statu quo, necesariamente debe implicar una actividad política. Los agentes internos son personas de posición elevada en la organización, que tienen mucho que perder en un cambio. De hecho, para llegar a sus puestos de autoridad adquirieron las destrezas y pautas de conducta, que la organización promocionaba en aquel momento. El cambio es una amenaza para estas habilidades y destrezas. Con lo que, pueden dejar de ser aquéllos que valore la nueva organización. Por lo tanto, el cambio abre la posibilidad de que otros, consigan poder a sus expensas.

El ritmo y alcance del cambio viene determinado por las luchas de poder dentro del centro sanitario. Como los directivos con muchos años de carrera originan excesivas resistencias, los consejos de gobierno o la propiedad, cuando deciden introducir un cambio radical, frecuentemente, aunque no siempre, acuden a buscar un director gerente externo a la organización, con experiencia demostrada en otros procesos de cambio. Para llevar a cabo el cambio con eficacia, el líder de la organización necesita establecer los patrones del Cuadro 10.8. Para crearlos y mantenerlos, los líderes y sus directivos requieren de habilidades y competencias en áreas de conocimiento, hasta la fecha poco elaboradas en el sector sanitario.

Aquellos lectores amantes de la navegación, entenderán el siguiente símil. Gestionar el cambio en organizaciones complejas, como son los grandes centros sanitarios, es como manejar un velero en aguas turbulentas y vientos tormentosos. Si el patrón se dirige a algún destino y el viento sopla con fuerza de vendaval, tendrá que tomar numerosas decisiones vitales. Si navega con vientos contrarios, perderá velocidad y dirección, aunque es probable que pueda capear la tormenta. Si permite que el viento le impulse con demasiada rapidez, éste quizá haga que el velero zozobre, si le permite avanzar un poco menos que eso, es posible que lo desvíe de la ruta. Si decide mantener es-

Cuadro 10.8. CONDICIONES PARA LA GESTIÓN EFICAZ DEL CAMBIO

- **Visión del cambio.** Establecer lo que la organización debe ser y establecer la dirección hacia ella.
- **Misión.** Tener clara la razón de ser de la organización.
- **Compromiso con el cambio.** El cambio sólo se puede producir, cuando existe este compromiso en la organización.
- **El contexto organizacional.** El planteamiento adoptado estará en función de las circunstancias en que se encuentra la organización.
- **Interdependencia.** Clarificar la relación entre la organización y su entorno, en sentido amplio.
- **Influencia del paradigma y de la red cultural.** Sobre la estrategia aplicada en la organización.
- **Vinculación entre el cambio estratégico y el cambio operativo.** Trasladar el cambio estratégico a planes detallados de recursos, analizando los factores críticos de éxito y las tareas clave. Así como, la forma en que la organización es dirigida, a través de los procesos de control.
- **Escenarios.** Descripción de estados finales, mapas precisos y detallados, que también definan cómo debe ser la organización en la fase transición.
- **Flexibilidad organizativa.** Rediseñar la estructura organizacional para gestionar de manera óptima, los tipos de tareas requeridas.
- **Conocimiento técnico.** El líder debe conocer las técnicas de gestión del cambio en organizaciones complejas y, conocer las condiciones y capacidad de su propio centro.
- **Tecnología punta.** Es función de la alta dirección determinar el tipo de tecnología asistencial, ofimática y de telecomunicaciones, que se requiere implantar durante el proceso de cambio.
- **Sistemas de incentivos.** Capaces de reflejar, de modo imparcial, las prioridades, valores y normas de la organización, así como, las necesidades individuales de crecimiento personal y profesional.
- **Habilidades de relación personal.** Para obtener el mejor desempeño de los miembros de la organización.

Fuente: adaptado de Beckhard R, Harris RT (1988).

trictamente la ruta, cueste lo que cueste, es posible que el viento rompa las velas o incluso el mástil. Un marinero curtido, conocedor de estas opciones, trabaja con el viento. El marinero subirá el velero entre cada ráfaga de viento, lo abatirá a sotavento en la siguiente ráfaga y, regresará a la ruta, de modo que el velero permanezca en compás. Dirigiéndose a su destino, a través de muchas decisiones a corto plazo. Las que van a favor o en contra de los vientos prevalentes, en una combinación adecuada.

Los líderes de los centros sanitarios que quieran emprender un cambio importante en su organización, deben entender el sistema organizacional (estructuras formales, las informales y la cultura imperante). Además, deben demostrar con su propio comportamiento, que se han comprometido personalmente con la efectividad, mejora y en definitiva, con la excelencia de la gestión. Deben estar dispuestos a invertir, importantes sumas de su presupuesto, en la capacitación de todos los colaboradores del centro, tener flexibilidad para reformular el proyecto y reubicar decisiones previamente tomadas y, efectuar el rediseño organizativo necesario, para lograr las prioridades planificadas.

Lo más probable es que el impulso del cambio provenga de agentes externos, como nuevos directivos recientemente contratados, los cuáles han invertido muy poco esfuerzo personal en el estado de cosas actual. Los directivos de primer y segundo nivel, que han pasado toda su vida en una misma organización sanitaria y, que al fin han conseguido el puesto anhelado, como ser director, jefe de servicio o supervisora, suelen oponer grandes impedimentos para el cambio. El cambio es para ellos, una amenaza real a su status y posición. Con todo, la alta dirección espera que implanten las modificaciones, para demostrar que no son meros controladores de sus colaboradores asignados. Cuando se les obliga a efectuar un cambio, estos viejos detentadores del poder lo harán viéndolas venir, pues para ellos, un cambio radical es demasiado amenazador.

10.5. TIPOS DE CAMBIO ESTRATÉGICO

A continuación se describen algunos modelos usuales de gestión del cambio, utilizados en el sector sanitario. Estos son: el modelo de tres etapas de Kurt Lewin, el modelo de desarrollo organizacional de Richard Beckhard y Reuben T. Harris y, el modelo de las ocho etapas de John P. Kotter.

MODELO DE LAS TRES ETAPAS DE LEWIN

Kurt Lewin en 1968, constató que para completar un cambio, las organizaciones deben recorrer tres etapas (véase Figura 10.1), más o menos distintas y que serán más o menos prolongadas, difíciles e intensas, dependiendo de las personas y de los grupos involucrados. Estas tres etapas son: *Descongelamiento* del estado de cosas actual, *Movimiento* a un nuevo estado y, *Recongelamiento* del nuevo estado para hacerlo permanente.

El *status quo* puede ser considerado un estado de equilibrio. Para alejarse de este equilibrio, es decir superar las presiones de las resistencias de las personas y la conformidad con el estado actual, es necesario **descongelar**, lo que se consigue de tres maneras posibles. Incrementando las fuerzas impulsoras del cambio, disminuyendo las fuerzas restrictivas que intentan salir del estado actual, o bien, utilizando ambas técnicas a la vez. Una vez realizado el cambio de la consolidación (**movimiento**), si ésta es exitosa, la nueva situación necesita ser recongelada, para que perdure con el paso del tiempo. Si no se da esta fase, es más que seguro que el cambio sea de corta duración y, que los colaboradores quieran volver al estado pre-

Figura 10.1. LAS ETAPAS DEL CAMBIO DE KURT LEWIN



vio, de equilibrio anterior. Por tanto, el objetivo del **recongelamiento** es estabilizar la nueva situación, compensando las fuerzas impulsoras y las restrictivas.

El proceso de cambio vivido por las personas que forman parte de una organización sanitaria, se caracteriza en un primer momento por el abandono de los comportamientos o actitudes habituales. Le seguirá un período marcado por comportamientos o actitudes más o menos inestables y difusas, que le conducirán a la adquisición de nuevos comportamientos o actitudes.

El **descongelamiento** corresponde a la etapa en que la organización, empieza voluntariamente o no, a poner en tela de juicio sus percepciones, hábitos o comportamientos. Y contempla la posibilidad de explorar otras opciones, o reconoce que sus procedimientos habituales deben ser abandonados y sustituidos por otros. Esta fase estará acompañada por sentimientos de inseguridad y ansiedad, al aceptar el sistema desprenderse de sus puntos de referencia habituales. Con lo que, el sistema acepta al mismo tiempo, renunciar a buena parte de las ventajas que tenía, en provecho de otros beneficios futuros. Este fenómeno es muy parecido a una apuesta de juego y, los riesgos pueden ser numerosos.

