

CLAVES PARA LA GESTIÓN CLÍNICA

Dra. Lola Ruiz Iglesias

Directora de la Cátedra Pfizer en Gestión Clínica

Claves para la gestión clínica

Claves para la gestión clínica

Dra. Lola Ruiz Iglesias

DIRECTORA DE LA CÁTEDRA PFIZER EN GESTIÓN CLÍNICA

DIRECTORA DE ESTRATEGIA EN SANIDAD. HEWLETT PACKARD



McGRAW-HILL • INTERAMERICANA

MADRID • BUENOS AIRES • CARACAS • GUATEMALA • LISBOA • MÉXICO
NUEVA YORK • PANAMÁ • SAN JUAN • SANTAFÉ DE BOGOTÁ • SANTIAGO • SÃO PAULO
AUCKLAND • HAMBURGO • LONDRES • MILÁN • MONTREAL • NUEVA DELHI • PARÍS
SAN FRANCISCO • SYDNEY • SINGAPUR • ST. LOUIS • TOKIO • TORONTO

CLAVES PARA LA GESTIÓN CLÍNICA

No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, su tratamiento informático, la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.

DERECHOS RESERVADOS © 2004, respecto a la primera edición en español, por Pfizer S.A.

McGRAW-HILL/INTERAMERICANA DE ESPAÑA, S. A. U.
Edificio Valrealty
Basauri, 17, 1.ª planta
28023 Aravaca (Madrid)

ISBN: 84-486-0536-5
Depósito legal: M. 38658-2004

Preimpresión: **GEA** CONSULTORÍA EDITORIAL, S.L.L.
Impreso en: EGRAF, S.A.
IMPRESO EN ESPAÑA - PRINTED IN SPAIN

*A los médicos que, sea cual fuere el contexto,
luchan por hacer las cosas bien.*

*«A la memoria de Gustavo Vargas, compañero y colega, con el que
he compartido este proyecto desde su inicio y con el que no podré
compartir la satisfacción de verlo concluido. Su amor, buen hacer
y compromiso prevalecerán siempre».*

Autores

Lola Ruiz Iglesias

- Licenciada en Medicina y Cirugía por la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid.
 - *Master of Science* por la *London School of Hygiene and Tropical Medicine*. Universidad de Londres.
 - Directora de la Cátedra Pfizer en Gestión Clínica.
 - Desde septiembre del 2003, es Directora de Estrategia para el Sector Sanitario en Hewlett Packard.
 - Ha ocupado distintas responsabilidades en el ámbito de la gestión sanitaria como Gerente de Sanidad y Servicios Sociales en la Diputación Provincial de Sevilla (1984-1987); Viceconsejera de Sanidad y Consumo en el Gobierno Vasco (1988-1991); Jefe de Departamento de Política y Administración Sanitaria en la Escuela Nacional de Sanidad (1992-1995). Posteriormente ha desarrollado su actividad profesional en distintas organizaciones, como Directora del Sector Sanitario en el Instituto de Empresa (1995-2001), Directora del Sector Sanitario en KPMG Consulting (1995-2003), puesto que abandonó para ocupar su actual responsabilidad en HP.
 - Ha realizado una amplia actividad en consultoría y formación de directivos y profesionales sanitarios, a nivel tanto nacional como internacional y, en la actualidad, colabora con distintas entidades académicas y codirige el Programa de Dirección de Organizaciones Sanitarias de la Universidad Carlos III.
-

Francisco R. Álvarez Rodríguez

- Licenciado en Ciencias Económicas por la Universidad Autónoma de Madrid.
- Máster en *Business Administration* por ICADE.
- En la actualidad es *Controller* Financiero en el Parque Temático de Madrid, desde 2002.
- Ha tenido responsabilidades directivas en Saniline Aprovechamientos Hospitalarios, en la Fundación Hospital de Alcorcón y en la Fábrica Nacional de Moneda y Timbre.

Antonio Artés Rodríguez

- Doctor Ingeniero de Telecomunicación por la Universidad Politécnica de Madrid (1992).
- Catedrático del Departamento de Teoría de la Señal y Comunicaciones de la Universidad Carlos III de Madrid, desde 2002.
- Ha sido profesor en las Universidades de Vigo, Politécnica de Madrid y Alcalá.

Josep Bisbe Viñas

- Doctor en Administración y Dirección de Empresas por ESADE, Universitat Ramon Llull.
- Máster en *Business Administration* / Master en *Public and Private Management* por la Yale School of Management, Yale University.
- Profesor Titular del Departamento de Dirección y Control Financiero de ESADE.
- Profesor del Programa de Dirección de Servicios Integrados de Salud, ESADE.

José María Chiarri Laguna

- Ingeniero Industrial por la Universidad Politécnica de Madrid.
- Gerente de Empleo y Organización de Recursos Humanos del Grupo Uralita, desde 2003.
- Ha trabajado en Recursos Humanos para Repsol YPF, Carrefour, y como consultor en KPMG Consulting.
- Ha desarrollado actividad docente en relación a RRHH para ICADE, Tecnatom y Club Español de la Energía.

Serafín Cuenca Echeverría

- Ingeniero Industrial por la Escuela Técnica Superior de Ingenieros Industriales de Valladolid,
- Máster *Entrepreneurs* - Fundación Banco de Vizcaya, Programa Dirección General del IESE.
- Desde 1992, es Director General de Zitec Consultores, Evaluador del Premio Europeo a la Calidad de la EFQM y Director Académico del máster Experto en Gestión Integrada de la Calidad, Medioambiente y Prevención de la Cámara Oficial de Comercio de Valladolid.
- También es Profesor Colaborador de la Escuela de Organización Industrial de Madrid.

Adenso B. Díaz

- Doctor en Administración y Dirección de Empresas por la Universidad de Oviedo (1992).
- Profesor de Dirección de Operaciones de la Escuela Politécnica Superior de Ingeniería de Gijón y Profesor adjunto en la Universidad de Michigan.
- Autor de diversos libros sobre Dirección de Operaciones y editor asociado de las revistas *Omega International Journal of Management Science* y *Journal of Heuristics*.

Clara Eugenia García García

- Doctora por la Universidad Complutense de Madrid.
- Profesora titular del área de Organizaciones de Empresas, Universidad Carlos III de Madrid.
- Subdirectora del Curso de Especialización en Análisis y Gestión de la Ciencia y la Tecnología, de la Universidad Carlos III.
- Ha trabajado en el Instituto de Nuevas Tecnologías de la Universidad Autónoma de Madrid y la Universidad de California en Berkeley.

Raimundo Jones Muñoz

- Ingeniero Industrial por la Escuela Superior de Ingenieros Industriales de Sevilla.
- Curso Superior en Dirección de Organizaciones Sanitarias de la Universidad Carlos III.
- Gerente de K-Consulting (antigua KPMG Consulting) dentro de la Competencia de procesos, desde 2001, actuando como Jefe de Proyectos y formador interno y externo en Rediseño de Procesos, metodologías y herramientas.
- Ha trabajado como consultor para Deloitte Consulting y Origin Spain.

Francisco José Martínez del Cerro

- Ingeniero Superior de Telecomunicaciones por la Universidad Politécnica de Madrid.
- Titulado en Medical Imaging Infrastructure por el Massachusetts Institute of Technology en Cambridge, Boston.
- Actualmente trabaja en la Dirección General de Marketing de Telefónica de España.
- Ha sido Director de proyectos de Investigación y Desarrollo del IV Programa Marco de I+D de la Unión Europea en el sector salud.
- Tiene extensa experiencia como miembro de comisiones de expertos y como profesor en el ámbito de las nuevas tecnologías en la sanidad.

José Luis Monteagudo Peña

- Doctor Ingeniero de Telecomunicación por la Universidad Politécnica de Madrid.
- Jefe del Área de Investigación en Telemedicina y Sociedad de la Información del Instituto Carlos III.
- Director del Departamento de Informática Sanitaria de la Escuela Nacional de Sanidad.
- Coordinador de la Red Temática de Investigación de Nuevos Servicios Sanitarios basados en Telemedicina del Fondo de Investigaciones Sanitarias.

Joaquín Oset Fernández

- Licenciado en Ciencias Químicas por la Universidad de Granada.
- Máster en *Business Administration-Executive* por ICADE y en Recursos Humanos por la Cámara de Comercio de Madrid.

- Director del Área de Consultoría de Organización y Recursos Humanos de Unisys Consulting y anteriormente en KPMG Consulting.
- Profesor de Gestión de Calidad y Habilidades Directivas en el Máster de Recursos Humanos-Executive del Instituto de Posgrado de la Universidad Pontificia de Comillas.
- Ha sido profesor asociado de Recursos Humanos en la Universidad Carlos III de Madrid.

José León Paniagua Caparrós

- Doctor Arquitecto por la Universidad Politécnica de Madrid.
- Responsable de vivienda pública en Madrid (1982–1987). Entre 1988 y 1997, jefe de los servicios técnicos y responsable de inversiones del INSALUD.
- Desde el año 2002 ha trabajado en diversos proyectos y obras de hospitales dentro y fuera de España.
- Profesor universitario y autor de distintos trabajos sobre planificación, programación y diseño de hospitales.

Arturo Romero Gutiérrez

- Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad Complutense de Madrid. Especialista en Cirugía General y de Aparato Digestivo.
- Diplomado en Gestión Gerencial Hospitalaria (EADA).
- Director Clínico de Sistemas de Información. Complejo Hospitalario de Toledo. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

Javier Sánchez Caro

- Abogado en ejercicio, desde 1974. Miembro del Cuerpo Superior de Letrados de la Administración de la Seguridad Social.
- Director de la Unidad de Bioética y Orientación Sanitaria de la Consejería de Sanidad de Madrid.
- Académico Honorario de la Real Academia de Medicina de España.
- Profesor coordinador del Máster de Derecho Sanitario, Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid.

Mariana Segura Gálvez

- Licenciada en Filosofía y Letras (especialidad de Psicología) por la Universidad Complutense de Madrid.
- Directora del proyecto «Espacio Común: Un espacio para la Comunicación Humana».
- Profesora de «Comunicación y Función Directiva» tanto para el programa Dirección de Organizaciones Sanitarias de la Universidad Carlos III, como en la Cátedra Pfizer en Gestión Clínica.
- Profesora del Centro de Negociación y Medicación del Instituto de Empresa y en la Escuela Nacional de Sanidad.
- Presidente de la Asociación Española de Terapia del Comportamiento (1979-1985).

Gustavo Vargas†

- Doctor en Administración de Empresas por la Pennsylvania State University y MBA por la Escuela Graduada de Administración de Negocios de Lima.
- Profesor de Dirección de Empresas y Director Asociado del Centro de Negocios Internacionales de la California State University, Fullerton.
- Director e Investigador Principal de International High-Technology Business Partnership del Departamento de Educación de EE.UU.
- Cuenta con una amplia experiencia en dirección de operaciones y logística en el ámbito de la empresa privada.

- Cuenta con una amplísima experiencia académica, docente y de investigación, en el ámbito de la dirección de operaciones y dirección de empresas a nivel internacional, siendo autor de numerosas publicaciones en este campo.
- Profesor de los programas de Dirección de organizaciones sanitarias del Instituto de Empresa hasta el año 2001.
- Colaborador desde sus inicios de las actividades académicas de la Cátedra Pfizer en Gestión Clínica.

Colaboradores

Lluís Bohigas Sagntasusana

- Doctor en Ciencias Económicas y Empresariales por la Universidad de Barcelona, Máster en *Public Health*, por la School of Public Health de la University of Texas. Máster en Economía y Dirección de Empresas por el IESE.
- Es Director General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Hasta Agosto de 2003 fue Director General de Planificación Sanitaria en el Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Entre 1990 y 2000 fue Director de la Fundación Avedis Donabedian de Barcelona.

Joan Grau Sociats

- Doctor Ingeniero Industrial por la Universidad Politécnica de Cataluña.
- Diploma en Administración y en Gestión Gerencial por ESADE.
- Ex-Director General de la Corporació Sanitària Clínic.
- Ex-Profesor Asociado de Gestión Sanitaria en la Facultad de Medicina de la UB.
- Codirector del Máster en Gestión Hospitalaria y de Servicios Sanitarios de la UB.

Alberto Infante Campos

- Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad Complutense de Madrid.
- Diplomado en Administración General de Empresas y Análisis de Sistemas por la Escuela de Organización Industrial.
- Consejero Técnico en la Dirección General de la Agencia de calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo, desde 2002.
- Ha desempeñado distintas responsabilidades en el Ministerio de Sanidad y Consumo, así como en la Organización Mundial de la Salud.

Isabel de la Mata Barranco

- Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad del País Vasco.
- Máster en Salud Pública y en Administración Hospitalaria por la Universidad de Lovaina.
- Administrador Principal en la Dirección General de Salud Pública y Consumidores de la Comisión Europea.
- Ha tenido diversas responsabilidades en Osakidetza, Ministerio de Sanidad y Consumo, Consejería de Salud de Madrid, la OMS y la Comisión Europea.

Lluís Orríols i Galve

- Licenciado en Ciencias Políticas y de la Administración por la Universidad Pompeu Fabra.
- Doctorando en el Centro de Estudios Avanzados en Ciencias Sociales de la Fundación Juan March, desde 2002.
- Ha sido investigador con la Cátedra Pfizer en Gestión Clínica, el Hospital General de Vic, el Parlamento de Escocia y la Universidad de Edimburgo.

Pere Picorelli Riutord

- Licenciado en Ciencias Políticas y de la Administración por la Universidad Pompeu Fabra.
- Máster en *Science in UK Planning Studies* por la London School of Economics.
- Actualmente es investigador para la Cátedra Pfizer en Gestión Clínica, desde 2002.

Paloma Soria Valle

- Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad Autónoma de Madrid. Doctora por la Universidad de Alcalá de Henares. Máster en nutrición clínica y dietética por la Universidad Autónoma de Madrid.

- En la actualidad es Jefe de Área de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo de Madrid.
- Es médico especialista en anestesiología y reanimación. Ha sido profesora de nutrición en la UNED, en la Universidad de Alcalá de Henares y en la Universidad Autónoma de Madrid. Tiene una extensa experiencia como participante en congresos y conferencias además de contar con una treintena de publicaciones entre libros y revistas especializadas.

Prólogo

En el ámbito de los servicios públicos sanitarios, el «racionalismo planificador» domina hasta la segunda mitad de los años setenta. La década de los ochenta asistió a un fuerte impulso del «gerencialismo» y al nacimiento de los «mercados internos». En la década de los noventa surgen los «modelos de competencia gestionada». A finales de esta misma reemergen conceptos que, si bien habían estado presentes con anterioridad, adquieren ahora nueva preeminencia. Se trata de la «gestión clínica», entendida como una nueva forma de pensar, gobernar y gestionar las organizaciones sanitarias.

En buena medida, la idea de hacer más gestora la clínica (devolución de responsabilidades en decisión y organización a los clínicos) y más clínica la gestión (mejorar la producción a través de una decidida inversión en gestión del conocimiento por parte de las instituciones sanitarias) se basa en reconocer dos principios «obvios», a saber: que el funcionamiento del sistema depende de millones de decisiones clínicas individuales (y, por tanto, imposibles de modular desde instrumentos de gestión de recursos o de control de actividad y costes agregados); y que la efectividad y la calidad dependen cada vez más de la capacidad de las organizaciones para articular la creciente interdependencia en el trabajo de los distintos servicios clínicos y niveles asistenciales, condicionada por el incremento de la cronicidad y la comorbilidad (de ahí que cada vez se plantee más el trabajo por procesos).

Este libro trata precisamente de eso. Sin negar ninguno de los elementos fundamentales de las escuelas de pensamiento anteriores, los incorpora e integra en una nueva manera de entender la gestión de las instituciones sanitarias. Una manera que se basa en unos cuantos

elementos fundamentales: la importancia del contexto; la relevancia del «enfoque contractual»; la «gestión de las personas por las personas»; el rediseño de los procesos; la importancia de la comunicación; la influencia de las tecnologías; el carácter indeclinablemente primario de la relación entre los profesionales y los pacientes, y el objetivo final de la calidad.

Planificadores, gerentes y clínicos aparecen en él como lo que deberían ser: aliados en un mismo empeño. Sus funciones no pueden estar separadas por barreras rígidas, intereses contrapuestos o lenguajes infranqueables. Es en los solapamientos entre los distintos campos de conocimiento y entre las distintas habilidades donde se encuentran las oportunidades de avance, los terrenos de mejora. Partenariado, transparencia, gobernabilidad, reingeniería de procesos, autonomía de los pacientes, autoevaluación, mejora continua..., he ahí algunos de los conceptos clave que aquí desarrollan y en los que profundizan personas con años de experiencia en cada campo.

No estamos ante un libro teórico, aunque la teoría tiene en él también su lugar, sino ante un conjunto reflexionado de experiencias presentadas de forma estructurada y clara por autores con una dilatada trayectoria en sus respectivos campos. Un libro que llega en un momento crucial de nuestro sistema sanitario y que, sin duda, tendrá una excelente acogida entre todos aquellos que se ocupan y se preocupan por hacer avanzar el Sistema Nacional de Salud que, como reiteradamente señalan las encuestas, es uno de los servicios públicos más valorados por los ciudadanos.

*Luis Bobigas Sagntasusana
Alberto Infante Campos*

Presentación y agradecimientos

Este libro forma parte del conjunto de iniciativas que ha desarrollado la Cátedra Pfizer de Gestión Clínica desde su constitución en el año 2000. La experiencia acumulada en este tiempo a través de los programas de formación en Gestión Clínica que ha desarrollado la Cátedra (y a los que han asistido, hasta el momento de edición de esta obra, en torno a 600 jefes de servicio de distintas especialidades médicas) puso de manifiesto la necesidad de elaborar un texto dirigido a los médicos, especialmente a aquellos que están asumiendo una responsabilidad de gestión, como es el caso de los jefes de servicio o de sección o los directores médicos, en el que se integraran los aspectos más relevantes de la gestión.

La selección de los aspectos que pudieran ser más relevantes para los médicos ha sido una tarea compleja por dos motivos. Por un lado, el interés que muestran los profesionales abarca tanto los aspectos directamente relacionados con la dimensión clínico-asistencial (medicina basada en la evidencia, sistemas de información clínica, auditorías) como los relacionados con la dimensión de gestión (diseño de procesos, dirección de personas, contratos de gestión). Por otro lado, la propia naturaleza de la Gestión Clínica obliga a tratar aspectos relacionados con múltiples áreas de conocimiento: las políticas sanitarias, las reformas que se han introducido en los sistemas sanitarios, la compleja relación entre gestores y clínicos, el propio contenido de la práctica médica y, lógicamente, todo lo que constituye el cuerpo de conocimiento de la gestión de las organizaciones y las buenas prácticas de gestión.

Como directora de la obra, soy directamente responsable de la selección de contenidos de la misma. En ningún momento, si falta o sobra algo en el texto, se ha de considerar responsabilidad de los distintos autores, que han contribuido de forma excelente a la ejecución de este trabajo. Afortunadamente para el lector interesado, existen en la actualidad magníficos textos y bibliografía abundante que tratan, con rigor y profundidad, algunos de los temas que

o bien no se tratan en esta obra, o bien no se hace con el detalle que algún lector pudiera requerir.

Este libro tiene dos objetivos, favorecer la comprensión de cómo surge la Gestión Clínica en el discurso sanitario, a nivel internacional y nacional, y acercar a los médicos al cuerpo de conocimiento que constituye la gestión de las organizaciones; todo ello, desde la perspectiva de que las organizaciones sanitarias, cuya prestación fundamental es el conocimiento de sus profesionales convertido en decisiones clínicas, requieren modelos organizativos y procesos de gestión muy diferentes a cualquier otro tipo de organizaciones. La gestión de lo que se ha convenido en llamar capital intelectual de una organización conlleva la gestión de su capital humano desde unos principios y valores difícilmente conjugables con modelos tradicionales de gestión, en los que el proceso de toma de decisiones tanto estratégicas, «el qué», como operativas, «el cómo», ha estado siempre centralizado sin participación de sus profesionales en el mismo. La gestión eficaz y eficiente de las organizaciones del conocimiento, y las sanitarias lo son, requiere la incorporación de los profesionales a los procesos de decisión estratégica y operativa. En el caso de las organizaciones sanitarias, el impacto de la práctica médica en el gasto sanitario y en la percepción de calidad de los servicios por parte de los usuarios es de tal magnitud, que es difícil imaginar un aumento de su eficacia y eficiencia sin la participación activa de los profesionales en los procesos mencionados, y en la gestión de los recursos.

El foco de esta obra es, por tanto, aportar los conocimientos de gestión necesarios a los médicos con responsabilidades directivas o de gestión para que comprendan los términos y los conceptos que la definen, la evidencia que soporta las buenas prácticas de gestión y los métodos y herramientas que la facilitan. Quedan fuera de esta obra los aspectos más directamente relacionados con la práctica médica, aspectos todos ellos de máxima relevancia y que incluyen, entre otros, los temas relaciona-

dos con la elaboración y utilización de guías clínicas y estándares, las auditorías clínicas, la satisfacción de los pacientes, la información para la toma de decisiones clínicas, los órganos de gobierno clínico y la medicina basada en la evidencia.

Es importante señalar que, en esta obra, la Gestión Clínica se entiende como el conjunto de prácticas de gestión dirigidas a establecer un marco organizativo óptimo que permita asegurar la calidad de los servicios sanitarios para los pacientes, a través del desarrollo de buenas prácticas profesionales. Estas prácticas están fundamentadas en los principios de un buen gobierno: responsabilidad social, transparencia, calidad de los servicios, satisfacción de las necesidades de los pacientes y generación y difusión del conocimiento y las buenas prácticas. Desde esta perspectiva, la Gestión Clínica integra dos dimensiones, determinantes de la calidad de los resultados en las organizaciones sanitarias: la dimensión del conocimiento médico y la dimensión del conocimiento de gestión. En tal sentido, la Gestión Clínica configura un espacio que integra las mejores prácticas clínicas con las mejores prácticas de gestión dirigidas a la prestación de un servicio de calidad a los pacientes.

En el marco de la Gestión Clínica, gestores y clínicos participan de un objetivo común al servicio del cual ponen su conocimiento y esfuerzo profesional, y se implican igualmente. Los gestores tienen la responsabilidad de gestionar las organizaciones de forma que todos los procesos y decisiones estén orientados a facilitar y potenciar la buena práctica clínica, asegurando la calidad global del servicio. La responsabilidad de los clínicos está relacionada con todas las actividades necesarias para que el contenido de su práctica profesional responda a los criterios y estándares de calidad establecidos.

La Gestión Clínica no supone la conversión profesional de los clínicos en gestores, pero sí implica un marco de comprensión y participación del entorno organizativo, en la medida en que la Gestión Clínica presupone que los clínicos, por la naturaleza de las organizaciones sanitarias, necesariamente tienen que formar parte de las decisiones estratégicas y operativas. En la misma línea, la Gestión Clínica implica que los gestores se responsabilicen de

la calidad de las decisiones clínicas que se toman en su organización.

En este marco, los jefes de servicio tienen un papel clave en la Gestión Clínica: por un lado, son los responsables de la calidad de las prácticas clínicas de su servicio, y es importante que mantengan un alto nivel de liderazgo y de credibilidad clínica; por otro, tienen responsabilidades, más o menos explícitas según el contexto, en la organización y gestión del servicio, lo que les obliga a tener los conocimientos necesarios para asumir con eficacia esta responsabilidad.

El grado de implicación en las prácticas de gestión de un servicio va a estar determinado por el grado de madurez de la organización en la que se encuentra, y la calidad de la gestión de la misma. Si se trata de una organización poco evolucionada desde el punto de vista de su gestión (jerarquizada, con sistemas de información inadecuados para la toma de decisiones, no gestionada por procesos, de capacidad desconocida, etc.), el jefe de servicio deberá liderar e introducir prácticas de gestión elementales para crear un marco organizativo en el que se pueda realizar una práctica clínica segura para los pacientes. En esta situación, el jefe de servicio va a tener que dedicar tiempo y esfuerzo a una dimensión de su responsabilidad para la que o bien no ha sido formado o bien se siente sin la experiencia necesaria. Si, por el contrario, el servicio se encuentra en una organización con un cierto grado de madurez, podrá dedicar tiempo y esfuerzo a los elementos directamente relacionados con el conocimiento médico y la práctica profesional: guías clínicas, coordinación asistencial, protocolos, gestión del riesgo, auditorías, formación continuada, etc.

En este contexto, cuanto más real sea la participación de los clínicos en la gestión, mayor será su interés por manejar adecuadamente el lenguaje, los conceptos y las herramientas necesarios para una gestión eficiente de los recursos. Y esto es así no sólo porque la presión externa lo exija, tendencia cada vez más acusada, sino, lo que es más importante, porque la naturaleza de las organizaciones del conocimiento requiere una participación e implicación real de sus profesionales en la dirección estratégica y operativa de las mis-

mas, implicación que sin duda interesa a los profesionales.

El libro se ha diseñado en tres secciones en las que se abordan, respectivamente, el contexto de la Gestión Clínica, la dimensión de la gestión y el papel estratégico de la comunicación en la Gestión Clínica. En la primera sección se tratan los aspectos que se han considerado clave para que el lector pueda comprender el significado de la Gestión Clínica, el contexto en el que emerge y se desarrolla, y las implicaciones organizativas y de gestión que conlleva, cuando se trata de un proceso real de participación de los clínicos en la gestión y no simulado. En la segunda sección, se abordan los aspectos de gestión que se han considerado más relevantes en el entorno de la Gestión Clínica, como son la gestión de operaciones, el diseño de procesos, algunos aspectos de la gestión económica y la dirección de personas. En la parte de procesos y dirección de personas, el marco teórico se complementa con un ejercicio práctico en el que, de la mano del autor, el lector puede seguir paso a paso un modo de aplicar esos conocimientos en su servicio. Esta segunda sección incluye un capítulo sobre nuevas tecnologías, especialmente aquéllas con un impacto más directo en la forma de trabajo de los clínicos, como son la historia clínica electrónica, la telemedicina, o los procesos de ayuda a la toma de decisiones clínicas. De la misma manera, la gestión del espacio físico se ha considerado relevante, si se tiene en cuenta que son muchos los centros sanitarios que están en procesos de reforma y muchos también los que están por construir; por ello se dedica un capítulo a la relevancia de la gestión del espacio físico en el buen funcionamiento de una unidad o servicio. En la tercera y última sección, se exponen los principios de la comunicación y su papel estratégico en la gestión de servicios clínicos. De esta forma se pretende responder a un aspecto de formación muy demandado por los profesionales.

No podría acabar esta presentación sin expresar mi agradecimiento a un conjunto de organizaciones y personas que han hecho posible este proyecto; en primer lugar, a Pfizer que, como organización, ha apostado por esta línea de trabajo y ha hecho posible el nacimiento de este libro. En especial, quiero mostrar mi más sincero agradecimiento a Susana

Fernández de Cabo que, ha apoyado el proyecto con una gran profesionalidad y con gran amor personal. Igualmente, quiero agradecer a McGraw-Hill su experiencia y buen hacer en la edición de este libro y en especial a aquellas personas que han participado en el proyecto, concretamente a Rosario Femenía, que ha velado en todo momento por que la obra llegase a buen fin.

Son muchas las personas que han estado apoyando el proyecto, y a mi persona, cuando los vientos se ponían en contra y parecía que no iba a conseguir llevarlo a buen puerto; pero quiero transmitir un agradecimiento especial a un grupo de ellas: en primer lugar, a los autores que han participado en el proyecto y que han puesto, con generosidad, su conocimiento y experiencia en el mismo; sin ellos, este libro no hubiera sido posible. Además quiero dar fe de mi más sincero agradecimiento a los colaboradores que he tenido a lo largo de todo el trabajo, Ana Pajares, Lluís Orriols y Pere Picorelli, excelentes ejemplos de una nueva generación de grandes profesionales.

Sin duda, en todo este tiempo son los amigos los que soportan las múltiples lecturas y comentarios que reclamas para ajustar temas y contenidos, y entre ellos, especialmente, el Dr. Luis Martín, que siempre ha estado dispuesto a ayudar y enriquecer el proyecto, Alicia Cañibano, que se ha revisado con esmero todo el texto, y Ramón Gálvez, cuyos comentarios y apoyo han sido de una gran utilidad. Gracias a todos. Esta obra se ha gestado durante tres años y en todo el proceso un colaborador muy especial ha estado presente: Gustavo Vargas. Con él compartí mi visión sobre lo que se debería hacer y el cómo; dedicamos muchas horas a dar vueltas a qué elementos serían de interés para los clínicos, y sobre cómo presentarlos y articularlos. Desde la distancia geográfica, el libro ha sido un puente de encuentro y debate. No abandonó el proyecto y su último correo fue para enviar el glosario de términos de su parte. A los pocos días murió de un derrame cerebral masivo. Gustavo ha sido un profesional excepcional que ha dedicado su vida a realizar su trabajo con excelencia y compromiso. Es una satisfacción para mí haber compartido con él muchos proyectos y que ésta, su publicación póstuma, esté dirigida a los médicos.

De la misma forma tengo que agradecer a mi hijo Daniel el haberme permitido «abandonar» el espacio familiar para sacar éste y otros proyectos, sin considerar el impacto que esto pudiera causarle. Por último, aunque no en último lugar, expreso aquí mi profundo agradecimiento a todos los médicos que, a lo largo de estos años, con su reconocimiento de

las actividades de la Cátedra Pfizer, han sido el motor más importante para la realización de este proyecto.

*Lola Ruiz Iglesias
Directora de la Cátedra Pfizer
en Gestión Clínica*

Contenido

SECCIÓN I. EL CONTEXTO DE LA GESTIÓN CLÍNICA 1

CAPÍTULO 1. EL MARCO DE LA POLÍTICA SANITARIA

De los mercados sanitarios a la atención sanitaria

integrada y de calidad 3

- Sistemas sanitarios, reformas y gestión 4
 - Médicos y gestión 4
 - Aproximación a los sistemas sanitarios y sus reformas 11
- La calidad como eje del nuevo enfoque de las políticas sanitarias 24
 - Introducción..... 24
 - La experiencia del Reino Unido 25
 - La experiencia de Estados Unidos 29
 - Las experiencias de Australia y Nueva Zelanda 33
 - La experiencia de España 34
- CASO: Una apuesta por la calidad: Planes integrales de salud.
Un instrumento útil para clínicos y gestores 37
- Bibliografía 42

CAPÍTULO 2. ESCENARIOS DE PARTICIPACIÓN DE LOS MÉDICOS EN LA GESTIÓN

De la gestión del presupuesto al gobierno clínico 45

- Evolución del proceso de participación de los médicos en la gestión..... 46
 - Reformas sanitarias, autonomía de gestión y participación de los médicos .. 46
 - Evolución de las organizaciones sanitarias..... 48
 - La participación de los médicos en la gestión de los recursos
y en las estructuras de gestión..... 50
 - Incorporación de los médicos a los procesos de evaluación
y control de la calidad en las organizaciones sanitarias 55
- El escenario emergente del gobierno clínico..... 59
 - Visión general del gobierno clínico 59
 - Definición de gobierno clínico 62
 - Implementación del gobierno clínico..... 68
 - Elementos del gobierno clínico..... 71
 - Atención integrada y gobierno clínico 75
 - Sumario 82
- Gestión clínica en España..... 84
 - Evolución del marco de gestión en el Sistema Nacional de Salud 84
 - Introducción y desarrollo de la gestión clínica 92
- CASO: El caso del Hospital Clínico de Barcelona 107
 - Aproximación a la gestión clínica desde la literatura sanitaria 108
- El gobierno de las organizaciones 113
 - Dirección estratégica y gobierno de las organizaciones 113
 - Los principios del buen gobierno de las organizaciones..... 114
 - El gobierno de las organizaciones sanitarias 115
- Bibliografía 122

CAPÍTULO 3. EL JEFE DE SERVICIO ANTE EL DERECHO.....	125
• Introducción	126
• La relación médico-paciente: una nueva cultura	128
• La moderna ley sobre autonomía del paciente	131
• Disposiciones administrativas específicas que hacen referencia a las relaciones de trabajo de los jefes de servicio.....	135
– Disposiciones de carácter estatutario aplicables a todo el Sistema Nacional de Salud	136
– Disposiciones de carácter estatutario aplicables a diferentes Comunidades Autónomas en relación con los jefes de servicio	138
• Los jefes de servicio y la responsabilidad: conocimientos genéricos	141
– Diferentes clases de responsabilidad	141
– Algunas conclusiones sobre estas clases de responsabilidad	144
• Los jefes de servicio y la responsabilidad: conocimientos específicos.....	144
– En el ámbito de la responsabilidad civil.....	144
– En el ámbito de la responsabilidad penal	145
• Bibliografía	150
 CAPÍTULO 4. LA GESTIÓN CONTRACTUAL EN LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS PÚBLICAS	 153
• Introducción	154
• Análisis y gestión de contratos en las organizaciones sanitarias: un marco teórico para la definición de competencias y funciones	155
• El «contrato-programa» como opción estratégica en la gestión de las organizaciones sanitarias	160
• Los «contratos-programa» y su implementación.....	165
• Conclusiones	168
• Bibliografía	170
 SECCIÓN II. GESTIÓN PARA LA GESTIÓN CLÍNICA	 171
 CAPÍTULO 5. LOS FUNDAMENTOS DE LA GESTIÓN	 173
• La función directiva: ¿en qué consiste realmente?.....	174
• Las escuelas de gestión.....	175
– La escuela clásica de la gestión.....	176
– Las nuevas escuelas y nuevos enfoques de la gestión.....	177
• El marco de la función directiva: responsabilidad, autoridad y competencia	181
– Responsabilidades de la gestión	181
– Autoridad: los «niveles» de gestión	182
– Competencias: las «habilidades» de gestión	182
• El ciclo de la gestión: funciones, planificación, organización, ejecución y control.....	184
– Funciones principales de la gestión	184
– Planificación.....	185
– Organización	191
– Ejecución/dirección	198
– Control	199
• Conclusiones	202
• Bibliografía	203