Una vez iniciado el proceso de descongelación de las conductas y actitudes, no por ello está asegurado el cambio. Aún necesita precisar su dirección y consolidarse. En efecto, el cambio no significa únicamente el abandono de conductas y actitudes, sino sobre todo, la adquisición de otras nuevas. La segunda fase del proceso de cambio, es el **movimiento**. El sistema deberá primero modificar su manera de concebir la realidad, para después activarse, es decir, tratar de acercarse a esta nueva concepción de la realidad. Así, el movimiento es aquella fase del proceso de cambio, en la que el sistema se vuelve más o menos permeable a nuevos modos de comportamiento, a nuevas posibilidades de generar actitudes. En esta fase, es ya un hecho sentido y reconocido la necesidad de cambio, entonces el sistema dirige la mirada hacia aquellos elementos de su entorno, que son susceptibles de ofrecer soluciones o alternativas a su situación actual. Esta búsqueda puede efectuarse con arreglo a dos mecanismos, el de la búsqueda y, el de la identificación. El mecanismo de búsqueda se caracteriza por la voluntad de encontrar una solución particularmente adaptada a la situación, aunque haya que crearla de facto. En tanto que, el mecanismo de identificación se caracteriza, sobre todo, por la tendencia a imitar soluciones, que han probado su efectividad en otras organizaciones.

Para Collette y Delisle el **recongelamiento**, es uno de los más grandes cementerios de ilusiones muertas, en materia de cambio. En efecto, muchos gestores sanitarios se imaginan que, para producir cambios, es suficiente con abandonar viejas costumbres y, lanzarse a la experimentación de nuevas conductas y actitudes. Sin embargo, el cambio sólo será perdurable en la medida en que se logre el recongelamiento y, se integre en el interior de la organización. Es necesario pues, que el nuevo comportamiento esté integrado en el interior del sistema, es decir, que se haya armonizado con las características de los diferentes subsistemas existentes. En la mayoría de las ocasiones, esta integración no se realizará de manera natural y, se necesitará realizar diversas acciones para conseguirlo. Es decir, ajustar el proyecto inicial, a fin de hacerlo más compatible con los diferentes subsistemas, para que se ajusten a las características del nuevo comportamiento.

Una organización puede encontrarse más o menos dispuesta a acoger una determinada idea nueva. Sin embargo, además del entorno general, el agente de cambio deberá evaluar si el momento, es el más oportuno para iniciar el cambio proyectado. Es decir, si se dan las condiciones propicias para iniciar y proseguir una iniciativa de

cambio. Pues, aparte de que se den fuentes reales de cambio, puede ser que el momento no sea el adecuado para actuar, por estar el clima laboral demasiado deteriorado, para que el proyecto pueda apoyarse en bases sólidas. En cambio, a veces, el problema es la falta de energía por parte del impulsor del cambio, a pesar de que para la organización sea evidente la necesidad de introducir rápidamente el cambio estratégico necesario para su supervivencia.

MODELO DEL DESARROLLO ORGANIZACIONAL

Beckhard y Harris en 1987, modificaron su modelo elaborado diez años antes, adaptándolo a las nuevas realidades y, preparándolo ya, por aquel entonces, al devenir del siglo XXI. En el Cuadro 10.9 se esquematiza este modelo.

Cuadro 10.9. ESQUEMA DEL PROCESO DE CAMBIO DE BECKHARD Y HARRIS

DETERMINACIÓN DE LA NECESIDAD DEL CAMBIO: El cambio debe empezar por definir su necesidad, pues ésta es la pregunta que ofrece el ímpetu inicial.

- Naturaleza de las demandas al sistema.
- Fuente de las demandas para el cambio.
- Fuerzas de las demandas para el cambio.
- Misión central.

DEFINICIÓN DEL ESTADO FUTURO: Cualquier cambio tiene algún estado final, una condición o conjunto de condiciones que definen la finalización del cambio particular o, al menos, un punto de medición.

- Visión del líder.
- Misión central.
- Ideas sobre una organización sanitaria efectiva.
- Programa preliminar del estado futuro.
- Escenario del peor de los casos.
- Descripción escrita del escenario del punto medio.
- Ventajas de la descripción del punto medio.

DESCRIPCIÓN DEL ESTADO PRESENTE: Antes de hacer elecciones específicas respecto a las tácticas para el cambio, con sus planes de acción, debe realizarse una evaluación del presente, teniendo en cuenta el estado futuro deseado.

- Elaboración de un diagnóstico de situación.

GESTIÓN DE LA TRANSICIÓN: Es el estado en el que ocurren los cambios reales. Las tareas y actividades del estado de transición pueden parecerse o no a las de los estados presente y futuro. Para gestionar el proceso total del cambio, siempre será necesario, determinar las tareas y actividades principales para el periodo de transición y, determinar las estructuras y mecanismos administrativos, necesarios para realizar esas tareas.

- Determinar las principales tareas y actividades del periodo.
- Priorizar las intervenciones.
- Crear las estructuras y mecanismos de gestión de la transición.
- Comunicar a la organización.

Los autores subrayan que cualquier cambio importante, implica tres condiciones distintas: el *estado futuro*, al que los directivos quieren que llegue la organización, el *estado presente*, aquél en que se encuentra la organización actualmente y, el *estado de transición*, es decir, la serie de condiciones y actividades que tiene que atravesar la organización, para trasladarse del pasado al futuro. Pensar que el proceso del cambio implica estos tres estados, ayuda a clarificar el trabajo que debe realizarse, para gestionar cambios importantes. Concretamente, definir el estado futuro, evaluar el presente y gestionar la transición.