CAPÍTULO 6. LA GESTIÓN DE OPERACIONES DE UN SERVICIO CLÍNICO.....	205
• Tipificación de los servicios sanitarios	206
– Gestión de los «productos» y «procesos» de servicios	207
– «Productos» de las organizaciones sanitarias.....	208
– «Procesos» como «productos» sanitarios.....	209
– Procesos en la organización sanitaria	211
– Consecuencias del diseño de los «productos» y procesos sanitarios	217
• El servicio clínico desde un enfoque de operaciones: <i>inputs</i> , procesos y <i>outputs</i>	218
– El circuito del paciente	220
– Los <i>inputs</i> del servicio clínico.....	221
– Procesos: la organización de las actividades en el servicio.....	222
– Los <i>outputs</i> del servicio clínico.....	224
– El «sistema» de operaciones/procesos en el servicio clínico	225
• Cálculo de las previsiones de un servicio clínico	227
– Patrones y horizontes de la demanda.....	228
– Fuentes de datos e información	229
– Etapas en la formulación de previsiones	229
– Taxonomía de los modelos y metodologías de previsión	230
– Selección y evaluación de los modelos de previsión.....	231
– Aplicaciones de los modelos de previsión	233
– Aspectos principales de la gestión de previsiones.....	235
• Gestión de la capacidad de un servicio clínico	236
– Capacidad, tiempo y lugar	238
– Análisis y gestión de capacidad en el medio plazo	239
– Análisis y gestión de capacidad en el corto plazo	242
– Análisis y gestión de capacidad en el largo plazo	244
• Conclusiones	246
• Bibliografía	246
• Anexo 1	247
• Anexo 2	248
• Anexo 3	250
• Anexo 4	251
• Anexo 5	252
 CAPÍTULO 7. REINGENIERÍA DE PROCESOS Y GESTIÓN HOSPITALARIA.....	 253
• Introducción	254
• ¿Qué es la reingeniería de procesos?	254
– Evolución histórica	255
– Ideas básicas de la reingeniería	256
– La reingeniería de procesos y el uso de las tecnologías de la información ..	257
– El papel de los recursos humanos	259
• Interpretación de la reingeniería en el ámbito hospitalario	260
• Experiencias de aplicación de la reingeniería de procesos a la gestión hospitalaria	262
• Críticas y posibilidades reales de aplicación	264
– Conclusiones	265
• Bibliografía	266

Capítulo 8. LA GESTIÓN POR PROCESOS DE TU SERVICIO PASO A PASO.	
¿CÓMO HACERLO?	267
• Introducción	268
• Identificación y alineación de agentes	268
• Diagnóstico de la situación actual (asociación de problemas frente a procesos)	273
• Rediseño del servicio	280
– Principios de rediseño	280
– Rediseño de procesos	281
– Definición de indicadores	283
• Implantación y mejora continua	284
CAPÍTULO 9. LA GESTIÓN DE LAS PERSONAS	287
• La estructura organizativa y la dirección de personas: claves para la gestión del talento	288
• El contexto de la gestión de personas: de la dirección de personal a la dirección de personas	290
• Técnicas y herramientas para la gestión de personas	295
– Estrategia organizativa	295
– Puestos de trabajo	298
– Evaluación de las personas	316
• Bibliografía	319
CAPÍTULO 10. LA GESTIÓN DE PERSONAS PASO A PASO.	
¿CÓMO HACERLO?	321
• Introducción	322
• La definición de la estrategia de personas	324
• Planificación de recursos humanos	326
• Descripción de puestos de trabajo	327
• Perfil de competencias del puesto	332
– ¿Cómo definir y elaborar la ficha de requerimiento de puestos de trabajo?	332
– ¿Cómo definir un modelo de competencias?	333
• Formación	341
– ¿Cómo realizar una adecuada detección de las necesidades formativas?	341
– Herramienta de apoyo a la definición de acciones formativas	345
– ¿Cómo realizar una adecuada evaluación de la formación que han recibido?	346
• Desarrollo de recursos humanos	347
– Elaboración de un mapa de carreras profesionales	348
• Valoración de puestos de trabajo	352
– ¿Qué se debe retribuir?	352
– ¿Cómo se realiza una valoración de puestos de trabajo?	353

• Evaluación del desempeño.....	356
– Evaluación del desempeño profesional	356
– ¿Cómo implantar un sistema de gestión del desempeño?	358
CAPÍTULO 11. LA GESTIÓN ECONÓMICA DEL SERVICIO	361
• La contabilidad analítica como instrumento para la toma de decisiones desde la perspectiva del gestor clínico.....	362
– ¿Qué es la contabilidad analítica?	363
– Sistemas de costes completos	367
– Sistemas de costes controlables	377
– Sistemas de costes variables	378
– Costes para decisiones especiales: costes relevantes o diferenciales	383
– Conclusiones	390
• Aportación de los sistemas de clasificación de pacientes basados en la casuística del análisis de coste del producto hospitalario	392
– Alternativas para el diseño de sistemas de costes basados en la casuística.....	394
– Sistemas de costes totales agregados por GRD	396
– Sistemas de costes directos individuales por paciente.....	403
– Sistemas de costes basados en la actividad (ABC).....	409
– Conclusiones	411
• Control de gestión.....	412
– El proceso de control	413
• Bibliografía	422
CAPÍTULO 12. SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA LA GESTIÓN DE UN SERVICIO	425
• Conceptos y expectativas	427
• La información en su contexto.....	427
– Sistema de información	427
– Actores involucrados	427
– Escalas de complejidad	428
– Objetivo	429
– La gestión clínica como área de conocimiento médico	429
– La gestión clínica como estilo de práctica clínica	429
– Funcionamiento del hospital.....	429
– Anatomía del hospital	430
– Mecanismos de regulación	430
– Alteraciones del funcionamiento del sistema	431
– Obstáculos para la gestión clínica.....	431
– ¿Para qué sirven los indicadores?	432
– Clases de indicadores	432
– Sistemas de información: condicionantes.....	432
– Sistemas de información: fundamentos	435
– Reflexiones acerca de la información sanitaria	435
– El ciclo estratégico y la gestión clínica	435
– Medida de la actividad en la práctica clínica: ¿es eso suficiente?	436

– Sistemas de información: hechos y dimensiones	436
– Valoración de la matriz de hechos y dimensiones	437
– Componentes y organización	437
– Sistemas de información: niveles clásicos	438
– Sistemas de información: niveles para la transición.....	439
– Sistemas de información: hacia una arquitectura de componentes intercambiables	439
• Técnicas de análisis de información.....	440
– Objetivo	441
– Servicios de Admisión y Documentación Clínica: papel actual y futuro.....	441
– Instrumentos analíticos	442
• Tecnologías y sistemas sostenibles.....	447
– Barreras para los sistemas de información	448
– Intranet.....	448
• Análisis de la demanda asistencial	452
– Análisis de la demanda: justificación y oportunidad	452
– Análisis de dietarios: demanda pendiente frente a recursos vacantes	453
– Análisis de la demanda procedente de atención primaria.....	454
– PreSolAP: Prestaciones solicitadas por atención primaria	455
– Análisis de citas	456
– Monitores y controles	456
– Monitor de citas reiteradas	457
– Otros monitores de demanda	457
• Sistemas basados en la casuística	458
– Sistemas de clasificación	460
– Códigos: el enlace entre lo no mensurable y lo mensurable.....	461
– Al análisis le sigue la toma de decisiones.....	464
• Instrumentos de información para la gestión clínica.....	466
– Agenda del gestor clínico y del clínico-gestor	467
• Conclusiones: problemas, retos y soluciones	468
– Recomendaciones para los gestores clínicos	470
– Recomendaciones para los profesionales de sistemas de información.....	471
• Bibliografía	472
CAPÍTULO 13. EL MARCO DE LA CALIDAD DE SERVICIO	473
• ¿Qué es la calidad?	474
– Definiciones	474
– Evolución histórica de la gestión de la calidad	476
– Terminología básica.....	478
– La familia de normas ISO 9000:2000.....	479
– La <i>European Foundation for Quality Management</i> (EFQM)	480
– Herramientas	481
• ¿Cómo se hace en mi servicio?.....	488
– La calidad total: todos los procesos y todas las funciones.....	488
– La autoevaluación	488
– Los conceptos fundamentales de la excelencia	490
– El modelo EFQM. Estructura y dinámica	491

– Preguntas clave tras la evaluación	492
– Planes de mejora	493
• Bibliografía	496
CAPÍTULO 14. EL MARCO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS.....	497
• Gestión del cambio	498
– Introducción.....	498
– Las tecnologías de la información y las comunicaciones, factor protagonista del cambio actual.....	498
– Características del cambio en el sector sanitario	499
– La importancia de la gestión del cambio en las organizaciones sanitarias	500
– Teoría de la gestión del cambio	500
– El proceso de gestión del cambio.....	504
– Puesta en práctica de la gestión del cambio	507
– Habilidades y capacidades necesarias	511
– Aprendiendo de la experiencia.....	512
– Resumen y conclusiones	515
• Nuevas tecnologías: historia clínica electrónica y telemedicina	516
– Historia clínica electrónica	516
– Telemedicina	530
• Las tecnologías de la información y las comunicaciones en la decisión clínica.....	560
– Captación y representación de la información.....	561
– Compresión de señales e imágenes	565
– Sistemas de decisión	567
– Comunicaciones.....	572
– Conclusiones	573
• Bibliografía	574
CAPÍTULO 15. LA GESTIÓN DE ESTRUCTURAS Y ESPACIO FÍSICO	577
• Introducción	578
• El hospital como edificio. Variables que definen su modelo asistencial y físico	579
• El proceso de producción del espacio hospitalario: desde la planificación hasta la evaluación posterior a la puesta en funcionamiento	589
– Planificación.....	590
– Programación funcional.....	590
– Diseño	592
– Construcción	592
– Equipamiento.....	593
– Puesta en funcionamiento.....	593
– Evaluación postocupación.....	593
• La participación de los servicios clínicos en el desarrollo del programa funcional de un hospital	594
• Criterios generales de organización y diseño de un hospital de agudos	602
– Área ambulatoria	605
– Hospitalización	605
– Servicios centrales de tratamiento y diagnóstico	606

– Docencia e investigación.....	607
– Servicios generales y de apoyo a la asistencia	608
• Lugar y uso: arquitectura sanitaria en el siglo xx.....	608
• Bibliografía	618
SECCIÓN III. EL PAPEL ESTRATÉGICO DE LA COMUNICACIÓN EN LA GESTIÓN CLÍNICA	621
CAPÍTULO 16. LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL	623
• Introducción	624
• Elementos comunicativos identificables en las tareas de gestión de unidades clínicas	625
• ¿Qué enfoque es el más correcto en el estudio de la comunicación entre personas?	627
• La comunicación: definición, objetivos y componentes	628
– Definición.....	628
– Objetivos de la comunicación.....	630
– Dimensiones de la comunicación: lenguaje, emoción y ejercicio del poder	632
• El lenguaje	633
– Las funciones del lenguaje	633
– Los niveles del lenguaje	637
– Los tipos de lenguaje	641
– Elementos paraverbales y no verbales del lenguaje	641
– La escucha	646
• Las emociones	649
– ¿Qué son las emociones?.....	651
– Hechos o situaciones que provocan emociones	652
– Respuestas de alteración biológica	653
– Significado de la experiencia emocional	654
– Acciones para las que preparan las emociones	655
• Autoafirmación y persuasión	663
– Autoafirmación.....	665
– Persuasión y poder	668
• Bibliografía	676
CAPÍTULO 17. LA COMUNICACIÓN EN LA GESTIÓN DE LAS UNIDADES CLÍNICAS.....	679
• La comunicación en los entornos sanitarios: características y desafíos en el marco de la sanidad actual	680
• Análisis de los procesos comunicativos en las unidades clínicas	684
– El contexto de la comunicación	685
– Áreas y temáticas de la comunicación en las unidades clínicas	686
– Los interlocutores.....	690
– Los objetivos y los medios	691
• La comunicación paciente-personal sanitario	692
– Características de la comunicación médico-paciente	692
– El lenguaje en la comunicación médico-paciente	697
– Las emociones en la relación médico-paciente	698

– La autoafirmación y la persuasión en el trato con el paciente	698
– Algunos ejemplos de análisis de la comunicación en situaciones concretas	700
– Pautas para la comunicación en una situación de «primera entrevista»	701
– Pautas para la comunicación en una situación de diagnóstico e información de procedimientos	702
– Pautas para la comunicación en una situación de prescripción de cuidados e instrucciones	703
• Comunicación y función directiva en las unidades clínicas	704
– Contexto amplio que afecta a las tareas de gestión en las unidades clínicas	704
– Análisis de las metas u objetivos comunicativos en la jefatura de servicio....	707
– El lenguaje en la gestión de las unidades clínicas	713
– Las emociones en la gestión de las unidades clínicas	713
– Autoafirmación y persuasión en la gestión de las unidades clínicas	714
– Algunos ejemplos de análisis de la comunicación en la gestión de las unidades clínicas	715
• Bibliografía	719
• Apéndices	721
– Guías de actuación para situaciones de comunicación de alta complejidad	721
– Modelo de ficha de «evaluación individual de comunicación»	733
ÍNDICE	737

SECCIÓN I

El contexto de la gestión clínica

- Capítulo 1** El marco de la política sanitaria
- Capítulo 2** Escenarios de participación de los médicos en la gestión
- Capítulo 3** El jefe de servicio ante el derecho
- Capítulo 4** La gestión contractual en las organizaciones sanitarias públicas

CAPÍTULO 1

El marco de la política sanitaria

DE LOS MERCADOS SANITARIOS
A LA ATENCIÓN SANITARIA INTEGRADA Y DE CALIDAD

Sistemas sanitarios, reformas y gestión ■

Lola Ruiz Iglesias

Médicos y gestión
Aproximación a los sistemas sanitarios y sus reformas

La calidad como eje del nuevo enfoque de las políticas sanitarias ■

Lola Ruiz Iglesias, Lluís Orriols i Galve

Introducción
La experiencia del Reino Unido
La experiencia de Estados Unidos
Las experiencias de Australia y Nueva Zelanda
La experiencia de España

CASO:

**Una apuesta por la calidad: Planes integrales de salud.
Un instrumento útil para clínicos y gestores**

*Luis Bobigas Sagntasusana, Isabel de la Mata Barranco,
Paloma Soria Valle, Alberto Infante Campos*

Bibliografía ■

SISTEMAS SANITARIOS, REFORMAS Y GESTIÓN

Lola Ruiz Iglesias

Médicos y gestión

Práctica médica

La práctica de la medicina ha experimentado una profunda transformación en los últimos treinta años derivada, por una parte, de la propia evolución científica de los conocimientos y de los avances en los procedimientos y tecnologías de diagnóstico y tratamiento, y, por otra, del desarrollo de los sistemas de cobertura y provisión sanitaria. Estos factores han determinado que la práctica médica dependa estrechamente de los sistemas y organizaciones sanitarias. El médico necesita a la organización para su práctica y desarrollo profesional, y la organización existe en la medida en que en ella se toman decisiones clínicas, que son su «producto», su razón de ser. Esta interdependencia configura un marco de relación complejo, en el que la autonomía profesional del médico puede entrar en conflicto con la necesidad de eficiencia en el uso de los recursos de la organización y del sistema en su conjunto. Ese conflicto se manifiesta en la potencial confrontación entre los intereses de los médicos y los de los gestores, y en la revisión del propio papel del médico en la gestión de las organizaciones.

Por otra parte, la naturaleza del producto de la actividad médica (decisiones clínicas que tienen repercusión sobre la salud de los pacientes) confiere a la relación médico-paciente características que no se presentan en ninguna otra relación cliente-profesional. El valor subjetivo que tiene la salud para las personas y la vivencia de su propio proceso de enfermar, unidos al dolor y al miedo a la muerte, hacen que el encuentro «cara a cara» entre el médico y el paciente sea una situación compleja, en la que ambos comparten la necesidad de utilizar cuantos medios estén a su alcance para establecer el diagnóstico y tratamiento adecuados. En este marco, la dimensión económica de la decisión clínica, que se deriva del consumo de recursos que ésta conlleva, distorsiona la esencia de la práctica profesional.

El equilibrio entre la demanda de eficiencia en el uso de recursos limitados, propia de la gestión, y la práctica médica, se ha mantenido sobre la base de una considerable libertad y autonomía de los médicos en sus decisiones sobre los aspectos relacionados con la atención clínica al paciente. La calidad (y, por tanto, la eficiencia) de las decisiones clínicas se ha considerado responsabilidad de los propios profesionales y de sus organizaciones. Los gestores se han mantenido al margen. Este *statu quo* ha conferido al médico un poder real en el seno de las organizaciones sanitarias, del que sólo respondía ante sus iguales, poder que, por otra parte, ha sido ampliamente cuestionado desde distintas perspectivas y por diversos grupos profesionales y se ha ido transformando siguiendo las exigencias del entorno.

A finales de los años sesenta, ante la evidencia existente sobre los factores de mayor impacto en la salud de la población, la eficiencia de la medicina curativa se puso en entredicho. Frente a un modelo de atención enfocado hacia la medicina especializada, de alta dependencia tecnológica, surgió una cultura sanitaria con una visión más integral del proceso de enfermar y que ponía de relieve la necesidad de compensar la medicina curativa con una reorientación de los sistemas sanitarios hacia la prevención y la atención primaria, más cercana al entorno del paciente. Es un contexto de alta conciencia social, desarrollo de políticas sociales y consolidación del Estado de

bienestar, la salud (concebida, según los postulados de la Organización Mundial de la Salud, como un estado de bienestar integral) pasa a ocupar un lugar clave en la lucha por la igualdad y la justicia social. Esta concepción de la salud indujo en los sistemas sanitarios públicos, especialmente en aquellos con un modelo de Sistema Nacional de Salud, la necesidad de intervenir sobre los factores de riesgo, ligados a aspectos tales como la pobreza y el desempleo, y la necesidad de potenciar los dispositivos asistenciales a nivel comunitario, especialmente la atención primaria. Es un momento en el que la política sanitaria se caracteriza por la ampliación de la cobertura sanitaria a la población (con el objetivo de alcanzar la cobertura universal de los sistemas sanitarios), la garantía de equidad en el acceso a los servicios y el desarrollo y potenciación de la atención primaria y de la salud pública.