MODELO DE OCHO ETAPAS DE KOTTER

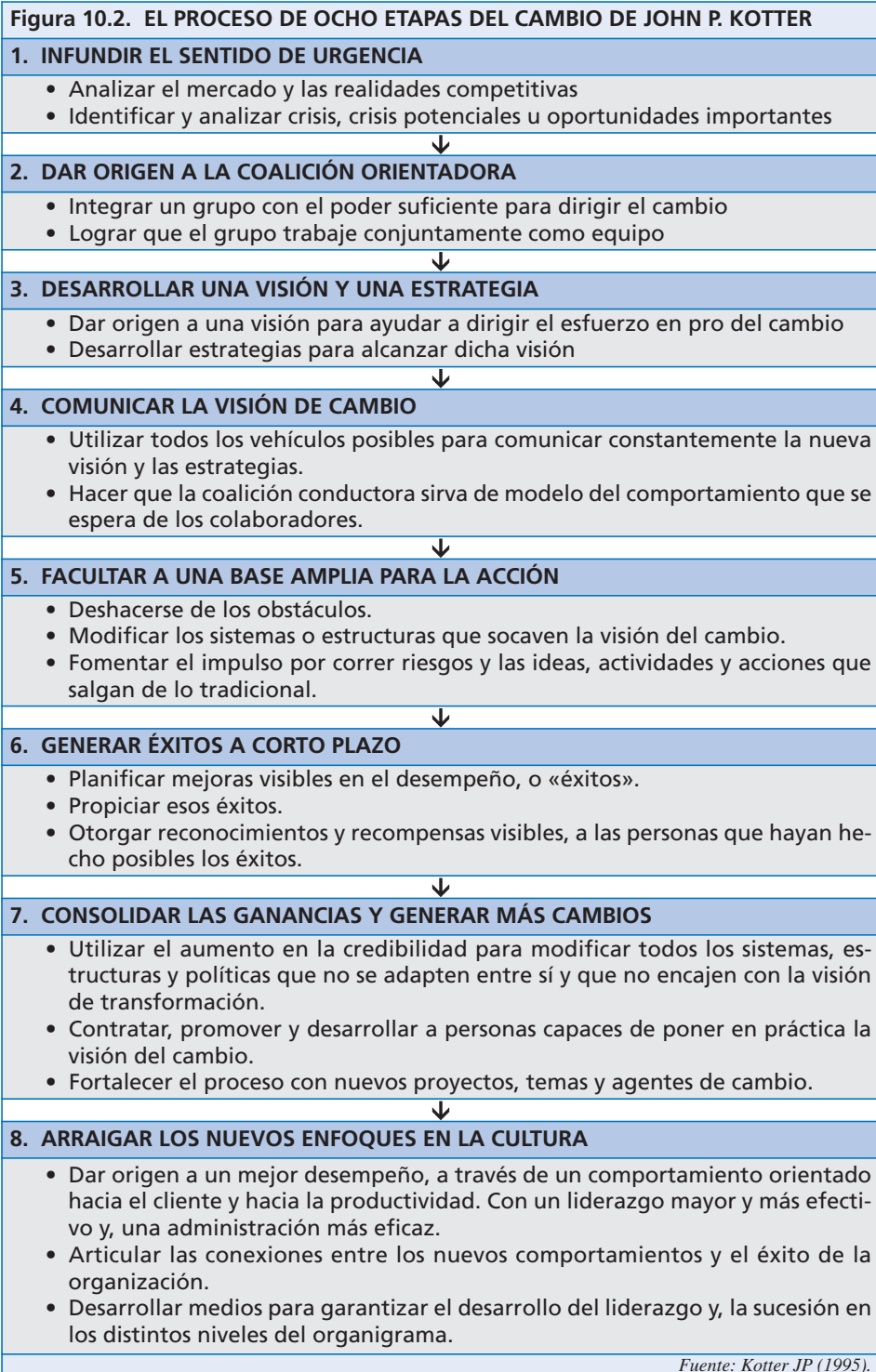
El proceso de cambio de Kotter (véase Figura 10.2, pág. sig.) consta de ocho etapas. Los pasos son: establecer el sentido de premura, dar origen a la coalición conductora del cambio, desarrollar una visión y una estrategia, comunicar la visión del cambio, facultar a una amplia base de colaboradores para que realicen la acción, generar éxitos a corto plazo, consolidar ganancias y producir todavía más cambios y, finalmente institucionalizar los nuevos enfoques en la cultura organizativa de la empresa. Este modelo se relaciona directamente con el propuesto por Kurt Lewin. Así, los primeros cuatro pasos en el proceso de transformación, ayudan a suavizar el *status* quo endurecido, es el Descongelamiento. Si el cambio fuera fácil, no se requeriría tanto esfuerzo. Las etapas cinco a siete presentan muchas tareas y actividades nuevas en la organización y, se corresponden con el Movimiento. Finalmente, la última etapa siembra los cambios en la cultura corporativa y, ayuda a que éstos se arraiguen, es el Recongelamiento.

El cambio exitoso de cualquier magnitud debe atravesar cada una de las ocho etapas. Las personas sometidas a presión para obtener resultados rápidos, en un esfuerzo de cambio importante, con frecuencia tratan de saltarse etapas, en ocasiones varias de ellas. Aunque en la práctica diaria, se trabaja en múltiples fases al mismo tiempo, el saltarse aunque sea un solo paso o adelantarse demasiado, sin un fundamento sólido, casi siempre ocasiona problemas. El problema radica en que la mayor parte de los directivos, carecen de conocimientos y habilidades, así como de patrones, que les guíen a través de todo el proceso. El cambio necesario puede ser obstaculizado, debido a culturas organizacionales enfocadas hacia el interior de la empresa, burocracias paralizantes, políticas intolerantes, bajo nivel de confianza, falta de trabajo en equipo, actitudes arrogantes de los gerentes, ausencia de liderazgo en los mandos intermedios y, el temor humano hacia lo desconocido.

La transformación requiere sacrificio, dedicación y creatividad y, ninguno de estos elementos suele ir de la mano de la coerción.

10.6. RESISTENCIAS AL CAMBIO Y CONFLICTO

De los estudios realizados sobre el comportamiento de individuos y organizaciones, uno de los resultados mejor documentados, es que todas las personas nos resistimos al cambio. En la literatura organizacional del ámbito sanitario, apenas existen análisis de experiencias exitosas o fracasadas de cambio, pero a partir de la propia expe-



riencia personal, podemos aceptar sin reparos la afirmación inicial. Todo cambio significativo dentro de una organización sanitaria, implica una transmisión, al menos provisional, desde un estado de equilibrio hacia un estado de desequilibrio, con la esperanza de encontrar un nuevo estado de equilibrio más satisfactorio que el inicial.

La resistencia al cambio es para Colletette y Delisle, la expresión implícita o explícita, de reacciones negativas ante la iniciativa del cambio. Es decir, la aparición de fuerzas restrictivas, encaminadas a limitar u obstruir la implantación del cambio. La expresión de resistencias, desempeña el papel de un sistema de alarma, un poco como la fiebre, que informa al ser humano que un agente, está afectando el equilibrio relativo de su organismo. Es recomendable concebir la resistencia, como una reacción legítima, incluso funcional.

Pero, en definitiva la resistencia es un inconveniente, puesto que retrasa, o incluso impide, la adaptación y el progreso de las organizaciones sanitarias, a los grandes cambios del entorno descritos en el capítulo 1 (véase Figura 1.3). La resistencia al cambio es un fenómeno psicosocial, al que se debe explorar como tal, para estar en condiciones de adoptar las decisiones apropiadas. La resistencia no aflora necesariamente siempre de la misma forma y, se puede presentar de cuatro maneras distintas: abierta, implícita, inmediata y diferida (véase Cuadro 10.10).

Las resistencias al cambio pueden manifestarse de múltiples formas (véase Cuadro 10.11) y, para captarlas, el líder del cambio debe estar muy alerta a sus diferentes indicaciones. Contrariamente a la idea generalizada, la resistencia no siempre se expresa de forma explícita, a través de actitudes hostiles o negativas, a veces lo hace por vías indirectas. Con bastante frecuencia, la resistencia se presenta de una manera pasiva, es decir, que en vez de expresarse abierta o directamente contra la iniciativa del cambio, lo hará por vías indirectas o, *por debajo del agua*. Éste es con frecuencia el procedimiento utilizado por aquellas personas, que se sienten incapaces de reaccionar abiertamente, ya sea porque sienten no tener el poder suficiente para hacerlo o, porque se sienten amenazadas o, quizá porque les falta la audacia necesaria para ello.

Raramente existen causas simples de causa y efecto y, la resistencia es muchas veces una mezcla compleja de temas históricos, emocionales y *de facto*, que no siem-

Cuadro 10.10. FORMAS DE PRESENTACIÓN DE LA RESISTENCIA AL CAMBIO

- **Abierta.** Ante la propuesta de cambio, profesionales y empleados, responden con quejas, lentitud en el trabajo, amenazas de huelga. Es la más fácil de afrontar por parte de la dirección.
- **Implícita.** Es más sutil, desaparición de la lealtad a la organización, pérdida de la motivación para trabajar, aumento de errores y equivocaciones, aumento del absentismo. Siendo más difícil de reconocerla.
- **Inmediata.** La resistencia se produce en el acto mismo de anunciarse el cambio.
- **Diferida.** Las acciones diferidas (del mismo tipo que las implícitas) enturbian la relación entre el origen de la resistencia y la reacción a ella. Un cambio al principio puede producir una reacción mínima, pero al cabo de unas semanas o meses aparece una fuerte resistencia. En otros casos, un cambio mínimo que tendría poco impacto, se convierte en la gota que colma el vaso y produce una gran reacción, completamente desproporcionada para el cambio pretendido. Debido a que la resistencia sólo se aplazó y acumuló, lo que se manifiesta es el efecto conjunto de todos los cambios anteriores.

Cuadro 10.11. MANIFESTACIONES DE LA RESISTENCIA AL CAMBIO

- Cuestionar de forma quisquillosa hasta los más ínfimos detalles del proyecto de cambio.
- Expresar dudas con la necesidad de introducir un cambio.
- Convertir la iniciativa de cambio en objeto de ridículo y burla.
- Remitir el proyecto a la aprobación de múltiples comités de estudio, con el propósito de entorpecer el proceso.
- Fingir indiferencia con el propósito de que el proyecto se eche en saco roto.
- La típica frase: *"Habrá que estudiar más a fondo este proyecto, cuando dispongamos de más tiempo para ello"*.
- Evocar nostálgicamente los méritos de un pasado no muy remoto, cuando todo parecía funcionar tan bien.
- Discurrir largamente acerca de los aspectos secundarios del cambio, esmerándose en demostrar hasta qué punto, éste no será realizable en la práctica.
- Evocar la multitud de enojosas consecuencias que, con toda seguridad, acarrearán la implantación del cambio.
- Abstenerse de cooperar activamente en el proceso de implantación.
- Expresar apatía, indolencia y desmovilización.
- Adoptar una actitud legalista o dependiente, en la que uno se limita a hacer lo estrictamente indicado y, en la forma prescrita. Sin considerar los matices de lo cotidiano.
- Entorpecer el ritmo de trabajo.
- Desacreditar a los promotores del cambio.
- Aprovechar todas las oportunidades de suscitar discusiones, en torno al cambio en cuestión.
- Sacar a relucir todas las dificultades, encontradas en el proceso de implantación.
- Convertir el proyecto de cambio en chivo expiatorio, de todos los sinsabores del sistema.
- Sugerir con regularidad que se consideren los plazos de ejecución.
- Atacar sistemáticamente al cambio y a sus seguidores.
- Recurrir a diferentes tácticas de sabotaje, con el propósito de fomentar un clima de animosidad.
- Exagerar los méritos de la situación actual.

Fuente: adaptado de Collette P. Delisle G (1988).

pre es fácil desenmarañar. Listar las causas posibles de resistencias puede ser un proceso útil en sí mismo, ya que permite visualizar cuáles de ellas son considerablemente más fáciles de tratar que otras. La falta de confianza puede ser una clave, pero su rectificación debe abordarse de inmediato pero a más largo plazo, que las correcciones de desinformación o, la transmisión de tranquilidad al personal, a parir de la comunicación permanente y el entrenamiento en las nuevas metodologías estratégicas.

Más allá del carácter desagradable que tienen las resistencias para el agente del cambio, para el líder contienen una información básica y que debe descifrar en su justa medida. Algo así, como el dolor que informa al cerebro, de que el organismo está sufriendo un agravio físico o psíquico. En primer lugar, el grado de resistencia informa acerca de la importancia, que el sistema concede al objetivo del cambio. A mayor reacción del sistema, mayor riesgo de haber tocado una zona neurálgica. En segundo lugar, también informa del grado de permeabilidad o, de apertura del sistema con respecto al cambio. Si se trata de un cambio de importancia secundaria y, la reacción es fuerte, se puede suponer que el sistema es poco receptivo al cambio. En tercer lugar,

las resistencias pueden informar acerca de ciertos efectos sistémicos (presentidos o no), es decir, los efectos sobre otros subsistemas de la organización no directamente involucrados. Lo que se convierte en una información valiosísima, para añadir elementos imprevistos al diagnóstico inicial. En último lugar, las resistencias al cambio pueden revelar al líder, errores cometidos en el diseño del proyecto de cambio o, en el enfoque empleado para implantarlo.

Como nadie está a salvo de cometer errores, es de prever que cierto número de iniciativas de cambio, en vez de mejorar la situación, pueden empeorarla si se materializan. Es por ello, que el líder debe preguntarse respecto al mérito real de su intención inicial. Collerette y Delisle recomiendan que, «*ante la aparición de resistencias no se apresuren a eliminarlas. Primero, siéntense, escuchen y procuren descifrar su verdadero significado. Solamente después de haberlo hecho, estarán en condiciones de actuar apropiadamente, asumiendo probablemente, la parte del error que les corresponde*».

La importancia de elegir el momento adecuado, para realizar los cambios suele subestimarse. Cuanto mayor sea el grado de cambio, mejor será realizarlo durante una crisis actual o prevista. Como dice Kotter, es recomendable intentar aumentar los problemas, para dar una sensación de crisis y, poder así materializar los cambios que se desean efectuar. Si es necesario reducir el personal o despedir a algunos directivos, es más razonable tomar estas medidas antes de iniciar el proceso y, no durante la ejecución del proyecto de cambio. De esta manera, el proyecto puede llegar a ser considerado como una mejora potencial para el futuro, en lugar de la causa de estas pérdidas.

10.7. RESOLUCIÓN DE RESISTENCIAS

Una estrategia positiva, para manejar la resistencia al cambio, es aquella cuya meta es convertir la energía negativa en positiva y, modificar el equilibrio existente. Crear y plantear metas claras, compartir la estrategia de cambio, apreciar contribuciones de todos los niveles de la organización, así como, recompensar el progreso de los grupos, son los tipos de planes de acción, tienden a producir los mejores resultados, a pesar, del gran esfuerzo y dedicación personal que exige su implantación. Para Beckhard y Harris, una fórmula útil para pensar en el proceso de resistencia, es:

$$C = (A + B + D) > X$$

Siendo: C=cambio, A=nivel de insatisfacción con el status quo, B=deseabilidad del cambio propuesto o estado final, D=factibilidad del cambio (mínimo riesgo y perturbación) Y, X= coste de cambiar.

En esta ecuación los factores A, B y D, deben superar los costos previstos (X), para que se produzca el cambio. Si cualquier persona o grupo, cuyo compromiso se necesita, no está suficientemente insatisfecho con el estado actual de cosas (A), ni ansioso de alcanzar el cambio propuesto (B), ni convencido de su factibilidad (D), entonces el coste del cambio (X) es demasiado alto y, la persona o grupo opondrá resistencia.

No actuar delante de la resistencia al cambio, es algo parecido a tratar de remolcar una embarcación, cuya tripulación hubiera experimentado el placer de no levan-

tar el ancla. Se puede imaginar cuánta energía habría que invertir para mover a la embarcación. Y a la vez, imaginar que cederá el elemento más débil, sea éste, el remolcador, el dispositivo de remolque, la embarcación o la cadena del ancla. No existen medios para eliminar automáticamente una determinada resistencia. Es recomendable hacer un diagnóstico de las mismas y analizar su significado, antes de escoger la actitud a adoptar ante ellas. Existe pues, un amplio margen de opciones que dependen del análisis realizado. Desde el acatamiento integral de las resistencias, lo que significa abandonar la iniciativa de cambio, al desprecio total de las mismas, lo cuál se traduce en una imposición, pasando por una serie de actitudes más o menos radicales, para afrontar la resistencia al cambio.

Las actitudes que se recomiendan al líder del cambio, para afrontar un proceso complejo de cambio y, que le permitan disminuir las resistencias, son las que se exponen a continuación.

- **Participación.** Es francamente difícil que las personas se resistan a una decisión de cambio, en la que participaron activamente. Por lo tanto, la realización de talleres estratégicos previos de emprender el cambio, incluyendo a los que más se oponen, es un elemento básico del éxito del proyecto. Disminuyendo el miedo a lo desconocido y el miedo a las nuevas competencias y, aumentando la seguridad.
- **Formación.** La formación en las nuevas técnicas y metodologías estratégicas, permite incrementar el núcleo de competencias nucleares de todos los colaboradores.
- **Comunicación.** La resistencia se vence comunicando permanentemente a los profesionales y empleados, los avances y dificultades encontradas durante el proceso de implantación del cambio. Disminuyendo paulatinamente la desinformación, el bulo y el chascarrillo de pasillo.
- **Facilitación y apoyo.** Los agentes del cambio pueden ofrecer una gama de medidas de apoyo para vencer la resistencia. Recurrir al asesoramiento externo, coaching y terapia en casos extremos, son medidas adecuadas. Su inconveniente es el coste adicional y el consumo de tiempo.
- **Negociación.** Es una buena táctica cuando la resistencia procede de una fuente poderosa (el comité de empresa, la junta clínica, líderes informales pero con una alta resonancia con sus colegas, etc.). Si la resistencia se centra en unas pocas personas poderosas, se puede negociar un paquete de recompensas que satisfaga sus necesidades. Aunque, no se pueden ignorar los costos potencialmente altos y, el posible chantaje de otras personas con poder. Por ello, recomendamos la negociación de paquetes de recompensa colectivos, en lugar de individuales.
- **Manipulación y cooptación.** La manipulación atañe a los intentos de ejercer una influencia encubierta. Torcer y distorsionar los hechos para hacerlos aparecer más atractivos, esconder la información indeseada y, crear rumores falsos, para que los empleados acepten el cambio, son ejemplos de manipulación. La cooptación es una forma de manipulación y participación. Se trata de «comprar» a los representantes de los focos de resistencia, dándoles un papel importante en la decisión del cambio. Se busca su consejo, no para tomar una decisión, sino para obtener su apoyo. Manipulación y cooptación son formas re-

lativamente baratas y fáciles de ganarse el respaldo de los adversarios, pero el tiro puede salir por la culata, si los afectados se dan cuenta que están siendo utilizados o engañados. Cuando lo descubren, la credibilidad del agente de cambio, estará a nivel del subsuelo para siempre más.