La eficiencia se plantea en términos de población, es decir, los recursos escasos deben distribuirse según el criterio de mayor impacto sobre la salud. Considerando que este impacto, en lo que se refiere a la medicina curativa, estaba en entredicho, se consideraba que los recursos debían dirigirse a la prevención, educación sanitaria, atención primaria y salud pública, áreas por otra parte claramente infradesarrolladas. Este planteamiento tuvo dos consecuencias importantes: por un lado, la necesaria inversión en áreas de la asistencia sanitaria tradicionalmente marginadas, como la atención primaria o la salud mental –es el momento de las reformas de la atención primaria y de la psiquiatría–; por otro, la descapitalización progresiva de los hospitales, con el consiguiente impacto sobre la calidad de sus servicios y la desmotivación y falta de incentivos de los médicos hospitalarios.

A los efectos que nos ocupan, hubo otras dos consecuencias importantes: la devaluación de la práctica médica «curativa» y la devaluación del papel del médico. En este sentido son ilustrativos los planteamientos, de la «teoría capitalista de agencia», dentro de las ciencias sociales, que consideraba a los médicos «políticamente sospechosos y sirvientes entrenados de la élite capitalista». Los médicos, desde esta perspectiva, eran parte de la clase dominante y contribuían a la acumulación de capital, tratando los síntomas que producía una sociedad basada en la explotación capitalista.

El poder de los médicos se pone en entredicho, y otros grupos profesionales reivindican un espacio propio e independiente en las organizaciones sanitarias. En contraposición al papel tradicional del médico surge la idea del «equipo sanitario», que adquiere una amplia difusión especialmente en atención primaria y salud mental. En la atención hospitalaria, la enfermería reclama su autorregulación profesional, con una jerarquía de mandos propia, no dependiente del médico sino de un director de enfermería.

Estos fenómenos, que se dan en la mayor parte de los países (aunque con diferencias muy importantes entre unos y otros), si bien tienen como consecuencia una transformación y evolución del papel del médico, de acuerdo con las propias exigencias del entorno, no cuestionan su autonomía para adoptar decisiones clínicas, lo que hace que siga siendo un elemento esencial para la eficiencia de las organizaciones sanitarias y para el control directo del producto sanitario.

En la década de los años ochenta el eje del debate sanitario estaba en la necesidad de controlar el gasto público y, en consecuencia, en el control sobre la utilización de los recursos sanitarios, lo que implicaba, necesariamente, el control de la práctica médica. Aunque en un principio esta exigencia no tuvo apenas impacto sobre la autonomía de los médicos en las organizaciones sanitarias, a medida que la gestión se fue desarrollando y que la presión sobre el control del gasto aumentó, se puso más de manifiesto la necesidad de «controlar» el producto sanitario, es decir las decisiones clínicas. Se abre así un período en el que se desarrollan e implantan herramientas de gestión, tales como sistemas de información, costes por procesos, contratos de gestión

con los servicios, etcétera, que configuran un nuevo escenario en la organización y funcionamiento de los centros sanitarios y en la relación de los gestores con los médicos. A finales de los años ochenta, los médicos se encuentran, con mayor o menor grado de participación y sorpresa, ante una nueva situación, en la que se les pide una mayor corresponsabilización en la gestión de los recursos. Aspectos tales como la articulación de esta responsabilidad en el gobierno de la organización, el grado de autonomía en la toma de decisiones, su liderazgo en el proceso, los incentivos que implicaría, y otros, se van definiendo en la década de los años noventa a través de procesos complejos en los que están involucrados médicos y gestores. Estos procesos han cristalizado en distintos proyectos y experiencias de participación de los médicos en la gestión, y se han consolidado hasta constituir la base de los modelos actuales de participación, como es la gestión clínica.

En este contexto, surge entre los propios médicos una preocupación por la autoevaluación y la calidad de su práctica profesional, se desarrolla la medicina basada en la evidencia y se extiende la preocupación por la responsabilidad social de la práctica profesional. Los datos sobre la variabilidad de las decisiones clínicas, la evidencia de prácticas inadecuadas, etcétera, ponen de relieve la necesidad de intervenir, no ya por razones de eficiencia económica, exigida desde el entorno político y gestor, sino para la propia legitimación de la profesión. La necesidad de la evaluación, de la utilización de protocolos y de la elaboración de guías clínicas converge con la necesidad de modernizar las organizaciones y hacer de la reingeniería de procesos un elemento necesario para adaptar la organización a las necesidades del paciente y a su mejor manejo clínico. La preocupación por la calidad hace que clínicos y gestores coincidan en un objetivo común: asegurar unos servicios sin riesgo para el paciente.

Desde mediados de los años noventa se hace más patente un nuevo «poder del médico» que poco o nada tiene que ver con el tradicional. Se trata de un poder que se sustenta y legitima en la calidad de sus decisiones clínicas, calidad objetiva y medible; es un poder compartido con otros profesionales, médicos y no médicos, de cuyo conocimiento es estrechamente dependiente; un poder del que responde ante la sociedad y que comparte con sus pacientes en una relación en la que éstos tienen voz y criterio propio. La libertad clínica ha dejado de ser el refugio de la autonomía profesional para dar paso a la calidad de la asistencia sanitaria como punto de convergencia de todos los agentes involucrados en el proceso asistencial: pacientes, profesionales, gestores y políticos.

En resumen, la atención médica, entendida como «un tratamiento proporcionado por un médico o sanitario a un episodio de enfermedad claramente definido en un paciente concreto», implica un conjunto de decisiones clínicas y está supeditada al caso específico del paciente y al contexto en el que tiene lugar la atención médica. Ese contexto se define por la naturaleza de las personas que se relacionan (médico y paciente) y por el marco organizativo en el que se establece la relación. Desde esta perspectiva, el hecho de que la atención médica tenga lugar en el seno de una organización que forma parte de un sistema sanitario (es decir, en un sistema interdependiente), así como el hecho de que cada decisión clínica implique un consumo de recursos (es decir, un gasto), obliga a establecer, en cada momento, en qué punto se alcanza el equilibrio entre recursos disponibles y nivel de servicio. A nivel macroeconómico, son los gobiernos, a través de su política sanitaria, (con mayor o menor grado de participación del conjunto de los agentes) los que definen el punto de equilibrio entre recursos, cobertura y cartera de servicios. A nivel microeconómico, es el médico el que, con su decisión clínica, define el punto óptimo de servicio, y ello le hace corresponsable de la eficiencia de la organización y del sistema.

Cultura profesional y gestión

La relación del médico con la gestión ha evolucionado a través del tiempo, y en la actualidad se da en tres planos:

- La relación del médico, como profesional asistencial, con la estructura de gestión y con los gestores.
- La posición del médico que asume responsabilidades de gestión y forma parte de los órganos de gobierno, pero que se mantiene ligado estrechamente a su conocimiento de «lo clínico»: éste es el caso de las jefaturas de servicio o las direcciones médicas.
- La incorporación directa de médicos a puestos de gestión, como ocurre en el caso de los médicos gerentes.

En los tres planos puede producirse una confrontación entre la cultura profesional de los médicos y la de los gestores, muy ligada a la esencia del «profesionalismo» médico y que es necesario tener en cuenta para poder comprender la relación de los médicos con la gestión. Como profesionales, los médicos se han formado para trabajar de forma autónoma, dependiendo básicamente de su propio conocimiento y de sus habilidades. Su trabajo está legitimado por sus conocimientos técnicos y sólo responde del mismo ante la propia profesión, es decir, ante sus «iguales». En este sentido, el médico lleva a cabo su práctica profesional según su mejor criterio, que somete en mayor o menor grado al criterio de otros colegas que considera que poseen los conocimientos necesarios para valorar o juzgar su práctica. En las profesiones sanitarias en general, y en la médica en particular, la estrecha relación entre identidad profesional y autonomía hace que los profesionales reclamen o bien no ser «gestionados» o, si lo son, que la gestión recaiga en personas de su misma profesión. En cambio, la naturaleza del trabajo del gestor le hace altamente dependiente del trabajo de los demás; su trabajo, en esencia, es hacer que otros hagan lo que él considera que deben hacer; para ello necesita la colaboración de un equipo; y tiene que responder de sus decisiones ante la organización y ante quien le nombra.

Esta diferencia de cultura profesional se traduce en la visión, no excesivamente positiva, que tienen unos profesionales de otros. En la profesión médica es frecuente que no se valore la gestión. Los médicos juzgan que la atención al paciente es primordial, y que la gestión no les deja tiempo para realizar otras actividades. En este sentido consideran que el hecho de implicarse más en la gestión les va a suponer una mayor carga de trabajo administrativo y les va a privar de su actividad y libertad clínica. En general, los médicos desconfían de la gestión porque consideran que para ellos puede representar una pérdida de su poder, ligada a la pérdida de su libertad clínica, y una pérdida de sus valores, en la medida en que los valores éticos asistenciales pueden ser corrompidos por una mentalidad «economicista». Por otra parte, consideran que, en la mayoría de los casos, los gestores son meros ejecutores de los mandatos políticos, carecen de criterio propio y, cuando lo tienen, su margen de maniobra es muy limitado. La profesión de gestor está «devaluada» desde el punto de vista de los médicos, y esa «devaluación» se ha debido, en algunos casos, a su experiencia con gestores, y en otros, a su propia falta de conocimiento sobre la materia. Ello no es de extrañar, puesto que tradicionalmente la formación del médico no incluye en ningún momento la dimensión organizativa de la práctica profesional ni la dimensión económica de las decisiones clínicas. Por esta razón los médicos han adquirido una cultura orientada a atender todas las necesidades del paciente sin preocuparse por sus costes. Durante años no se ha considerado necesario que los médicos recibieran ningún tipo

de formación sobre organización y gestión, y por ello no sienten confianza ante estas responsabilidades, por las que, además, no suelen sentir ningún reconocimiento profesional.

Por su parte, los gestores consideran que los médicos no son conscientes de la dimensión económica de sus decisiones clínicas ni tienen en cuenta que los recursos son limitados. Si bien comparten el criterio de que los médicos deben implicarse en la gestión, no suelen tener una idea muy clara de lo que esto significa de hecho. Con frecuencia juzgan a los clínicos, especialmente a aquéllos con responsabilidad, como algo arrogantes, autoritarios o paternalistas.

Sin embargo, la necesidad de eficiencia en las organizaciones sanitarias y la exigencia de calidad por parte de los usuarios, obliga a estos profesionales a trabajar conjuntamente como el único camino para su respectiva legitimación social. Para que esta colaboración sea posible, ambos colectivos tienen que asumir las diferencias que existen entre los valores, ideologías y proyectos de cada uno, y, lo que es más importante, deben compartir un objetivo: prestar al paciente la mejor asistencia posible con los recursos disponibles.

Cuando los médicos tienen responsabilidades de gestión y forman parte de la estructura de gobierno de las organizaciones, como en el caso de los jefes de servicio o los directores médicos, se enfrentan a un doble papel, el de directivo y el de profesional, que no siempre es fácil conjugar. Algunos autores consideran que la incorporación de médicos a la gestión es un intento de mantener la autonomía de la profesión médica sobre su propio trabajo. L. Mui señala que los gestores no médicos difícilmente pueden intervenir en los aspectos «protegidos» por la «libertad de la práctica clínica», como por ejemplo la evaluación de la práctica médica, la organización del trabajo clínico, la distribución del trabajo entre los médicos de un determinado servicio, etcétera. Sin embargo, si los gestores son médicos la situación cambia y el control sobre la práctica profesional se puede hacer más efectivo.

El concepto de profesión y «profesionalismo», y las características de la conducta de los profesionales integrados en modelos burocráticos de organización, han sido ampliamente tratados por las ciencias sociales. Si bien el concepto de profesión está condicionado por los distintos enfoques con los que se ha estudiado el profesionalismo, existe unanimidad sobre un conjunto de elementos que definen qué es una profesión:

- Una profesión ejercita algún tipo de control sobre un determinado conocimiento experto.
- Una profesión establece los estándares de formación y el control del acceso a la profesión.
- Una profesión ejercita un cierto monopolio de práctica sobre «negocio».
- Los miembros de una profesión esperan tener un cierto grado de autonomía sobre su trabajo.
- Los miembros de una profesión se relacionan entre sí en una base colegial.

Parsons ya señalaba en 1951 el problema que representaba conjugar el entorno y la cultura de las organizaciones burocráticas, en las que el poder es de naturaleza jerárquica, con la cultura profesional, donde el poder se basa en el conocimiento y la competencia. En opinión de Harrison y Pollitt, el concepto de profesionalismo en el ámbito sanitario encierra tres características:

- La primera está relacionada con el valor de las decisiones de estos profesionales para los pacientes y clientes. La falta de conocimiento del paciente sobre la naturaleza de su enfermedad y sobre lo que sería o no apropiado hacer implica que la

relación con el profesional sea asimétrica. Al tratarse, como se ha mencionado antes, de una situación donde el miedo y el dolor están presentes, esta asimetría hace que el paciente confíe sus intereses al profesional en una relación de «agencia», una relación que comprende dos asunciones importantes. Por un lado, el profesional tiene que estar libre de cualquier interferencia externa a la hora de establecer lo que es o no adecuado para el paciente; por otro lado, la práctica profesional tiene que estar estrictamente regulada por los propios profesionales, puesto que ellos son los únicos con el conocimiento necesario para hacerlo. Ambas dimensiones encierran aspectos que, según su comprensión y utilización, pueden tener una influencia positiva en la ética profesional o, por el contrario, muy negativa.

- La segunda característica está relacionada con la utilización, por parte de los profesionales, del argumento de que actúan por el bien de los pacientes como medio de conseguir mejores condiciones laborales para sí mismos, es decir, para sus propios intereses individuales o colectivos. Esta característica del profesionalismo puede conducir al rechazo de cualquier intento de control y de gestión, o a la tendencia a retener como monopolio, dentro de la profesión, habilidades que permiten al médico obtener beneficios de tipo económico o en forma de mejoras en su carrera profesional.
- La tercera característica está relacionada con la supuesta autonomía de la práctica profesional, ya que los juicios de los médicos están muy condicionados por el proceso de socialización en el que han estado inmersos durante su formación.

En opinión de los autores, el concepto de profesionalismo engloba todas estas características y contiene elementos que, de una forma u otra, satisfacen a pacientes, profesionales y al propio Estado, razón por la cual nadie quiere romper el *statu quo* establecido.

En la misma línea, pero desde la perspectiva de la conducta médica en las organizaciones, Tussing identifica al menos tres modelos de conducta:

- El modelo de «agencia», ya mencionado, en el que el médico ofrece su experiencia técnica y sólo actúa en interés de los pacientes.
- El modelo de «interés-propio», en el que el médico está significativamente motivado por su deseo de obtener algún beneficio para sí mismo, ya sea de carácter económico o de otra índole.
- El modelo de ética médica, en el que el médico está básicamente motivado por su deseo de hacer todo lo que sea posible en bien del paciente, al margen del coste que ello suponga.

Cada una de estas conductas responde a motivaciones que están interrelacionadas y que, según el contexto, se manifestarán en una u otra conducta profesional. El reto al que se enfrentan los sistemas y organizaciones sanitarias es cómo desarrollar los incentivos apropiados para que en la conducta basada en la ética profesional se introduzca la dimensión del coste como un factor relevante en la toma de decisiones.

En cuanto al papel del médico en el sistema sanitario, ya se ha señalado que, en los años setenta la idea del médico como integrante de un equipo sanitario y, por tanto, como profesional que trabaja con otros profesionales, sanitarios y no sanitarios, había relegado la visión del médico como profesional que desarrolla una labor individual e independiente, con un alto grado de respeto, poder y autoridad. El cambio de papel y estatus derivado de la evolución de la sociedad obligó a los médicos a enfrentarse a una serie de conflictos y dilemas que, ya entonces, se consideraba que debían resolverse si se querían conseguir los «mejores resultados de atención». Se planteaba,

pues, la necesidad de un compromiso entre los profesionales médicos y el conjunto de la sociedad, que Fry y Wandale expresaban en los siguientes términos:

«Se debe alcanzar un compromiso entre un cierto grado de libertad profesional e independencia –que es aún esencial si el clínico ha de seguir siendo responsable de la atención de sus pacientes como individuos, así como si el clínico ha de otorgar la máxima importancia a esta atención– y la dirección y controles necesarios para generar los cambios que han de producir un sistema de atención más eficaz para la población en su conjunto.» (Fry y Wandale, 1972).

Por otra parte, en lo que se refiere a la relación del Estado y los gestores con los profesionales sanitarios, que ya se consideraba inevitable debido a la magnitud de los costes de la atención sanitaria y a su crecimiento constante, se adelantaba que iba a traer problemas en varios frentes:

«La implicación del Estado conlleva problemas en las relaciones con: la profesión médica, respecto a las condiciones laborales, la retribución y los estándares; los profesionales clínicos respecto a la dirección y el control; los individuos respecto a las normas y las reglas; y con la industria médica, como hospitales, empresas farmacéuticas y otros servicios de apoyo, respecto a los costes, la calidad y los acuerdos.» (Fry y Wandale, 1972).

La necesidad de controlar la práctica profesional ha sido una preocupación constante en el desarrollo de los sistemas sanitarios y en los sistemas de control de sus costes, si bien, como se ha señalado, la intervención de la estructura administrativa y de gestión en este campo ha sido escasa. La práctica clínica se ha considerado y mantenido como «patrimonio de los profesionales» y los gestores se han limitado a intervenir en aspectos relacionados con la gestión de la demanda, criterios de cobertura, accesibilidad, diseño del circuito de pacientes o con las decisiones vinculadas a grandes inversiones. Las decisiones clínicas se han considerado responsabilidad de los médicos: eran su ámbito de poder y formaban parte del *statu quo* ya mencionado.