- **Coerción.** Es la aplicación directa de amenazas o fuerza, sobre quienes se resisten. Como por ejemplo, la amenaza de traslado, pérdida de ascensos, evaluaciones de desempeño negativas y, en casos extremos la amenaza de despido después de la crisis. Sus ventajas, es que si funcionan es un método rápido y barato, pero si los afectados se resisten, las consecuencias son fatales para el éxito del proceso

A nivel personal, los colaboradores de un centro sanitario se oponen al cambio por tres causas. Porque no saben hacer las nuevas tareas, porque ni pueden hacer las y, porque no quieren hacerlas. Si no se sabe, el tratamiento es la información y la formación. Bien en el entrenamiento de las nuevas tareas formales, de las nuevas pautas, de relación social, o de la posición real en la nueva situación de la persona dentro de la organización. Si no se puede, el tratamiento es el empowerment de las personas, creando sistemas de delegación y participación. Cuando no se quiere, las medidas a tomar están relacionadas con la creación de incentivos, positivos y negativos, económicos o inmateriales. Utilizar el ejemplo y el liderazgo, ayudará enormemente a vencer este tipo de resistencias.

La resistencia es, a menudo, compañera paradójica del agente del cambio y, éste debe estar dispuesto a convivir con ella, siempre que sea portador de un cambio efectivo. Sin embargo, no se debe pensar que siempre se podrá disminuir o eliminar las resistencias. Ciertas situaciones obligan a tolerarlas, sin que se pueda hacer gran cosa al respecto, sólo esperar que el resultado del cambio acabe imponiéndose por sí solo. De las enseñanzas del profesor Kotter, se desprende que la posibilidad de que un cambio estratégico tenga éxito, aumenta si los directivos siguen los pasos del Cuadro 10.12.

Cuadro 10.12. CONDICIONES PARA LOGRAR EL CAMBIO EXITOSO

- **Análisis previo de la organización.** Identificar la situación y los problemas existentes y, las fuerzas que posiblemente los causen.
- **Análisis de los factores indispensables para producir el cambio.** Conocer los resistentes, sus razones, quienes poseen la información necesaria para el diseño del proyecto y, posición del líder del cambio dentro y fuera de la organización.
- **Elegir una estrategia de cambio.** Basada en los análisis anteriores, especificando la rapidez, preparación previa, personas que se deben involucrar y, las tácticas a utilizar.
- **Verificar la puesta en marcha del proceso.** Cómo siempre algo inesperado, a pesar de una brillante planificación del proyecto de cambio, seguir con detalle todo el proceso de implantación.
- **Disponer de habilidades de relación interpersonal.** Son indispensables, siempre y cuando, se haya escogido la estrategia y las tácticas adecuadas.

Fuente: Adaptado de Kotter JP, Schlesinger LA (2000).

Siendo las resistencias al cambio un fenómeno habitual, pero complejo en su tratamiento y gestión, se requiere un trabajo adaptativo, donde el líder debe disponer de unas habilidades específicas de escucha activa y, de distancia para reformular situaciones y, sobre todo de una actitud de aceptación del otro, como legítimo en sus emociones y sentimientos, pues no toda objeción es resistencia. Estas habilidades son características del **liderazgo adaptativo** de Heifetz, es decir, aquella situación que requiere aprendizaje por parte del otro y, que no puede hacerse sin la cooperación del otro, porque la definición que hace la persona de la realidad, define también el problema.

10.8. LA ORGANIZACIÓN QUE APRENDE

Tradicionalmente, las organizaciones han sido consideradas como jerarquías y burocracias, creadas para lograr el orden y, mantener el control. Con unas estructuras construidas para obtener estabilidad y, no realizar cambios. Como se ha visto, a lo largo del capítulo, este concepto de la organización no se ajusta a las condiciones dinámicas, ni a las fuerzas globales de los cambios, que están teniendo los centros sanitarios en esta primera década del nuevo siglo. Para determinados autores, la mejor manera de lograr un cambio a largo plazo, consiste en crear una **organización que aprende**. En la que, todos sus miembros tienen que pensar en términos estratégicos, ser conscientes de las consecuencias estratégicas del entorno, cuestionar y desafiar a sus colegas y, contribuir al desarrollo de la estrategia. Evidentemente, se trata de una ardua y difícil tarea, que exige un importante compromiso e inversión de recursos intelectuales y, para la mayoría de las organizaciones del sector sanitario, un importante cambio en su cultura.

Es preciso, además, que los directivos de las organizaciones sanitarias, una vez preparados para cambiar, pongan en práctica el **liderazgo compartido**, lo que Mark Hurd, presidente y consejero delegado de Hewlett-Packard, describió como «*el liderazgo es como un equipo deportivo*». Considerar al consejero delegado como el timón de un gran barco que fija la dirección y da órdenes a las personas que le rodean, es una imagen errónea. Puede que sea adecuada para las tradicionales organizaciones jerárquicas, pero no encaja en una organización diseñada para cambiar. Una metáfora más adecuada es pensar en la corporación, como una comunidad de personas que se extiende a lo largo de kilómetros de montañas, campos y bosques. Para lograr que todo el mundo avance en una nueva dirección, los líderes competentes tienen que estar repartidos por todo el territorio, conectados por una sensación compartida de identidad y propósito.

El liderazgo compartido tiene tres ventajas. En primer lugar, sustituye de manera efectiva la jerarquía. Repartir el conocimiento y el poder entre muchas personas permite a la organización procesar y responder a la información con rapidez, sin que sea necesaria una gran cantidad de dirección descendente. En segundo lugar, un enfoque compartido desarrolla un buen aporte de capacidades de liderazgo. Al conseguir que todo el mundo participe en el desarrollo de la estrategia, la creación de valor y otras actividades que por lo general realizan los altos directivos, una empresa puede desarrollar el liderazgo y gestionar las habilidades entre un público amplio de colaboradores. En tercer lugar, múltiples líderes a todos los niveles que comprenden el

entorno exterior y las capacidades internas de la organización pueden ver tendencias importantes que exigen el cambio corporativo antes de que lo haga la cúpula de la organización. Y lo que es más importante, el liderazgo compartido respalda una gestión del cambio más efectiva. Por lo general, en cualquier iniciativa de cambio hay más que hacer de lo que una sola persona o unos pocos líderes pueden abarcar. El liderazgo compartido contribuye a solucionar ese problema. Además, los esfuerzos de cambio que están dirigidos por un único líder son entidades frágiles; si esa persona flaquea o se marcha, el esfuerzo de cambio se paraliza. Con el liderazgo compartido, hay en todo momento personas competentes disponibles, para que el impulso siga adelante.

Para desarrollar la capacidad del liderazgo compartido, una empresa debe implementar un programa de formación, que conlleve la participación de todos los colaboradores y no tan sólo de algunos «profesionales estrellas». También es necesario compartir información sobre la estrategia y los resultados de negocio, con los directivos de todos los niveles. Por último, es necesario obtener continuamente las opiniones de los colaboradores, con el fin de desarrollar y evolucionar su estrategia empresarial. Como por ejemplo, el que fuera consejero delegado de IBM, Lou Gerstner, cuando estaba llevando a cabo una enorme iniciativa de cambio en la empresa, participaba de forma regular en debates a través de la intranet corporativa, con el fin de tratar de obtener las opiniones directas de sus colaboradores.

Según Schein, para que haya un cambio, la organización tiene que desaprender las creencias anteriores, ser abierta a nuevos conocimientos y valores y, volver a aprender nuevos supuestos y comportamientos. Además, el aprendizaje organizacional implica detectar y corregir errores antiguos. Una estrategia eficaz de cambio, debe tener en cuenta los recuerdos, las creencias, las normas y los valores de la organización. Teniendo en cuenta, que el factor más crítico para llevar a cabo una modalidad de aprendizaje, es el comportamiento de los líderes y de los directivos.

En la actualidad, debe ser prioritario para los centros sanitarios, considerar el conocimiento (en sus tres vertientes: estructural, relacional y profesional) como su activo más valioso, como la base de su capacidad competitiva. Para ello, los centros deberían intensificar su ventaja estratégica, recogiendo el conocimiento disperso a lo largo de su estructura, en sus colaboradores, en sus procesos y, en sus interacciones con los clientes. Y, lo que es más importante, deben sistematizarlo y, ponerlo a disposición de todas las personas, que en ellos trabajan. Hamel y Prahalad introdujeron el concepto de **competencias nucleares**, que integran y explicitan las razones del éxito de una empresa. Una competencia esencial constituye el espíritu de una organización, la razón de su éxito. La secuencia lógica de desarrollo de una competencia esencial parte del conocimiento individual de los miembros del equipo, conocimiento que da lugar a las competencias personales, la verdadera base de una competencia nuclear. El conocimiento es un activo intangible, sobre el que se sustenta la capacidad de aprendizaje y mejora de las organizaciones. La base del nuevo paradigma de las organizaciones basadas en el conocimiento, es la **gestión de las competencias** organizativas y personales. Se entiende por competencias, como el conjunto de conocimientos y cualidades profesionales necesarias, para que los colaboradores puedan desarrollar un conjunto de funciones y tareas específicas, para su puesto de trabajo. En el Cuadro 10.13, se presentan las principales características de las competencias.

Las competencias pueden clasificarse en dos componentes, los conocimientos y las cualidades profesionales. Los conocimientos son elementos básicos e indispensa-

Cuadro 10.13. CARACTERÍSTICAS DE LAS COMPETENCIAS

- **Independientes de la estructura.** Se aplican a diversos lugares de la organización, con independencia de su estructura funcional.
- **Específicas.** Son apropiadas para dar respuesta adecuada a las necesidades de cada organización.
- **Ligadas a las personas.** Son los colaboradores los que las aportan, en el desempeño de sus ocupaciones.
- **Modificables.** De manera voluntaria, tanto por las personas, como por la organización, en función de los requerimientos del entorno y de los clientes.

bles para desempeñar un conjunto de funciones necesarias para el logro de los objetivos de la organización. Los conocimientos deben expresar los requerimientos de todas las ocupaciones de los centros sanitarios. Su origen se encuentra en los conocimientos de carácter académico o formativo y, se encuentran relacionados con la capacidad de hacer, que otorga su posesión. Están relacionados con el contenido funcional de las ocupaciones. Además, son susceptibles de modificación y aprendizaje, mediante procesos formativos y la experiencia.

Las cualidades profesionales reflejan el conjunto de patrones de conducta, características personales, observables y medibles, que son necesarios para desarrollar las actividades diarias. Están relacionadas con las habilidades de gestión, necesarias para desempeñar las distintas ocupaciones. También, se relacionan con el nivel jerárquico de la ocupación. Son la parte visible de un amplio conjunto de cualidades psicológicas y personales. Siendo susceptibles de modificación y desarrollo a través de la experiencia.

El perfil de competencias es el vector que representa el grado de cada una de las competencias incluidas en el catálogo de puestos de trabajo, que requiere una ocupación concreta. El proceso por el que se valora para una ocupación concreta, cada una de las competencias del catálogo, es el posicionamiento. Cada uno de los colaboradores tendrá un perfil de competencias, que refleja el nivel que posee de cada una de las competencias, incluidas en el catálogo. Esta dicotomía permite realizar la ruptura de la persona con la ocupación y, gestionar independientemente las personas de las ocupaciones, estableciendo el perfil de competencias, como lenguaje común entre ambos.

La gestión por competencias incide en la actual organización del trabajo, en los centros sanitarios. El concepto de ocupación sustituye al de puesto de trabajo, como forma de organización de tareas y funciones. Esta liberalización de las limitaciones del puesto de trabajo, permite centrar los análisis en los diseños de las ocupaciones, atendiendo antes a criterios de proceso, que a estructuración funcional. En el Cuadro 10.14, se presenta de manera resumida, las principales ventajas de la gestión por competencias.

Liderar el cambio en las organizaciones sanitarias, es dirigir con creatividad. Precisamente, la creatividad es un sistema que prima la iniciativa de los miembros, que han entendido el sentido de los cambios. Liderar tiene mucho de artesanal y, nada de erudito inasequible, pues el líder aprende este arte de otros líderes. Cuando ha llegado a dominarlo, entonces está en disposición de enseñarlo a otros futuros líderes, fomentando en ellos, los necesarios hábitos intelectuales y prácticos y, siendo a

Cuadro 10.14. UTILIDADES DE LA GESTIÓN POR COMPETENCIAS EN LOS CENTROS SANITARIOS

- **Formación.** Debe orientarse al desarrollo de los perfiles tipo.
- **Selección.** Permiten definir criterios homogéneos orientados a los perfiles tipo, en función de sus competencias.
- **Planes de carrera.** Basados en criterios de buen rendimiento continuo en el puesto de trabajo, sin necesidad de cambiar a una persona de puesto, como única fórmula de promoción profesional.
- **Movilidad funcional.** Dentro de un perfil tipo, el modelo implica la intercambiabilidad. Además, pueden producirse asignaciones a ocupaciones de otro perfil tipo, evaluándose el correspondiente esfuerzo. El proceso de asignación se basa, en el cálculo de la distancia existente entre los perfiles de los candidatos y, el de la ocupación final.

Fuente: Adaptado de Fernández J, Andonegui JL (2003).

su vez, fuente de su dinamismo personal. Para finalizar este texto, recordar que tan sólo, las organizaciones sanitarias sabias, van a ser las que sobrevivan a los profundos cambios que les van a afectar en los próximos años y, esta sabiduría la van a poder adquirir, si poseen el conocimiento que las posiciona en las mejores condiciones posibles, ante el nuevo escenario de la sanidad pública española. Y porque, emprendan unas estrategias que se adecuen perfectamente, a las nuevas exigencias del entorno en el que actúan.

La dura realidad de la gestión sanitaria de los centros públicos, es que no es posible cosechar las recompensas y las alegrías del liderazgo, sin experimentar también su dolor. Sin embargo, mantenerse en el juego y, soportar ese dolor merece la pena no sólo por los cambios positivos, que se pueden introducir en las vidas de otras personas, sino también, por el sentido que da a la vida propia. Pues, ¡jamás ocurre un bien al que un mal no se oponga! (Maquiavelo).

10.9. BIBLIOGRAFÍA

- AGUILAR J. La comunicación del cambio. En: AGUILAR J (coord.). La gestión del cambio. Barcelona: Editorial Ariel, S.A.; 2003.
- ÁLVAREZ DE MÓN S. Liderazgo transformador. Harvard DEUSTO Business Review 1997; 77: 49-57.
- ARGYRIS C. Un enfoque clave para el aprendizaje de los directivos. En: Harvard Business Review. Gestión del conocimiento. Bilbao: ediciones Deusto, S.A.; 2000.
- BECKHARD R. La organización sana: un perfil. En: HESSELBEIN F, GOLDSMITH M, BECKHARD R. The Drucker Foundation. La organización del futuro. Bilbao: Ediciones Deusto, S.A.; 1997.
- BENNIS W. Como llegar a ser líder. Bogotá: Editorial Norma; 1990.
- BENNIS W. Las diferencias entre gestión y liderazgo. Finanzas & Contabilidad. 2000; 34: 1-4.
- BENNIS W. Secretos de los grandes equipos. En: FUNDACIÓN DRUCKER. De líder a líder. Barcelona: Ediciones Juan Granica S.A.; 2002.