Sin embargo, esta situación cambió a partir de la crisis económica desatada en 1973, debido a las consecuencias que ésta tuvo sobre el gasto público y sobre las políticas de contención de costes. Como no podía ser de otra forma, el sector sanitario se vio gravemente afectado, y en todos los países industrializados se desencadenó un proceso de reformas dirigido a contener el gasto público y a aumentar la eficiencia de las organizaciones sanitarias. La estrecha vinculación de la práctica médica con el gasto sanitario hace que su control sea un elemento crucial en los procesos de reforma. Ese control se intentó mediante la participación de los médicos en la gestión de los recursos, y para ello se propusieron distintas vías que, como veremos en los epígrafes siguientes, han ido evolucionando desde la participación «simulada» en la gestión del presupuesto, a la gestión clínica y, actualmente, al gobierno clínico.

Es necesario, pues, conocer las claves de las propuestas de reforma de los últimos veinte años, y muy especialmente las de la reforma del *National Health Service* británico, ya que ellas han configurado el actual marco de relación de los médicos con la gestión de las organizaciones sanitarias. Si bien conceptualmente ese marco responde a criterios y opciones comunes a casi todos los países industrializados, desde el punto de vista práctico presenta grandes diferencias en cuanto al grado de participación de los médicos en la toma de decisiones estratégicas y operativas de las organizaciones sanitarias.

El desarrollo social y la evolución de las políticas sociales ha consolidado, en los países industrializados europeos, modelos sanitarios de cobertura universal y finan-

ciación pública que definen el marco en el que tiene lugar la relación médico-paciente. La naturaleza de esta relación ha permitido que las decisiones clínicas se mantengan en el ámbito de la responsabilidad y autonomía profesional; no obstante, el impacto de la dimensión curativa sobre la salud ha sido, desde finales de los años sesenta, objeto de análisis y controversia, lo que ha supuesto una pérdida del *statu quo* tradicional del médico en las organizaciones sanitarias, y una tendencia a encuadrarlo en modelos de relación laboral de carácter asalariado, difícilmente conjugables con su cultura profesional.

Aproximación a los sistemas sanitarios y sus reformas

Marco económico y político de las reformas

Las reformas sanitarias de la década de los ochenta, deben ser analizadas en el contexto del desarrollo del Estado de Bienestar, la participación del Estado en la actividad económica, la recesión económica derivada de la crisis del petróleo de 1973 y la crisis de legitimidad del sistema sanitario. El período socialdemócrata de los años sesenta y setenta se caracterizó por una profunda preocupación social en un contexto de expansión económica. Fue el momento de máximo desarrollo de las políticas públicas de protección social y de consolidación de los sistemas sanitarios con cobertura universal, según una concepción de la salud basada en los postulados de la Organización Mundial de la Salud. En Europa esto significó un incremento del gasto sanitario, que pasó del 3.7% en 1960 al 6.4% en 1975.

La recesión económica provocó en todos los países industrializados una desaceleración del crecimiento del gasto público y de la actividad económica del Estado, que en Estados Unidos comenzó con el presidente Carter, quien ya en su campaña de 1976 manifestaba su preocupación por los altos costes del sector público y por su ineficiencia.

En países con un alto desarrollo del Estado de Bienestar, como el Reino Unido y los países nórdicos, paradigmas de ese modelo de Estado, se abrió una brecha entre la demanda de nuevos recursos, generada por la creación de nuevos servicios, y el imperativo macroeconómico de reducir el gasto público. Este desajuste creó tensión en las instituciones y organizaciones sanitarias, e indujo una presión sobre los sistemas sanitarios que, tal como exponen Saltman y Casten von Otter, revistió tres formas:

- Presión financiera, en un contexto en el que ya no podía aumentar la presión fiscal.
- Insatisfacción de los pacientes, manifestada por un mayor descontento ante los mecanismos de autorregulación del sistema sanitario, como la regulación del acceso a través de las listas de espera, la falta de sensibilidad del sistema hacia sus preferencias y necesidades, o el impacto que sobre ellos tenían procesos mal diseñados que se traducían en falta de coordinación asistencial, pérdida de días de trabajo, etcétera.
- Insatisfacción de los propios profesionales del sistema, que reclamaban mayor participación en los procesos de toma de decisiones.

En esta situación de crisis económica y presiones importantes sobre los sistemas sanitarios se produjo la llegada al poder del Partido Conservador en el Reino Unido en 1979, bajo el liderazgo de Margaret Thatcher, y del Partido Republicano en Estados Unidos en 1980, con Ronald Reagan como presidente. Se abre entonces un período político marcado por las propuestas llamadas «neoliberales» en materia económica y social, que asumían las tesis de Milton Friedman¹ y de la escuela económica moneta-

¹ Friedman, Milton. Premio Nobel de Economía 1976.

rista de Chicago con una visión del Estado y de los servicios públicos que puede resumirse en los siguientes puntos:

- El convencimiento de que el crecimiento del sector público es, en sí mismo, un riesgo para la libertad individual, y desplaza al mercado de la economía.
- La percepción negativa del papel de los burócratas y de la burocracia estatal.
- El excesivo impacto que los corporativismos tienen en el gasto público.

Como se ha mencionado, las políticas de finales de los años setenta convergen en la necesidad de controlar el gasto público y aumentar la eficiencia del sector público. Sin embargo, el concepto de Estado y el grado y forma en el que éste debe intervenir en la sociedad diferencian las distintas opciones políticas. Desde la perspectiva neoliberal, la clave está en disminuir la función económica del Estado, dejar que las leyes de mercado actúen y facilitar la descentralización y la gestión de las organizaciones, de forma que se creen los incentivos necesarios para satisfacer las necesidades de los ciudadanos-clientes y de los prescriptores de servicios. Frente a la intervención del Estado se propone el desarrollo del mercado, al tiempo que frente a la gestión pública de las organizaciones se propone la gestión privada.

Analizando el papel del Estado en su conjunto, es decir, tanto en lo relativo al gasto público como a su actividad de regulación, tal y como propone Joseph Stiglitz, se constataba que la actividad del Estado se había desarrollado de manera considerable en todos los países industrializados durante las décadas de los años sesenta y setenta. En Europa, la actividad del Estado estaba muy relacionada con la producción directa de bienes y servicios, razón por la cual se iniciaron en esas décadas importantes procesos de privatización. En Estados Unidos, muchas de esas industrias ya pertenecían al sector privado; de hecho, la participación del Gobierno en el producto interior bruto (PIB) era, a principios de los setenta, una de las más bajas de los países industrializados —mientras que en Francia, Alemania e Italia estaba en torno al 50%, en EEUU significaba menos del 10% del PIB—. Sin embargo, el papel regulador del Estado era muy relevante. Es decir, si bien en Estados Unidos la actividad directa del Gobierno era más limitada que en muchos países europeos, su papel en la producción privada era considerable, ya que estaba directamente implicado en el proceso productivo a través del sistema legal, los mecanismos de regulación, el establecimiento de subsidios directos o indirectos, la concesión de créditos y la propia provisión de servicios públicos. Ésta es la razón por la que surgió en EEUU un fuerte movimiento que abogaba por la disminución del papel intervencionista del Estado mientras en Europa se iniciaba un movimiento de privatización importante.

Así pues, todos los países industrializados coincidían en el objetivo de controlar el crecimiento del gasto y el déficit público, en un contexto de revisión y cuestionamiento de la función económica del Estado y de su participación en la provisión de servicios públicos. Siendo la sanidad un componente fundamental de las políticas públicas, el debate político sobre la viabilidad del Estado de bienestar y el papel del Estado tuvo un impacto inmediato sobre la política sanitaria y en el enfoque y contenido de las sucesivas propuestas de reforma, que, establecidas por el gobierno de Margaret Thatcher, empezaron a implantarse en el *National Health Service* y obtuvieron una amplia difusión en todos los países europeos, incluido España.

La primacía de los planteamientos de reforma del *National Health Service* hace necesario analizarlos a fin de conocer el contexto en el que surgieron. Pese a que en términos generales ese contexto tenía y tiene elementos comunes con otros muchos países, presenta sin embargo facetas muy diferentes en cuanto a cultura y madurez organizativa, articulación de la profesión médica, cohesión y desarrollo de la propia

sociedad, autonomía profesional, autoevaluación, etcétera. Las propuestas de reforma del NHS surgieron en relación con la situación del Reino Unido, y aunque la extrapolación de su contenido y de su orientación de la política sanitaria ha sido un hecho, su aplicación presenta diferencias sustanciales tanto en la situación de partida como en el desarrollo posterior de las reformas.

La reforma del *National Health Service* en el Reino Unido: un referente de las reformas sanitarias en Europa (1982-1997)

En el Reino Unido, la disminución del gasto sanitario ya había comenzado con el Gobierno laborista, de forma que con la llegada de los conservadores la diferencia más notoria fue que éstos pusieron en entredicho la eficacia del modelo de gestión de los *management teams*, introducido en 1974, que se basaba en el consenso y en el que no existía un responsable último de la gestión de las organizaciones sanitarias. Desde 1966 hasta 1982 los directivos habían tenido una influencia mínima en las organizaciones sanitarias, y los profesionales más influyentes eran los médicos. Antes de 1982 el directivo era básicamente un administrador, y la actividad sanitaria consistía en la suma de las decisiones clínicas individuales, y no dependía de las decisiones de planificadores, gestores o políticos. En ese momento se consideraba que la autonomía profesional era el fundamento del *National Health Service*. Se tendía a que el sistema hiciera, por inercia, «más de lo mismo y en los mismos términos».

La necesidad de introducir la figura de un gerente (concretamente un administrador) en las organizaciones sanitarias se planteó por primera vez en el *Porritt Report*, en 1962; se consideraba que este puesto tenía que ser ocupado por un médico. En 1966 el *Scottish Farquharson-Lang Report* propone que las autoridades sanitarias deberían contratar gerentes, y que éstos no tenían por qué ser médicos. Esta propuesta no sólo no fue aceptada, sino que desapareció en la edición inglesa. En 1967 un grupo de trabajo formado por el *King's Fund* y el *Institute of Hospital Administrators*, proponía que «alguien tiene que estar al mando del hospital con autoridad sobre el resto del *staff*». A pesar de estas recomendaciones, en la reorganización de 1974 las autoridades sanitarias del NHS optaron por que todos los niveles de gestión fueran encomendados a equipos de gestión multidisciplinarios, en los que cada uno de los miembros sería responsable de su propio trabajo.

Si bien el Gobierno conservador reiteraba su respaldo a los equipos directivos basados en el consenso, como se pone de manifiesto en el documento *Patients First* de 1979 y en la reorganización de 1982, la impresión era que los grupos de consenso favorecían un modelo de gestión «diplomática» poco eficiente. La preocupación por esta forma de gestión estaba ligada a la preocupación subyacente por no controlar la naturaleza del gasto, ya que la gestión del presupuesto, en el caso del NHS, sí estaba controlada.

En 1982, el Gobierno propone que todos los departamentos de *Whitehall* contribuyan en la *Financial Management Initiative*, lo que introduce en el *National Health Service* programas continuos para la optimización de costes, de manera que el proceso de planificación a medio y largo plazo es sustituido por planes operativos a corto plazo. El Gobierno central introduce los primeros indicadores de actividad a nivel nacional e induce a las autoridades sanitarias a gestionar el presupuesto.

Desde 1982 se suceden los cambios, que se inician con la introducción, con carácter experimental, de indicadores de rendimiento en la *Northern Region*, en enero, y con la decisión (anunciada en octubre de 1982, por el Secretario de Estado para Servicios Sociales, Norman Fowler, en la conferencia del Partido Conservador) de formar

un equipo con personas procedentes del sector privado para asegurar que los recursos humanos del sistema se utilizaban para servir al paciente, y no para crear y consolidar burocracia. Roy Griffiths, vicepresidente y director ejecutivo de la cadena de supermercados Sainsbury, aceptó hacerse cargo del grupo si se orientaba el trabajo hacia una visión integrada de la gestión. En octubre de 1983 se hicieron públicos los resultados del trabajo y el 4 de junio el gobierno aprobó que las recomendaciones del grupo se aplicasen en el *National Health Service*, entre ellas el nombramiento de gerentes para finales de 1985. Un mes antes, en septiembre, se había introducido el primer paquete nacional de indicadores de rendimiento, que constaba de 70 indicadores. Como resultado de este proceso se creaba la figura del *general manager* en los hospitales y se abría un proceso de mejora de los sistemas de información para la gestión y de formación de gestores para las organizaciones sanitarias.

Desde su llegada al gobierno en 1979 los conservadores pusieron de manifiesto su convicción de que la eficiencia del sector privado era mayor que la del sector público, aspecto recurrente en su política microeconómica. Un elemento fundamental de esa creencia es que el entorno de competencia en el que opera el sector privado proporciona los incentivos necesarios para aumentar la eficiencia. Sin embargo, durante casi un decenio, el *National Health Service* no se vio afectado por esas políticas, y su estructura, a excepción de la introducción de gerentes y de indicadores de rendimiento, permaneció básicamente igual. Fue a finales de 1987, como consecuencia del debate sobre el gasto sanitario (el gasto en los servicios hospitalarios, en términos reales aumentó un 0.5% por año entre 1980 y 1987, mientras que la demanda de servicios aumentó un 2%), cuando se planteó una revisión interna del sistema bajo los auspicios de la propia Margaret Thatcher; esta revisión se debatió primero en un círculo restringido, pero después quedó abierta a las opiniones de distintos grupos y agentes. La idea de fomentar la competencia en el *National Health Service* era compartida por muchos políticos, investigadores independientes y profesionales sanitarios.

Con la introducción de la competencia se buscaba un modelo que, manteniendo la macroeficiencia en términos de gasto sanitario, incorporase iniciativas que permitieran crear el marco de competencia necesario para introducir incentivos a la eficiencia a nivel microeconómico, nivel cuya referencia era el modelo de EEUU. La cuestión clave era, por tanto, cómo mejorar la relación coste-efectividad en el uso de los recursos del NHS a nivel local. Fue Enthoven quien, en 1985, propone una reforma del NHS basada en la creación de un *internal market* (mercado interno) y en la competencia.

En 1989, el Gobierno presenta el *White Paper: Working for Patients*; en 1990 se publica la *National Health Service and Community Care Act*, y en enero de 1991 se introduce el mercado interno, con cuatro objetivos:

- Aumentar la eficiencia.
- Aumentar la capacidad de elección de los ciudadanos.
- Aumentar la calidad de los servicios.
- Asegurar la equidad en el acceso al sistema sanitario.

Los componentes esenciales de esta reforma son los siguientes:

- La separación de las responsabilidades de compra y provisión de servicios, que introduce tres grupos con presupuesto para la compra de servicios:
 - Los distritos sanitarios;
 - Los médicos de familia;
 - Los pacientes privados y las compañías aseguradoras.

- Se establecen tres tipos de proveedores de servicios hospitalarios:
 - Los hospitales que continúan siendo gestionados por los distritos sanitarios, aunque con mayor responsabilidad operativa.
 - Un nuevo tipo de hospital autogobernado, que opera como *trust* (fundación) independiente, pero dentro de la estructura del NHS, y que es responsable ante el secretario de Estado. Estos centros tendrían mayor libertad para la utilización de recursos humanos y económicos, y podrían contratar directamente a los médicos sin tener que pasar por la región sanitaria.
 - Hospitales independientes del sector privado, voluntariado y hospitales sin ánimo de lucro. El aumento de la participación de este grupo en la provisión se consideraba que vendría determinado por la compra de sus servicios por parte de los médicos de atención primaria y de los distritos, como consecuencia de la competencia entre los distintos proveedores.
- La relación entre compradores y proveedores de servicios es de carácter contractual.

La idea básica era que en la sanidad, al igual que en otros sectores, la competencia de mercado resolvería los problemas a los que se enfrentaba el sector. Por tanto, aumentando la libre elección de los pacientes y con el presupuesto en manos de los médicos de familia y los distritos, el dinero seguiría al paciente, y la elección de éste crearía la competencia necesaria, entre los prescriptores y las organizaciones, para que aumentara su eficiencia. Para ello, los hospitales tenían que tener la capacidad de gestionarse a sí mismos y de llevar a cabo los ajustes necesarios para tomar posiciones en ese mercado interno. En este contexto se consideraba que la intervención del Estado debía ser mínima, pues de lo contrario distorsionaría el mercado, reduciendo la eficiencia y aumentando los costes.

Sin embargo, este mercado interno nació, como era previsible, con un alto nivel de regulación, porque se estableció un marco que asegurase la estabilidad del sistema. Un ejemplo significativo fue la posición que adoptó el Gobierno ante las recomendaciones del informe Tomlinson sobre la reordenación de la oferta hospitalaria en el área de Londres. Este informe puso de manifiesto las limitaciones de los objetivos del propio Gobierno a la hora de confiar la provisión de los servicios sanitarios a las dinámicas de mercado. En ningún momento se permitió lo que en el sector privado, referente de toda la reforma, constituye un elemento clave: que si los resultados financieros no se alcanzan porque no se consigue el necesario coste-efectividad, la compañía sale del mercado, es decir, entra en bancarrota.

Otro aspecto crucial atañe directamente a la confluencia entre la gestión y la práctica médica. En un escenario de mercado los gestores establecen los objetivos a partir de un conjunto de variables financieras, y es la competencia entre compañías con objetivos similares la que actúa como mecanismo para aumentar la eficiencia. Sin embargo, en un hospital el hecho de que los médicos tengan responsabilidades clínicas directas, es decir, responsabilidad directa sobre el producto del sistema, hace muy difícil que todos los grupos confluyan en un objetivo financiero común. La solución que ofrece esta reforma consiste en delegar autoridad en los gestores, que tienen la responsabilidad de conseguir contratos ofertando un conjunto de cuidados de elevado coste-efectividad. Pero esto no resuelve el problema de que, mientras que los gestores tienen la responsabilidad sobre el funcionamiento financiero global del hospital, son los médicos los que toman las decisiones clínicas que determinan, en última instancia, cómo se gasta el dinero.

Por otra parte, la contención del gasto sanitario mantenida desde los años setenta y llevada al límite que se alcanzó durante la década de los ochenta, hizo que el empe-

ño inicial por el desarrollo de mercados internos se abandonase prácticamente a los pocos meses de su supuesta implantación, sustituido por una «desregulación parcial del sistema existente». En la década de 1990, y hasta la llegada de los laboristas al gobierno en 1997, el eje pasó a ser una reforma de la gestión del sistema sanitario, con una preocupación creciente por la calidad de la práctica asistencial. De hecho, la segunda etapa de los Gobiernos conservadores, la de J. Major, se caracterizó por una mayor sensibilidad ante el malestar de la población y los profesionales, a la situación del NHS. Si bien se mantiene el énfasis en la eficiencia económica se abre un nuevo escenario en el que la calidad surge como aspecto esencial en la política sanitaria y en el marco operativo del sistema. Este giro se plasma en los documentos oficiales de esos años, como es la *Citizen's Charter* o el *White Paper: Competing for Quality*, de noviembre de 1991. El debate sobre mercados internos y competencia fue sustituido progresivamente por el interés hacia la atención sanitaria, planteamiento que se consolidó en la política sanitaria con la llegada al gobierno del Partido Laborista y con el impacto que en todos los agentes sanitarios produjeron sucesos como el que ocurrió en cirugía cardíaca pediátrica en el Bristol Royal Infirmary, así como los resultados de la investigación sobre ellos dirigida por Ian Kennedy.

Sistemas sanitarios y reformas: conceptos básicos

1972

«Todas las naciones se enfrentan con problemas y dilemas similares al intentar proveer una óptima y uniforme salud y atención médica para sus gentes: Se enfrentan con la ecuación de cuadrar «deseos» y «necesidades» con los recursos disponibles. El deseo del público, expresado como la consecución y el mantenimiento de la salud como un derecho cívico de la humanidad, está condicionado no sólo por la guerra constante con las enfermedades, médicas y sociales, sino que también está por los recursos, económicos y humanos, limitados. El desafío para todos nosotros, enfrentados a semejantes dilemas y frustraciones comunes, es cómo hacer el mejor uso de los recursos disponibles.» (John Fry y W.A.J. Farndale).

2003

«Los sistemas públicos de salud están cuestionados en todas partes, tanto si están apoyados en recursos vinculados al empleo y gestionados paritariamente (sistema denominado «bismarckiano», como en Alemania o en los Países Bajos), o estatalizados y financiados por los impuestos, como en el Reino Unido, Italia o Suecia), como si son mixtos (como en Francia). En todas partes las desigualdades crecen y los déficit también, mientras se espera que las restricciones en las prestaciones puedan solucionar los agujeros financieros... Esta simple constatación debería llevar a plantear un interrogante sobre una medicina tan eficaz como la sangría de Molière. Pero choca con una verdadera capa de plomo ideológica que impide simplemente mirar la realidad que está enfrente y, con más razón, pensar en técnicas nuevas.» (Martín Bulard, periodista. Octubre 2003. Le Monde Diplomatique).

El modelo de sistema sanitario, así como el modelo de gestión de las organizaciones sanitarias que prestan atención a los pacientes, condiciona aspectos clave del entorno en el que tiene lugar la práctica médica, y tienen un impacto considerable sobre su calidad técnica y de servicio. La evolución de los sistemas sanitarios está relacionada con las diferentes respuestas que ha dado la sociedad al reto de optimizar la utilización de los recursos disponibles al tiempo que se incentiva adecuadamente a los profesionales y se satisfacen las expectativas de calidad de servicio de los usuarios.

El acceso a la atención médica y sanitaria es una de las más relevante conquistas sociales desde la Revolución Industrial hasta nuestros días, y en consecuencia el elemento más delicado de las políticas públicas. Dependiendo de su evolución económica, social y política, cada país ha consolidado un sistema sanitario que trata de alcanzar, con mayor o menor éxito, un complejo equilibrio entre:

- Valores sociales.
- Criterios de cobertura, derivados de esos valores sociales.
- Criterios y mecanismos de financiación, coherentes tanto con los valores sociales como con los criterios de cobertura.
- Modelo de provisión acordes con los valores y recursos disponibles.
- Mecanismos de regulación.

La forma de lograr el equilibrio entre estos elementos determina los distintos modelos de sistemas sanitario, que condicionan, como se ha indicado, aspectos clave del contexto en el que tiene lugar la toma de decisiones clínicas. Los modelos sanitarios reflejan cómo han cristalizado, a través del tiempo, los valores sociales, valores que, en las sociedades democráticas, son fundamentalmente tres: equidad, autonomía individual y eficacia, entre los cuales existe una fuerte tensión. Los sistemas sanitarios se diferencian entre sí en función del nivel y criterio de cobertura, del mecanismo de financiación, del modelo de provisión y de los mecanismos de regulación. Partiendo de estos criterios, los sistemas existentes responden básicamente a cuatro modelos:

- Modelo de Seguridad Social (modelo Bismarck), sistema mutualista basado en el seguro obligatorio (Alemania, Holanda, Francia, Austria, Bélgica y España hasta la Ley General de Sanidad de 1986, entre otros).
- Modelo de Sistema Nacional de Salud (modelo Beveridge), sistema universal de provisión financiado por el Estado a través de los presupuestos generales (Reino Unido, Suecia, Finlandia, Italia, España, Portugal).
- Modelo Semashko, desarrollado en la Unión Soviética desde el período de entre-guerras hasta los años ochenta.
- Modelo de mercado, desarrollado en Estados Unidos.

Estos modelos no se dan en estado puro. Así, por ejemplo, el modelo de mercado en Estados Unidos convive con dos de los programas más importantes de cobertura sanitaria pública: *Medicare* y *Medicaid*. En España, el Sistema Nacional de Salud coexiste con una extensa red de aseguramiento privado, y algunos servicios, como los de salud dental, se prestan básicamente mediante seguros privados, voluntarios o mutualidades, pero también mediante desembolso particular. Una taxonomía más completa de los sistemas sanitarios permite apreciar con más detalle el impacto de los distintos mecanismos de financiación, retribución y regulación, sobre la relación médico-paciente. En el Cuadro 1.1 se muestra la taxonomía propuesta por la OCDE, con las características más relevantes de los distintos tipos de modelos, que resultan de combinar las opciones existentes para la financiación con las distintas formas de pago a proveedores.

Partiendo de esta taxonomía, el estudio realizado por la OCDE en 1992 sobre las reformas sanitarias iniciadas en los años ochenta y que se estaban implantando en siete de los países miembros, puso de manifiesto que, al margen de las diferencias en cuanto a financiación, modelos de provisión y cobertura, todos los sistemas sanitarios de los países analizados se enfrentaban a las mismas tensiones, derivadas de la necesidad de satisfacer las demandas y expectativas de los ciudadanos, así como de los cambios demográficos, fundamentalmente el envejecimiento de la población, y de la

CUADRO 1.1 Taxonomía de modelos sanitarios. OCDE: *The Reform of Health Care. A comparative Analysis, 1992.*

Modelo de desembolso voluntario

Es la forma más simple de mercado privado de sanidad sin seguros, con desembolsos directos y caracterizado por los siguientes rasgos:

- La financiación es privada.
- No hay un acceso adecuado e igualitario a los servicios sanitarios.
- La asistencia sanitaria prestada comprende las consultas médicas y la expedición de medicamentos sin receta.

Este modelo está muy poco extendido en la actualidad.

Modelo de reembolso voluntario

Responde a la introducción de los seguros sanitarios voluntarios, modelo convencional del tipo indemnizatorio que se caracteriza por:

- Pago directo de los pacientes a los proveedores mediante un sistema de pago por acto.
- Reembolso parcial o total a los pacientes de sus facturas médicas, por parte de las compañías aseguradoras a lo largo del período que dura su cobertura y en los términos que establece su póliza.
- Interferencia mínima en la transacción médico-paciente.
- Competencia entre agencias aseguradoras.
- Falta de un acceso adecuado e igualitario a los servicios sanitarios.
- Desconexión entre proveedores y aseguradoras.
- Primas relacionadas con el riesgo.
- En algunos casos el coste es compartido entre los pacientes y las aseguradoras.

Implantado en EEUU, ha tenido poca difusión en Europa hasta que se introdujeron los modelos de aseguramiento público. Este modelo se está empezando a implantar en el sector privado en el Reino Unido y en los Países Bajos.

Modelo de reembolso público

- Financiación pública, a través de una participación obligatoria en relación con los ingresos. Los consumidores abonan directamente los gastos a los proveedores, y luego se les reembolsa el importe con cargo a los fondos de enfermedad.
- El pago de los pacientes a los proveedores de servicios es directo, en general según el modelo de pago por acto.
- En algunos casos los pacientes comparten el coste con las aseguradoras.
- No hay competencia entre los fondos de enfermedad o las entidades financieras.
- No hay conexión entre los fondos de enfermedad y los proveedores.
- A pesar de la multiplicidad de agentes las tarifas son uniformes y obligatorias; y debe haber contribuciones subsidiarias de colectivos desfavorecidos económicamente (solidaridad).
- Las cajas no compiten.

Algunos de estos elementos existen en Francia y Bélgica (seguros sanitarios sociales). Es un modelo que puede reproducir los problemas que presenta el sector privado: riesgo moral (*moral hazard*)*, demanda inducida desde la oferta y altos costes de transacción. El ticket moderador (introducido en Francia) es propio de este modelo y responde a un intento de controlar el riesgo moral.

* El término riesgo moral (*moral hazard*) hace referencia al aprovechamiento oportunista que los contratantes de un seguro, público o privado, hacen de un servicio sanitario. Al no depender el precio que pagan por el seguro del nivel de uso que hacen de los servicios se suele producir un abuso del mismo. La introducción de un pequeño desembolso (copago por receta o por visita) por cada uso es una medida comúnmente utilizada para solucionar este problema.

CUADRO 1.1 (Cont.)**Modelo contractual voluntario**

- Está muy extendido en el mercado privado de Europa. Se basa en la contratación de una póliza de cobertura sanitaria con una compañía aseguradora que mantiene, a su vez, una relación de carácter contractual con proveedores independientes. Los servicios se prestan gratuitamente.
- La financiación es privada (mutualidades). Los consumidores pagan primas globales.
- Sólo está cubierta la asistencia primaria; la hospitalaria es optativa. Si se dan las dos, los médicos de atención primaria actúan como reguladores de entrada (*gatekeepers*) al sistema sanitario.
- No hay un acceso adecuado e igualitario: sólo están protegidos los trabajadores y personas dependientes de ellos.
- Existe conexión, a través de contratos, entre los proveedores de servicios y las aseguradoras.
- La competencia entre proveedores la establecen las aseguradoras, no los usuarios finales de los servicios.
- En el caso de las *Health Maintenance Organisations*, se combinan pólizas de carácter general para la población, con el pago directo por acto y con pagos por concepto de capitación.
- El consumidor tiene libertad para elegir a los proveedores de servicios en función de calidad y cantidad. Sin embargo, dependiendo del tipo de seguro a que esté vinculado su contrato laboral, puede o no elegir a la entidad aseguradora.
- Las aseguradoras negocian las tarifas.
- Hay distintas versiones de este modelo. En algunos casos las aseguradoras pueden estar controladas por los consumidores, por los médicos y otros proveedores, o por organizaciones privadas que son independientes de los consumidores y de los médicos.
- En este modelo es importante el hecho de que la elección del consumidor está restringida a los proveedores que su seguro tenga contratado, y las aseguradoras tienen incentivos y mecanismos para negociar económicamente niveles altos de calidad en beneficio de los consumidores.

Es un modelo extendido en Estados Unidos y constituye una referencia de la reforma británica para aumentar la eficiencia microeconómica en el NHS.

Modelo contractual público

- Es la base de Seguro Público Obligatorio en Europa.
- La financiación es pública (cajas de enfermedad regionales y órganos estatales centrales o locales).
- No hay competencia entre fondos de enfermedad o agencias de financiación.
- La contribución es obligatoria y proporcional a los ingresos. Existen dos versiones: financiación mediante la tributación general o mediante contribuciones a las cajas de enfermedad.
- El pago a los proveedores se hace por acto o bien directamente de los fondos, a través de capitación, a proveedores independientes.
- Este modelo reviste distintas formas. Lo más frecuente es que la financiación provenga de los impuestos generales más que de las contribuciones.
- En este modelo la parte tercera pueden ser aseguradores públicos, del gobierno central o de los gobiernos locales, que son los que establecen una relación contractual con los proveedores. Existe separación entre financiación y provisión, articulada a través de una relación contractual.
- El modelo de contrato público reúne algunas de las características del modelo contractual voluntario, y concede cierto margen de elección de proveedor a los usuarios, dependiendo de lo que hayan negociado las terceras partes. La macroeficiencia pasa a ser responsabilidad del Gobierno.

CUADRO 1.1 (Cont.)

- Los proveedores pueden ser organizaciones públicas; éste es el caso más generalizado en los hospitales.
- En algunos casos, el consumidor tiene libertad para elegir a los proveedores de servicios en función de calidad y cantidad.
- La negociación de tarifas se realiza de forma bilateral entre organismos aseguradores y proveedores de servicios (monopolio bilateral).

Es el modelo dominante para los médicos de atención primaria en Alemania, Irlanda, Holanda y Reino Unido, y para los hospitales en Bélgica, Holanda, Alemania y Reino Unido. El modelo contractual está también difundido en Bélgica y Francia.

Modelo integrado voluntario

- Cuando el mercado sanitario privado se empezó a extender por Europa, hubo entidades que consideraron más adecuado contratar a sus médicos según una base salarial y tener su propia red de cobertura en atención primaria, en lugar de contratar proveedores independientes. Este modelo pasó después a las Health Maintenance Organizations de EEUU. En él existe conexión con los proveedores de servicios
- *Services supplied to patients in kind.*
- Las primas de seguro dependen de la comunidad del contratante (*community-rated premiums*)
- Existe integración vertical entre aseguradores y proveedores, con pago por salario y presupuesto prospectivo.
- Se establece competencia entre aseguradoras.
- La financiación es privada. Los consumidores pagan primas voluntarias para grupos fijos.
- La cobertura abarca la asistencia primaria; la hospitalaria es optativa.
- Existe un bajo nivel de protección de rentas o igualdad para los grupos vulnerados: los seguros se suscriben en función de la capacidad económica. La selección del riesgo se mueve en un mercado competitivo y, por tanto, puede conducir a problemas de acceso a la asistencia.
- Los consumidores tienen libertad para elegir la aseguradora, pero están limitados a la hora de elegir a los proveedores.
- Los médicos tienen restringida su autonomía de gestión, pero sí tienen autonomía clínica.
- Se considera que puede ser un buen modelo para garantizar la eficiencia macroeconómica y microeconómica en la medida en que permite incentivos competitivos y ofrece buenas oportunidades para gestionar la provisión de atención y optimizar los ahorros de coste administrativo por su integración vertical. Sin embargo, presenta dificultades para asegurar un nivel adecuado de protección financiera y para garantizar la equidad.

Este modelo no fue popular en la medicina organizada de Europa. Se extinguió cuando se establecieron programas nacionales de aseguramiento obligatorio.

Modelo integrado público

- Es la versión pública del modelo anterior y está muy extendido en los sistemas de aseguramiento obligatorio.
- El Gobierno es el financiador y proveedor principal.
- La financiación es pública: el Estado paga a terceros para que presten la asistencia sanitaria.
- Se financia mediante contribuciones específicas adaptadas a la renta (seguro social) o mediante la tributación general.
- La eficiencia macroeconómica es responsabilidad del Gobierno y suele controlarse, ya que por su naturaleza integrada es posible controlar el gasto sanitario a los niveles que se consideren necesarios.
- Cubre tanto la asistencia primaria como la hospitalaria.
- El pago a terceros está organizado por órganos públicos de financiación.
- Hay un acceso adecuado e igualitario a los servicios sanitarios. Existen dos posibilidades: cobertura universal o el nivel de igualdad deseado.

CUADRO 1.1 (Cont.)

- El pago a los proveedores se establece a través de salario y mediante presupuesto prospectivo. El principio de que «el dinero siga al paciente» no es viable en este modelo, ya que a los proveedores que son eficientes se les da más trabajo sin que esto signifique más recursos ni más incentivos. Tienden a acumular grandes listas de espera y los pacientes no tienen un poder efectivo.
- El consumidor no tiene libertad para elegir ni al asegurador ni al proveedor. Es el modelo dominante en España y en los hospitales públicos en Francia y en Irlanda y era el modelo aplicado a los hospitales públicos del Reino Unido antes de la reforma.

modificación en los patrones de morbilidad con una prevalencia cada vez mayor de los procesos crónicos, y que estas tensiones se agravaban en un contexto de evolución permanente de las tecnologías de diagnóstico y tratamiento.