- BENNIS W, NANUS B. Líderes. Estrategias para un liderazgo eficaz. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.; 2001.
- BENNIS W, THOMAS RJ. Los crisoles del liderazgo. En: Harvard Business Review. Desarrollar la resistencia de las personas y de las organizaciones. Barcelona: Ediciones Deusto. Planeta DeAgostini Profesional y Formación, S.L.; 2004.
- BLAKE RR, MOUTON JS. A Comparative Analysis of Situationalism and 9.9 Management by Principle. *Organisational Dynamics*. 1982; 10(4): 20-43.
- BLAKE RR, MOUTON JS, BARNES LB, GREINER LE. Breakthrough in Organization Development. *Harvard Business Review*. 1964; 42(6): 133-55.
- BLAKE RR, MOUTON JS, McCANSE AA. La estrategia para el cambio organizacional. Wilmington: Addison-Wesley Iberoamericana, S.A.; 1991.
- BOLT P. The whole manager. Achieving success without selling your soul. Dublin: Oak Tree Press; 1999.
- BORNSTEIN D. Cómo cambiar el mundo. Los emprendedores sociales y el poder de las nuevas ideas. Barcelona: Debate; 2005.
- BOYATZIS R, McKEE A. Liderazgo emocional. Barcelona: Ediciones Deusto. Planeta Agostini Profesional y Formación, S.L.; 2006.
- BROOKS R, GOLDSTEIN S. El poder de la resiliencia. Cómo lograr el equilibrio, la seguridad y la fuerza interior necesario para vivir en paz. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica S.A.; 2004.
- COVEY SR. Los hábitos de una organización eficiente. En: FUNDACIÓN DRUCKER. De líder a líder. Barcelona: Ediciones Juan Granica S.A.; 2002.
- CYRULNIK B. Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida. Barcelona: Editorial Gedisa, S.A.; 2006.
- DAAKE D, ANTHONY WP. Understanding stakeholder power and influences gaps in a health care organization: an empirical study. *Health Care Manager Rev*. 2000; 25(3): 94-107.
- DRUCKER PF. La empresa en la sociedad que viene. Barcelona: Ediciones Urano, S.A., 2003.
- DRUCKER PF. Managing oneself. *Harvard Business Review*. 2005; 73(1): 100-9.
- ESPERALBA J. La función de los gerentes y su percepción por los equipos sanitarios. *Rev Calidad Asistencial*. 1999; 14: 207-9.
- ESPINOSA CA. ¿Qué es el cambio en una empresa? En: AGUILAR J (coord.). La gestión del cambio. Barcelona: Editorial Ariel, S.A.; 2003.
- FERNÁNDEZ J, ANDONEGUI JL. Una experiencia de transformación de la Administración Pública: la implantación del modelo de gestión de Recursos Humanos por competencias en la Autoridad Portuaria de Las Palmas. En: AGUILAR J (coord.). La gestión del cambio. Barcelona: Editorial Ariel, S.A.; 2003.
- FORTUNY B. Disseny, aplicació i avaluació d'un model de Gestió Hospitalària de Qualitat Total (GESHQUAT) (tesis doctoral). Barcelona: Universitat Politècnica de Catalunya; 2002 (disponible en <http://www.tdx.cbuc.es/TDX-0113103-100123/index.html>)
- FRESH MAN B, RUBINO L. Emotional Intelligence: A core competency for health care administrators. *Health Care Manager*. 2002; 20(4): 1-9.
- GABARRO JJ, KOTTER JP. Gestionando a su jefe. En: KOTTER JP. Qué hacen los líderes. Barcelona: Ediciones Gestión 2000, S.A.; 2000.
- GALBRAITH JR. La organización reconfigurable. En: HESSELBEIN F, GOLDSMITH M, BECKHARD R. The Drucker Foundation. La organización del futuro. Bilbao: Ediciones Deusto, S.A.; 1997.
- GENÉ J, CONTEL JC, ESTEVE C. La función directiva en el equipo de atención primaria: la necesidad de integrarla. En: GENÉ J, CONTEL JC. Gestión en Atención Primaria. Incorporación de la práctica directiva en el liderazgo asistencial. Barcelona: Masson, S.A.; 2001.
- GOLEMAN D. Inteligencia emocional. Barcelona: Editorial Kairós, S.A.; 1996.

- GOLEMAN D. Una teoría del rendimiento basada en la inteligencia emocional. En: GOLEMAN D, CHERNISS C. *Inteligencia emocional en el trabajo. Cómo seleccionar y mejorar la inteligencia emocional en individuos, grupos y organizaciones*. Barcelona: Editorial Kairós, S.A.; 2005.
- GOLEMAN D, BOYATZIS R, McKEE A. *El líder resonante crea más. El poder de la inteligencia emocional*. Barcelona: Random House Mondadori, S.A.; 2002.
- GUILERA L. *Más allá de la Inteligencia Emocional. Las cinco dimensiones de la mente*. Madrid: Internacional Thomson Editores Spain; 2007.
- HAMMER M. El alma de la nueva organización. En: HESSELBEIN F, GOLDSMITH M, BECKHARD R. *The Drucker Foundation. La organización del futuro*. Bilbao: Ediciones Deusto, S.A.; 1997.
- HANDY C. En busca del futuro. En: FUNDACIÓN DRUCKER. *De líder a líder*. Barcelona: Ediciones Juan Granica S.A.; 2002.
- HANDY. *Un mundo de pulgas y elefantes*. En: BENNIS W, SPREITZER GM, CUMMINGS TG. *El futuro del liderazgo*. Bilbao: Ediciones Deusto. Planeta de Agostini Profesional y Formación, S.L.; 2002.
- HARRISON R. Understanding your organization's character. *Harvard Business Review*. 1972; 50(3): 119-28.
- HAYCOCK J STANLEY A, EDWARDS N. Changing hospitals. *BMJ*. 1999; 319: 1262-4.
- HEIFETZ RA. *Liderazgo sin respuestas fáciles*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.; 1997.
- HEIFETZ RA, ROBINSON S. Una guía de supervivencia para líderes. En: *Harvard Business Review. Desarrollar la resistencia de las personas y de las organizaciones*. Barcelona: Ediciones Deusto. Planeta DeAgostini Profesional y Formación, S.L.; 2004.
- HELLER F. Leadership and Power in a Stakeholder Setting. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 1997; 6(4): 467-79.
- HERSEY P, BLANCHARD KH. So you want to know your leadership style? *Training & Development Journal*. 1981; 35(6): 34-47.
- HERSEY P, BLANCHARD KH. Leadership Style: Attitudes and Behaviours. *Training and Development Journal*. 1982; 36(5): 50-2.
- HOUSE RJ, ADITYA RN. The social scientific study of leadership: Quo Vadis? *Journal of Management*. 1997; 23(3): 409-73.
- HUSE EF, BOWDITCH JL. *El comportamiento humano en la organización*. Bilbao: Ediciones Deusto, S.A.; 1992.
- HUSENMAN S. Resistencias al cambio. En: AGUILAR J (coord.). *La gestión del cambio*. Barcelona: Editorial Ariel, S.A.; 2003.
- INNERARITY D. *El poder cooperativo: otra forma de gobernar*. Barcelona: ESADE. Cuadernos de liderazgo nº 2; 2006.
- JODAR G, DURAN J. Las personas del equipo. En: GENÉ J, CONTEL JC. *Gestión en Atención Primaria. Incorporación de la práctica directiva en el liderazgo asistencial*. Barcelona: Masson, S.A.; 2001.
- JOHNSON G. Rethinking incrementalism. *Strategic Management Journal*. 1988; 9(1): 75-91.
- JOHNSON G, SHOLES K. *Dirección estratégica*. 5ª edición. Madrid: Prentice Hall; 2000.
- JOVELL AJ. *Liderazgo afectivo. All you need is love*. Barcelona: Alienta Editorial; 2007.
- KATZENBACH JR, SMITH DK. *Sabiduría de los equipos*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A.; 1996.
- KOTTER JP. El directivo como líder y como ejecutivo: la simbiosis del éxito. *Harvard Deusto Business Review*. 1991; 45: 3-12.
- KOTTER JP. *Qué hacen los líderes*. Barcelona: Ediciones Gestión 2000, S.A.; 2000.
- KOTTER JP. *Provocar cambios*. En: FUNDACIÓN DRUCKER. *De líder a líder*. Barcelona: Ediciones Juan Granica S.A.; 2002.