En todos los países se habían emprendido reformas en el campo de la organización de los servicios sanitarios y en el de la gestión de recursos, con el propósito de mejorar la eficacia y la eficiencia y de asegurar la equidad en el acceso a una asistencia sanitaria de cobertura prácticamente universal en cuanto a los servicios básicos (si bien es cierto que no existía una definición de «servicios sanitarios básicos» común para todos). Ningún país renunciaba a la universalidad y la equidad como objetivos clave de su política sanitaria. Los problemas detectados en sus respectivos sistemas sanitarios eran muy similares:

- Crecimiento continuado del gasto sanitario en algunos países, y presiones para aumentarlo en todos ellos.
- Defectos en el diseño de los procesos de financiación, pago y regulación de la sanidad.
- Preocupación por una actuación ineficiente, manifestada en:
 - Excesiva atención y excesiva medicalización en el tratamiento de los problemas sociales.
 - Atención inadecuada e impersonal, además de falta de respuesta por parte de los proveedores.
 - Crecimiento de las listas y períodos de espera.
 - Grandes e inexplicables variaciones en los costes de unidades y actividades entre distintos países y, lo que era más preocupante, dentro de un mismo país.
 - Falta de coordinación entre quienes prestan los servicios en la mayor parte de los países.
- Persistencia de desigualdades en la sanidad, en el acceso a la asistencia sanitaria y en el pago por la asistencia en varios países.

Estos problemas ponían de manifiesto no sólo que las políticas sanitarias tenían dificultades para controlar el gasto –objetivo prioritario de todos los gobiernos– sino que, además, una parte importante de ese gasto se debía a prácticas inadecuadas en la provisión y prestación de servicios. Es decir, en los sistemas sanitarios había una proporción considerable de «desperdicio», y parte de él estaba relacionado con la fisura entre el marco estratégico y operativo de las organizaciones sanitarias y los intereses de sus agentes: pacientes y proveedores de servicios. De este modo se evidenciaba, una vez más, la importancia de la práctica asistencial para la eficiencia global del sistema y para la calidad de sus servicios, y, en consecuencia, la necesidad de introducir a los proveedores de éstos, es decir, a los médicos, en los procesos de toma de decisión.

Las reformas pretendían crear ámbitos estructurales y organizativos que favorecieran el compromiso y la corresponsabilización de los profesionales, tanto en la asignación y utilización de los recursos como en la calidad de los servicios. Para ello se proponen, por un lado, cambios en la estructura, gobierno y organización de los sistemas sanitarios, especialmente en los mecanismos de relación entre los distintos agentes, y por otro, nuevos escenarios para la gestión de las organizaciones que, por sus características, fueran más favorables para la participación de los profesionales en la gestión. En este sentido, el interés por la incorporación de los sanitarios a la gestión de las organizaciones está muy ligado a la necesidad de «controlar» sus prácticas profesionales, dado el impacto que éstas tienen en el gasto sanitario y en la percepción sobre la calidad de los servicios por parte de la población.

Con las reformas propuestas, los gobiernos aspiraban a conseguir los siguientes objetivos:

- Adecuación e igualdad en el acceso a los servicios: asistencia sanitaria básica para todos los ciudadanos.
- Protección de la renta: implica la existencia de tres clases de transferencias: seguro (imprevisión de la enfermedad), ahorro (tercera edad) y redistribución de las rentas (los pacientes con ingresos mínimos no tendrían que pagar).
- Eficacia macroeconómica: el gasto sanitario debería consumir un porcentaje adecuado del PIB.
- Eficacia microeconómica: maximizar los resultados sanitarios y de satisfacción del paciente y minimizar los costes. En 1992 todos los países tienden a adoptar un modelo de «contrato público» en el «mercado hospitalario».
- Libertad de elección para los consumidores, tanto en el sector público como en el privado.
- Autonomía apropiada (regulada) para los proveedores de servicios. Los médicos y quienes prestan los servicios deberían contar con un máximo de libertad, compatible con la consecución de los objetivos anteriores, especialmente en materia de innovación médica y organizativa.

Estos objetivos son un exponente del contexto económico y político del momento y de la dependencia que las propuestas de reforma tenían de él. La eficiencia macroeconómica era considerada una exigencia ineludible por todos los gobiernos, al margen de sus distintas opciones ideológicas, y la incorporación de los otros dos agentes clave: proveedores de servicios y consumidores, respondía a la presión social que sobre los sistemas sanitarios ejercían tanto los ciudadanos, que reclamaban más calidad, cobertura y mejor servicio, como los profesionales, que exigían mayor autonomía, reconocimiento e incentivación.

Todas las reformas propuestas en la década de los años ochenta y analizadas por la OCDE convergen hacia modelos basados en los criterios de separación de las funciones de provisión y compra, competencia interna, descentralización de la responsabilidad estratégica y operativa, y mayor libertad de elección para los usuarios. La influencia de la reforma del *National Health Service* británico es evidente. La coincidencia de los siete países en los problemas detectados al coincidir también las propuestas de reforma de sus sistemas sanitarios, que tendrían a:

- 1- la cobertura universal,
- 2- el fortalecimiento del control sobre el gasto sanitario total por el gobierno,
- 3- la adopción universal de presupuestos globales en el mercado hospitalario, y
- 4- un modelo contractual.

La divergencia más importante se daba en lo relativo al grado de regulación que debería tener el sector sanitario; la cuestión pendiente para todos era la falta de información relevante que permitiera medir el resultado y calidad de la asistencia sanitaria. De los cuatro principios mencionados, los dos primeros son los que suscitan mayor interés entre los analistas y políticos del sector sanitario, y se convierten en eje de las reformas y objeto de confrontación ideológica, confrontación más teórica que real pues, como se ha indicado, todos los países, incluida España, introducen en mayor o menor medida estos principios en sus propuestas de reforma.

La separación entre financiación y provisión, plasmada mediante la introducción de relaciones contractuales entre los distintos agentes, se lleva a cabo en todos los sistemas estudiados por la OCDE, aunque con variaciones sustanciales entre unos países y otros. Sin embargo, el desarrollo de mercados internos basados en una competencia regulada se agota en la práctica antes de haberse iniciado, especialmente en los países con un modelo de Sistema Nacional de Salud. La descentralización de la responsabilidad estratégica y operativa origina en todos los países cambios importantes en la forma de gestionar el sistema y sus organizaciones. Surgen así modelos de gestión cuyo objetivo es modernizar funcionalmente las organizaciones dotándolas de una estructura y un gobierno más adecuados para responder a los desafíos planteados. Estos modelos debían favorecer la participación y el compromiso real de los profesionales sanitarios en los procesos de toma de decisión, tanto estratégicos como operativos, así como el compromiso de toda la organización para prestar una atención de calidad a los pacientes.

Las diferencias fundamentales entre los sistemas sanitarios analizados estaban relacionadas con aspectos como los siguientes:

- Grado de equilibrio entre la financiación estatal procedente de los impuestos o de las cuotas de la Seguridad Social y el gasto público.
- Grado de competencia entre las distintas organizaciones dentro del sistema, es decir, grado del control de acceso, coste y calidad.
- Grado de dependencia patrimonial de los hospitales.
- Grado de centralización o descentralización de la gestión de los órganos de toma de decisiones.
- Libertad de los pacientes para elegir el centro asistencial y el tratamiento.
- Forma de gestionar las relaciones entre los distintos sectores de la asistencia sanitaria y papel de los distintos grupos de profesionales de la sanidad.

Estudios posteriores confirmaron que todos los países coincidían en la identificación de problemas, en las soluciones propuestas y en las previsiones tal y como se pone de manifiesto en el estudio de Andersen Consulting 1993. A las presiones ya detectadas, se añadieron otras en el ámbito de la Unión Europea, como el impacto que podría tener la libre circulación de profesionales y pacientes. Se preveía un aumento de la financiación procedente de seguros privados, aunque se consideraba que los gobiernos garantizarían el acceso y la calidad de la asistencia sanitaria, al tiempo que controlarían el crecimiento de sus costes.

En el último decenio se han producido dos fenómenos en las políticas sanitarias. Por un lado, tal como veremos a continuación, la preocupación de la política sanitaria se ha centrado en la calidad de la asistencia, a través de la colaboración entre proveedores en un clima de atención integrada, más que en el desarrollo de mercados internos. Por otro, el control del gasto sanitario y las políticas de contención del gasto han continuado en vigor, y los resultados muestran una realidad preocupante: el gasto no se ha controlado, las desigualdades crecen, y el déficit, también. Alemania, Francia e Italia están proponiendo transformaciones profundas en sus sistemas de pro-

tección social, que pueden significar un notable retroceso y que llevarán a su población a situaciones similares a la de Estados Unidos, donde hay 41 millones de ciudadanos sin ningún tipo de cobertura sanitaria y donde, en el año 2001, 1.4 millones de ciudadanos perdieron su cobertura de sanitaria, con un gasto sanitario que es el más alto de los países industrializados (un 13.9% de la riqueza producida, frente a un 7.5% en Finlandia, cuyo sistema está basado en la gratuidad). El consenso sobre el carácter universal que deben tener los sistemas sanitarios públicos y sobre la equidad en el acceso, que se ha mantenido a lo largo de los años setenta, ochenta y noventa, y que ha diferenciado la política social europea, está a punto de quebrarse.

Por otra parte, las listas de espera se disparan; en Francia, señala M. Bulard, las familias obreras gastan dos veces menos en visitas a especialistas o dentistas que las familias de los empleados medios y superiores, y dos veces más en hospitales porque se los atiende más tarde y en condiciones más precarias. El trabajo *Inégalités Sociales de Santé* afirma que «Diez mil por año es la cantidad de muertes prematuras que podrían evitarse si los obreros y empleados franceses tuvieran la mortalidad de los ejecutivos superiores» (M. Burlard).

Así pues, el único camino que parece coherente para la viabilidad de un sistema de cobertura pública es aquel que combina la prevención, la calidad de la práctica clínica y la calidad en la gestión de las organizaciones.

LA CALIDAD COMO EJE DEL NUEVO ENFOQUE DE LAS POLÍTICAS SANITARIAS

Lola Ruiz Iglesias, Lluís Orriols i Galve

Introducción

Reforma significa rediseñar los servicios públicos en torno al consumidor, dando a las personas los servicios que esperan hoy en día –servicios que les pone en primer lugar, que son rápidos, convenientes, sensibles y de la más alta calidad». Tony Blair (Newcastle, 25/1/1998).

En mayo de 1997 Tony Blair accede a la presidencia del Gobierno británico con el compromiso de reorientar la política sanitaria del Reino Unido y abandonar las reformas conservadoras de 1990, que introducían mecanismos de mercado en la sanidad pública. El Partido Laborista propone reemplazar el principio de competencia por el de colaboración y, bajo el nombre de *clinical governance*², acoge un nuevo valor: la calidad.

Con el impulso del nuevo laborismo el Reino Unido se situaba a la vanguardia de las reformas sanitarias; sin embargo, no es el único país que ha introducido los nuevos valores y herramientas del gobierno clínico. Reformas similares de las políticas sanitarias se dan en muchos otros países de la OCDE, especialmente en los anglosajones: Estados Unidos, Australia, Nueva Zelanda y Canadá son buenos ejemplos de ello. Este hecho pone al descubierto que las reformas son consecuencia de tendencias sociales que rebasan las fronteras de los Estados. Esencialmente, podemos delimitar dos gran-

² *Clinical governance* ha sido objeto de diferentes traducciones e interpretaciones: gestión clínica, direcciones clínicas, gobierno clínico... Para no confundir al lector se ha optado por su traducción más literal de «gobierno clínico».

des tendencias. En primer lugar, dentro de la OCDE hay una voluntad generalizada de redefinir el modelo de Estado de bienestar, que responde tanto a motivos económicos como a motivos políticos e ideológicos. En segundo lugar, surge la necesidad de solucionar algunos problemas graves y persistentes que afectan a los sistemas sanitarios de estos países. Como ya hemos visto, aparece con especial urgencia la necesidad de contener el aumento continuado del gasto y de lograr mejores niveles de eficiencia.

A esta tendencia de contención del gasto se suma, en los últimos años, la necesidad de abordar la calidad de los servicios sanitarios. Emerge así la calidad en un panorama político monopolizado hasta entonces por cuestiones relacionadas con el coste-eficiencia. Los gobiernos de estos países de la OCDE adoptan la calidad como elemento central de sus políticas sanitarias movidos, en gran parte, por la preocupación ante el elevado número de errores evitables y ante las expectativas crecientes de los ciudadanos.

En los documentos de estos gobiernos también destacan otros cuatro retos importantes a los que se enfrentan sus sistemas sanitarios. El primero de ellos es la necesidad de reducir la variabilidad en la atención sanitaria por medio de prácticas basadas en la evidencia. En segundo lugar, se considera conveniente corregir el uso indebido de los servicios, que implica mayores costes y genera efectos negativos en la salud de los pacientes. El tercer objetivo es acabar con la fragmentación y la falta de coordinación en el sistema mediante la instauración de fórmulas de gestión y provisión más integradas. Finalmente, las reformas pretenden satisfacer mejor las expectativas crecientes de la población configurando unos servicios más abiertos y orientados a la satisfacción de los pacientes.

La experiencia del Reino Unido

El Partido Laborista, en su programa electoral de 1997, prometió que su victoria se traduciría en importantes reformas sobre el sistema sanitario establecido por Margaret Thatcher en 1990 con la ley *NHS and Community Care Act*. Las reformas propuestas por Tony Blair se centraban especialmente en acabar con la lógica de mercado en el sistema sanitario, pero sin modificar la separación entre financiador y proveedor.

Una vez en el Gobierno, los laboristas no tardaron en acometer las reformas prometidas. Medio año después de su victoria, el gobierno laborista presentó el documento *The new NHS: modern, dependable*³ donde se concretaban sus propuestas de reforma del NHS. Partiendo de él, dio comienzo la transición del «*internal market*» al «*integrated care*». Con el documento citado, el Departamento de Sanidad británico perseguía seis grandes objetivos de cambio:

- Mayor accesibilidad; potenciar el NHS como servicio público.
- Establecer la colaboración con otras agencias, especialmente con las autoridades locales.
- Mayor eficiencia, reduciendo la burocracia generada por la competencia.
- Crear un sistema de estándares de ámbito nacional y un sistema de auditoría que examine su aplicación.
- Mejorar la satisfacción y la confianza de los ciudadanos en el sistema sanitario.
- Garantizar un servicio de calidad para todos los ciudadanos.

Así pues, el documento hace de la calidad en el NHS un objetivo prioritario de la agenda política británica. Dada la importancia de este objetivo, en 1998 el Gobierno deci-

³ Este documento tiene validez en Inglaterra. Para Escocia y Gales las reformas se introducen con los documentos: *Designed to Care*, 1997, y *NHS Wales: putting patients first*, 1998, respectivamente.

de publicar *A First Class Service-Quality in the new NHS*, un nuevo documento que desarrolla con mayor detenimiento las cuestiones relativas a la calidad del *National Health Service* (Tabla 1.1). Estos dos documentos, que se convertirán en textos de referencia para otros gobiernos e investigadores, sientan las bases para la introducción del *clinical governance* en el sistema sanitario británico. Bajo el lema «Un nuevo inicio», la reforma planteada por *A First Class Service* descansa en tres grandes pilares: colaboración, igualdad y calidad.

- **Colaboración.** Los documentos citados plantean la necesidad de sustituir el mercado interno, que introduce dinámicas de competencia en el NHS, por un nuevo modelo: la atención integrada. Este modelo propone un sistema basado en la colaboración y orientado al paciente, con el fin de acabar con las ineficiencias derivadas de la competencia.
- **Igualdad.** Se plantea la reducción de las desigualdades en la sanidad bajo la promesa de que *«si está enfermo o herido, habrá un sistema nacional de salud para ayudar, y el acceso estará basado en la necesidad y sólo en la necesidad»*, sin que en ningún caso dependa de la renta o del lugar de residencia.
- **Calidad.** Sin duda se trata del aspecto que más nos interesa, puesto que es en él donde se introducen los elementos del gobierno clínico.

Analicemos, pues, con mayor detenimiento las reformas que tienen como objetivo mejorar la calidad. En los documentos del Departamento de Sanidad británico queda

TABLA 1.1 Comparación entre los modelos «*internal market*» e «*integrated care*» según el NHS. Fuente: elaboración propia.

Mercado interno	Sistema integrado
Responsabilidad fragmentada: planificación estratégica baja.	Programas de mejora sanitaria acordados conjuntamente con todos los responsables de planear y proveer los servicios sociosanitarios.
Competitividad entre hospitales.	Los pacientes son tratados según la necesidad. La cooperación sustituye a la competitividad.
La competitividad impide compartir las mejores prácticas.	Nuevos mecanismos para compartir las mejores prácticas.
Prioridades distorsionadas: falta de eficiencia, eficacia y calidad.	Los índices de eficiencia son sustituidos por un conjunto más amplio de indicadores. Presupuestos unificados para mayor flexibilidad.
Costes administrativos en aumento.	Reducción de los costes administrativos porque disminuyen los costes de transacción.
Contratos a corto plazo.	Acuerdos a más largo plazo vinculados a la mejora de la calidad.
En los NHS Trust impera el secretismo comercial.	Se pretende acabar con el secretismo y orientar las actividades a la calidad y la colaboración.

patente la necesidad de acometer cambios en el sistema sanitario para acabar con el elevado número de errores o desviaciones que se producían en la práctica médica y para hacer un servicio más accesible y acorde con las necesidades y preocupaciones de unos usuarios cada vez más informados y exigentes. La solución para todo ello consiste en situar la calidad en el centro del sistema. El documento *A First Class Service* establece un modelo para la mejora continuada de la calidad que se resume en la Figura 1.1. En este esquema se muestran los principales rasgos del plan de reforma, que sitúa el gobierno clínico como elemento central. Las tres fases principales de esta reforma son:

Crear estándares → implementar → monitorizar

Crear estándares. Se crean dos instituciones, el NICE (*National Institute for Clinical Excellence*)⁴ y el de los NSF (*National Service Frameworks*)⁵ cuya principal tarea es elaborar unos estándares basados en la evidencia.