- KOTTER JP, COHEN DS. Las claves del cambio. Casos reales de personas que han cambiado sus organizaciones. Barcelona: Ediciones Deusto, S.A.; 2003.
- KOTTER JP, SCHLENSIGER LA. Escogiendo las estrategias del cambio. En: KOTTER JP. Qué hacen los líderes. Barcelona: Ediciones Gestión 2000, S.A.; 2000.
- KRETS DE VRIES MFR. La conducta del directivo. Su impacto en el equilibrio de la empresa. Bilbao: Ediciones Deusto, S.A.; 1996.
- LEVY-LEBOYER C. Gestión de las competencias. Barcelona: Ediciones Gestión 2000, S.A.; 1997.
- LIKERT R. Measuring Organizational Performance. Harvard Business Review. 1958; 36(2): 41-50.
- LONGO F. Mérito y flexibilidad. La gestión de las personas en las organizaciones del sector público. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.; 2004.
- LOPEZ LA, JIMÉNEZ JM. Diferencias entre los sistemas de valores de los gestores sanitarios y los profesionales asistenciales. Gestión Hospitalaria. 1997; 1: 34-9.
- LOSADA C. La función de dirigir en la administración pública. En: LOSADA C (editor). ¿De burócratas a gerentes? Las ciencias de la gestión aplicadas a la administración del Estado. Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo; 1999.
- LOWNEY C. El liderazgo al estilo de los jesuitas. Barcelona: Ediciones Granica, S.A., 2004.
- MAQUIAVEL. El príncipe. Barcelona: Editorial Laia; 1988.
- MENDOZA X. La gestión de les organitzacions de professionals en el sector públic: de l'antagonisme a la cooperació (tesis doctoral). Barcelona: Universitat de Barcelona; 1999.
- MINTZBERG H. Política y la organización de tipo político. En: MINTZBERG H, QUINN JB, GHOSHAL S. El proceso estratégico. Edición europea revisada. Madrid: Prentice Hall Iberia, S.R.L.; 1999.
- MINTZBERG H. Gestionar el gobierno, gobernar la gestión. En: LOSADA C (editor). ¿De burócratas a gerentes? Las ciencias de la gestión aplicadas a la administración del Estado. Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo; 1999.
- MONRAS P. La gerencioocracia, el corporativismo y la cultura participativa en las organizaciones sanitarias. Med Clin (Barc). 1996; 106: 63-5.
- MOORE M. Gestión estratégica y creación de valor en el sector público. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica S.A.; 1998.
- MOREU F. El hospital del futuro. Proyecto de investigación sobre la reinención del hospital. Madrid: Sanofi Aventis; 2007.
- MORGADO I. Emociones e inteligencia social. Una alianza entre los sentimientos y la razón. Barcelona: Mina; 2007.
- MOSS KANTER R. Las nuevas fronteras del management. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.; 1999.
- OBESO C. El rol del gerente en el hospital: una aproximación. Hospital 2000. 1989; 4: 7-10.
- OBESO C. Gestión de las organizaciones profesionales sanitarias. Barcelona: Papers ESADE 87; 1992.
- PETERS T. ¡Hay que decir que sí! En: BENNIS W, SPREITZER GM, CUMMINGS TG. El futuro del liderazgo. Bilbao: Ediciones Deusto. Planeta de Agostini Profesional y Formación, S.L.; 2002.
- PETERS T. Re-imagina! Madrid: Pearson Educación, S.A.; 2004.
- PFEFFER J. El poder en las organizaciones. Política e influencia en una empresa. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.; 1993.
- PIERCE L. Lista de comprobación personal para líderes en situaciones enredadas. En: SENGE P, KLEINER A, ROBERTS C, ROSS R, ROTH G, SMITH B. La danza del cambio. Cómo crear organizaciones abiertas al aprendizaje. Barcelona: Ediciones Gestión 2000, S.A.; 2000.

- PLA C. Habilidades directivas. En: GENÉ J, CONTEL JC. Gestión en Atención Primaria. Incorporación de la práctica directiva en el liderazgo asistencial. Barcelona: Masson, S.A.; 2001.
- PLANELLAS M. De la idea a la empresa. Barcelona: Ediciones Gestión 2000, S.A.; 2003.
- PLANT R. La dirección del cambio en la empresa. Barcelona: Ediciones Gestión 2000, S.A.; 1991.
- QUINN JB. Estrategias para el cambio. En: MINTZBERG H, QUINN JB, GHOSHAL S. El proceso estratégico. Edición europea revisada. Madrid: Prentice Hall Iberia, S.R.L.; 1999.
- QUINN JB, VOYER J. Gradualismo lógico: como gestionar la formulación de la estrategia. En: MINTZBERG H, QUINN JB, GHOSHAL S. El proceso estratégico. Edición europea revisada. Madrid: Prentice Hall Iberia, S.R.L.; 1999.
- ROBBINS SO. Comportamiento organizacional. Décima edición. Naucalpan de Juárez: Pearson Educación de México, S.A.; 2004.
- RODRÍGUEZ JM. El factor humano en la empresa. Barcelona: Ediciones Gestión 2000, S.A.; 1990.
- SCHEIN EH. Psicología de la organización. México DF: Prentice-Hall Hispanoamericana, S.A.; 1980.
- SCHEIN E. Cómo preparar el terreno para un cambio de la cultura organizacional. En: SENGE P, KLEINER A, ROBERTS C, ROSS R, ROTH G, SMITH B. La danza del cambio. Cómo crear organizaciones abiertas al aprendizaje. Barcelona: Ediciones Gestión 2000, S.A.; 2000.
- SENGE PM. La quinta disciplina. Barcelona: Ediciones Juan Granica, S.A.; 1993.
- SENGE PM. Liderazgo del cambio profundo. Hacia una ecología del liderazgo. En: SENGE P, KLEINER A, ROBERTS C, ROSS R, ROTH G, SMITH B. La danza del cambio. Cómo crear organizaciones abiertas al aprendizaje. Barcelona: Ediciones Gestión 2000, S.A.; 2000.
- SHAMIR B, HOUSE RJ, ARTHUR MB. The motivational effects of charismatic Leadership: a self-concept based theory. Organization Science. 1993; 4(4): 577-94.
- SHORTELL SM, KALUZNY AD. Organization Theory and health Services Management. En: SHORTELL SM, KALUZNY AD. Health care management: organization design and behavior 3rd edition. Albany: Delmar Publishers Inc; 1994.
- SIMÓ J. Empowerment profesional en la atención primaria médica española. Aten Primaria 2005; 35(1): 37-42.
- STEIN G. Liderar personas a la altura de los cambios. En: AGUILAR J (coord.). La gestión del cambio. Barcelona: Editorial Ariel, S.A.; 2003.
- TANNENBAUM R, SCHMIDT WH. How to choose a leadership pattern. Harvard Business Review. 1973; 51(3): 162-80.
- ULRICH D. Organizarse en torno a las capacidades. En: HESSELBEIN F, GOLDSMITH M, BECKHARD R. The Drucker Foundation. La organización del futuro. Bilbao: Ediciones Deusto, S.A.; 1997.
- VROOM VH, JAGO AG. El nuevo liderazgo. Dirección de la participación en las organizaciones. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A.; 1990.

De la administración de centros a la gestión operativa y, de ésta, a la excelencia de la gestión sanitaria. Un largo camino que todavía no ha finalizado. Este libro de gestión ha sido escrito pensando en los directivos de los centros sanitarios españoles. Está basado en la experiencia del propio autor como gestor y como docente.

Todos los centros sanitarios quieren ser Excelentes, pero ¿cómo conseguirlo? Para el autor la planificación estratégica integral es el primer paso, luego equipos interdisciplinarios evaluarán y mejorarán los resultados obtenidos en la gestión de todos los procesos. Pero para ello es básico impulsar desde la gerencia, nuevas formas organizativas que permitan la participación real de los profesionales en la toma de decisiones mediante la introducción de un liderazgo compartido entre clínicos y gestores. Estos son algunos de los elementos que se exponen a lo largo de diez capítulos.