- El *National Institute of Clinical Excellence (NICE)* se encarga de determinar cuáles son las mejores prácticas y cómo deben ser aplicadas. Esta institución elabora unos estándares de ámbito nacional, y sus guías deben referirse especialmente a la gestión de determinadas enfermedades o situaciones y al uso apropiado de ciertas intervenciones. También es tarea de esta institución la creación de mecanismos de auditoría que den respaldo a las guías. Sus miembros son expertos, profesionales clínicos, pacientes, asociaciones de usuarios, gestores e investigadores.
- Los *National Service Frameworks (NSF)* componen un programa destinado a corregir las diferencias en los resultados que obtienen los servicios sanitarios. Para ello, han creado unos estándares nacionales que definen los servicios modélicos. También tienen encomendada la tarea de apoyar su aplicación y evaluar las mejoras.

Implementar. Consiste en establecer mecanismos que aseguren unos servicios sanitarios de calidad. Las herramientas son el gobierno clínico, una mayor autorregulación profesional y la formación continuada.

- El gobierno clínico se sitúa en el centro de la reforma. Como se verá más adelante, tiene como objetivo modernizar y potenciar la autorregulación de los profesionales mediante la revisión de su actividad, y también promover los sistemas de control de calidad basados en estándares clínicos, prácticas basadas en la evidencia y enseñanzas que puedan extraerse de los errores.
- La formación continuada es uno de los principales valores que promueve esta reforma. Los profesionales deben ejercer influencia en el diseño de los estándares, promover la autorregulación, apoyar las auditorías y promocionar la formación continuada.

La identificación de las necesidades de los profesionales y del servicio se lleva a cabo por medio de planes de desarrollo personal (PDP).

⁴ La actividad del NICE puede ser consultada en <http://www.nice.org.uk>

⁵ A través de la página *web* del departamento de Sanidad del Gobierno británico pueden accederse a los distintos *National Service Frameworks* en <http://www.doh.gov.uk/nsf/index.htm>

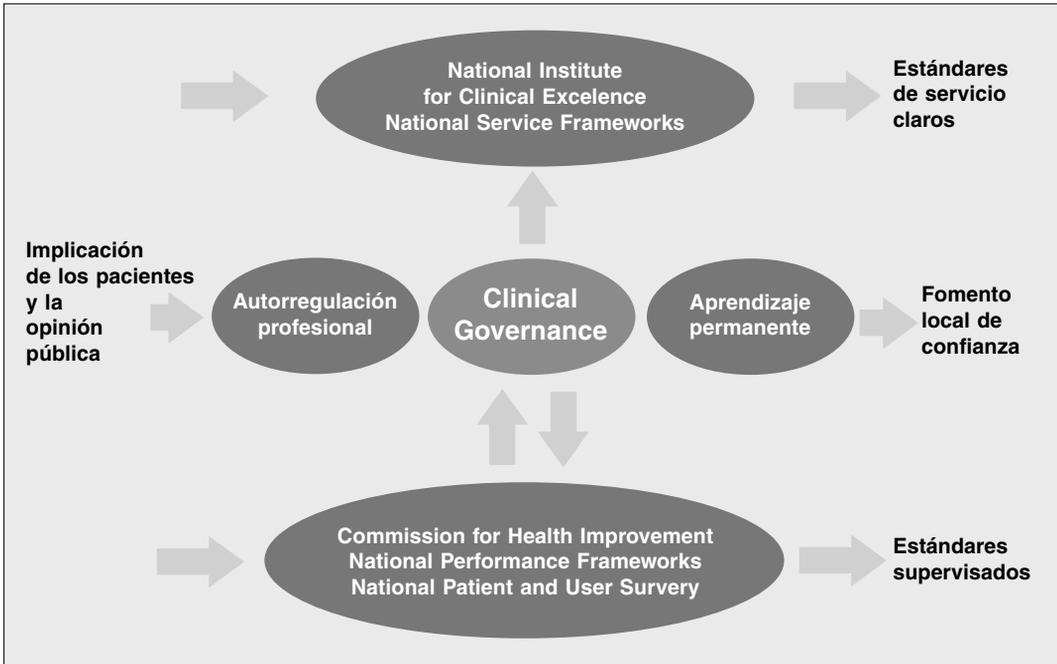


Figura 1.1. Método para alcanzar la mejora de la calidad. Fuente: *A First Class Service—quality in the new NHS*, DoH 1998.

- La autorregulación profesional da a los clínicos la oportunidad de colaborar en la creación de los estándares nacionales. Este principio entraña una responsabilidad mayor y más clara de estos profesionales.

Monitorizar. Se debe efectuar una evaluación interna y externa de la actividad.

- La Comisión para la Mejora de la Salud (*Commission for Health Improvement, CHI*)⁶ es el principal instrumento para la revisión de la actividad en los servicios sanitarios y para la investigación en caso de que se comprueba que el servicio ha empeorado. A pesar de que las oficinas regionales del NHS son las que se encargan principalmente de esa tarea, el CHI es un instrumento de apoyo y ofrece garantía de independencia.
- El *National Frameworks for Assessing Performance*⁷ determina en qué medida los servicios sanitarios están ofreciendo un servicio de calidad desde el punto de vista de los usuarios.
- El *National Survey of Patient and User Experience*⁸ es una fuente de información sobre la opinión de los ciudadanos. Con ese fin realiza una encuesta anual.

⁶ La *Commission for Health Improvement* divulga toda su actividad a través de su página *web* en <http://www.chi.nhs.gov.uk>

⁷ El resultado de los *National Frameworks for Assessing Performance* puede ser consultado en la siguiente página *web*: <http://www.doh.gov.uk/nhsperformanceindicators/index.htm>. Asimismo existen documentos que recogen los indicadores establecidos para la evaluación del desempeño en el NHS como por ejemplo: *National Health Service, 2000 Quality and performance in the NHS, NHS performance indicators*. Department of Health, Leeds.

⁸ Las encuestas anuales llevadas a cabo bajo el programa de *National Survey of Patient and User Experience* pueden consultarse en la siguiente página *web*: <http://www.doh.gov.uk/public/nhssurvey.htm>

En conclusión, el gobierno clínico constituye el elemento esencial de la estrategia de mejora de la calidad. Esta fórmula británica para mejorar la calidad de los servicios sanitarios es la más completa e integrada de las que se han aplicado en los países de la OCDE. Pero, como hemos señalado, muchos otros gobiernos están planteando reformas similares en sus políticas sanitarias.

La experiencia de Estados Unidos

En Estados Unidos también se han propuesto reformas de la política sanitaria. El primer Gobierno de Bill Clinton hizo de la sanidad una de sus principales preocupaciones. Al acceder a la Presidencia, Clinton prometió: «acceso universal a una atención sanitaria de calidad y asequible. No como privilegio, sino como derecho» («*a universal access to quality, affordable health care-not as a privilege but as a right*»⁹). Sin embargo, su plan de reforma sanitaria fue rechazado por el Congreso, y Clinton cosechó, así, su primer gran fracaso. A pesar de que la ley de reforma no prosperó, a partir de entonces se han producido algunos cambios en el sistema sanitario estadounidense, aunque no tan estructurales como proponían las primeras reformas frustradas del presidente Clinton (Cuadro 1.2).

La primera reacción ante los elevados costes de la sanidad norteamericana consistió en impulsar el modelo *managed care*, de sanidad gestionada, hace quince años. *Managed care* es un término genérico que designa la introducción de cierta coordinación entre los agentes del sistema sanitario americano, instaurando la competencia gestionada como forma de racionalizar un sistema excesivamente fraccionado.

Esta fórmula combina la financiación y la provisión de los servicios sanitarios. Los ciudadanos contratan un grupo de proveedores de servicios (p. ej., los grupos de *Health Maintenance Organizations*) a un precio per cápita o por servicio pactado previamente. Aunque existen varias modalidades de este sistema, en esencia una organización de *managed care* asume toda la responsabilidad sobre la atención sanitaria de una población determinada, y para ello se establece una red de relaciones entre los proveedores de diferentes servicios sanitarios, tanto de atención primaria como especializada. Además de contener costes y racionalizar el fraccionado sistema sanitario norteamericano, el *managed care* también tiene como objetivo, o así lo aseguran sus defensores, prestar unos servicios eficaces y de calidad. Por ejemplo, las organizaciones del *managed care* se responsabilizan de:

- Monitorizar y coordinar la calidad de todos los servicios sanitarios.
- Insistir en la prevención y la educación.
- Promover la eficiencia y la eficacia.
- Asegurar que los servicios sean prestados por el proveedor más idóneo.

Los resultados del *managed care* son muy variados e incluso contradictorios entre sí. Pero, al margen de la polémica entre sus partidarios y sus detractores, la introducción de este modelo no ha aplacado el debate sobre la calidad y seguridad en el sistema sanitario de Estados Unidos.

En efecto, en Estados Unidos la calidad sigue siendo factor clave en el campo sanitario. Como respuesta a ello, el Presidente Clinton creó en 1996 la *President's Advisory*

⁹ Esta promesa efectuada por Bill Clinton durante la campaña electoral de 1992 estaba incluida en el programa del Partido Demócrata *A New Covenant with American People* del año 1992.

CUADRO 1.2 Las reformas sanitarias en algunos países de la OCDE Principales hitos de las reformas en el Reino Unido y EEUU

Reino Unido

1997: Department of Health. The new NHS: modern, dependable, CM3807, The Stationery Office.

1998: NHS Executive. A First Class Service - Quality in the new HNS.

1999: NHS Executive. Clinical Governance: Quality in the new NHS - Health Service Circular 1999/065.

(Los documentos se pueden encontrar en la web: <http://www.doh.gov.uk/publications/index.html>)

Estados Unidos

1997: Consumer Bill of Rights and Responsibilities, Interim Report.

1998: Quality First: Better Health Care for All Americans.

(Los documentos se pueden encontrar en la web: <http://www.hcqualitycommission.gov/>)

*Commission on Consumer Protection and Quality in Health Care Industry*¹⁰, compuesta por representantes de las Administraciones locales y estatales, consumidores, proveedores, aseguradoras, profesionales y trabajadores de los servicios sanitarios, y expertos en Sanidad. La tarea que se le encomendó consistió en asesorar al Presidente sobre los problemas del sistema sanitario norteamericano y recomendar medidas para la promoción de la calidad.

La Comisión elaboró el *Bill Care for Rights and Responsibilities* como forma de potenciar la relación entre pacientes y servicios, y con el principal objetivo de aumentar la confianza en el sistema sanitario. Pero el trabajo más relevante de esta comisión es su documento final, *Quality First: Better Health Care for All Americans*. El propósito de este documento era promocionar la calidad en el sistema. El lema de los cambios que proponía era el siguiente:

«El objetivo del sistema de atención sanitaria debe ser la reducción constante del impacto y carga de las enfermedades, lesiones y minusvalías, así como la mejora de la salud y el funcionamiento de las personas de los Estados Unidos». (Quality First: Better Health Care for All Americans)

Las recomendaciones de la Comisión siguen los mismos criterios que el programa de calidad del NHS. Los cambios que se proponen son, en cierta medida, de carácter estructural, y suponen transformaciones profundas en la organización y en la práctica médica. El resumen de las recomendaciones de la Comisión se recoge en el Cuadro 1.3.

El Congreso norteamericano, como respuesta al documento *Quality First: Better Health for All Americans*, aprobó dos años más tarde, en 1999, la *Healthcare Research and Quality Act*, una ley que crea la *Agency for Healthcare Research and Quality*, más conocida por sus siglas AHRQ. Esta agencia tiene encomendada, precisamente, la promoción de los principios y recomendaciones de la *President's Advisory Commission*. Como se establece en esta ley:

«El objetivo de la Agencia es potenciar la calidad, la adecuación y la efectividad de los servicios sanitarios, así como su acceso, a través de la promoción de mejoras en

¹⁰ La página web de este comité se encuentra en: <http://www.hcqualitycommission.gov>

CUADRO 1.3 Doce recomendaciones para la mejora de la calidad. Según la *President's Advisory Commission on Consumer Protection and Quality in the Health Care. USA.*

ESTABLECER LA CALIDAD DE LA SANIDAD COMO UNA PRIORIDAD NACIONAL

1. **Proveer un liderazgo fuerte y unos objetivos claros para la mejora de la calidad.** La Comisión recomienda que los primeros objetivos para la mejora de la calidad sean los siguientes: reducir las causas básicas de las enfermedades, potenciar la investigación sobre nuevos tratamientos y sobre la evidencia, asegurar el uso idóneo de los servicios sanitarios, reducir el riesgo de errores, corregir el abuso o la infrautilización de los servicios sanitarios y potenciar la participación de los pacientes.
2. **Medir la calidad y elaborar informes.** Se deben establecer unos indicadores basados en los objetivos antes especificados para medir la calidad, y se deben usar para estandarizar la evaluación.
3. **Relación entre lo público y lo privado.** Se debe facilitar y promocionar la relación y coordinación entre el sector público y el privado. Para esta mejora de la calidad es preciso contar con las fuerzas del mercado, así como con el rol del paciente.

REFORZAR EL MERCADO PARA MEJORAR LA CALIDAD

4. **Promover la acción por medio de grupos de aseguradoras.** Es preciso trabajar con las aseguradoras privadas (con un papel muy relevante en Estados Unidos) a fin de que orienten sus esfuerzos hacia la mejora de la calidad. El hecho de que las aseguradoras sean las encargadas de determinar las ventajas, el coste y el tipo de plan de salud, les otorga un papel muy destacado en la mejora de la calidad.
5. **Reforzar el papel de los usuarios.**
6. **Prestar especial atención a la población más vulnerable.** Se debe investigar para delimitar este grupo y sus necesidades, y después crear modelos de provisión de servicios sanitarios que satisfagan las necesidades específicas de este colectivo.
7. **Promover la responsabilidad.** Todos los agentes del sistema sanitario han de asumir el objetivo de mejora de la calidad.
8. **Reducir el riesgo y mejorar la seguridad en la sanidad.** La Comisión recomienda investigar las causas del error. También se recomienda potenciar los procesos de apelación y queja.

CREAR LA CAPACIDAD PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD

9. **Potenciar la práctica basada en la evidencia y la innovación.** Es necesario invertir en investigación, orientada a las áreas con mejores oportunidades de mejora y a aquellas en las que existan lagunas de conocimiento. Es importante trasladar la evidencia a la práctica y reducir el plazo de difusión.
10. **Adaptar las organizaciones para el cambio.** Las organizaciones han de ser capaces de asimilar y adaptarse a los cambios constantes. Para ello es necesario: liderazgo fuerte, aprendizaje, cambios organizativos (orientar a procesos...) y colaboración entre los diferentes actores del sistema.
11. **Cambiar la organización del trabajo.** El trabajo debe ser más multidisciplinario; es preciso usar adecuadamente la información para promover la MBE, medir la calidad y la satisfacción, informar y reducir el error...
12. **Invertir en sistemas de información.** Los sistemas de información actuales deben ser capaces de contribuir a la mejora de la calidad y generar datos relevantes para poder evaluar y comparar el funcionamiento de los planes, las instalaciones y la práctica clínica. Este sistema de información también debe ser útil para la coordinación y la MBE, y ha de fomentar la innovación e investigación.

la práctica clínica y sanitaria, incluyendo la prevención de enfermedades y otras condiciones sanitarias. La Agencia deberá promover mejoras en la calidad de la atención sanitaria.»

Es interesante constatar las similitudes de esta ley con las iniciativas del gobierno clínico británico. Precisamente en el fragmento citado podemos observar cómo se persigue el aumento de la calidad por medio de cambios en la organización del sistema y de mejora en las prácticas clínicas.

En concreto, la Agencia debe apoyar la investigación y llevar a cabo iniciativas para la mejora de la calidad y para la difusión de las mejores prácticas. Su interés se centra sobre todo en la investigación y difusión de la evidencia científica, especialmente en las siguientes áreas:

- Métodos para la participación de los pacientes.
- La eficacia, eficiencia y resultados de las prácticas médicas.
- La tecnología disponible y la innovación tecnológica.
- Los costes de utilización y accesibilidad a los servicios.
- El impacto del diseño de la organización sobre la calidad.
- Los métodos para medir la calidad y estrategias para su mejora.
- La accesibilidad a la información sobre las mejores prácticas.

La ley insta al Gobierno norteamericano a establecer contactos con el *Institute of Medicine* para que éste lleve a cabo una investigación externa e independiente sobre los problemas de calidad en el sistema sanitario y para que sugiera posibles mejoras. El IOM respondió a esta petición por medio de su *Committee on the Quality of Health Care in America*, que elaboró una estrategia a medio plazo para la mejora de la calidad en el sistema sanitario norteamericano. En primer lugar, publicó un informe sobre los grandes problemas de calidad en la sanidad norteamericana, *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Este documento ponía de manifiesto el elevado número de errores médicos que se producían, y consideraba necesario solucionar urgentemente ese problema. En consecuencia, el Comité publicó un año después un segundo documento, *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, que contenía un conjunto de propuestas para mejorar la calidad de la sanidad norteamericana y para reducir los errores médicos.

Este documento ponía de manifiesto que los problemas de calidad en el sistema sanitario no se solucionan con pequeñas modificaciones, sino que se trata de problemas estructurales que requieren soluciones también estructurales. Las medidas que proponía para la reforma del sistema sanitario se pueden resumir en los cinco puntos que recoge el Cuadro 1.4. Además, el Comité especifica seis objetivos hacia los que se deben orientar los servicios sanitarios con el fin de mejorar la calidad y adecuarse más a las necesidades de los usuarios. Estos objetivos son los siguientes:

- Seguridad: evitar los errores.
- Efectividad: debe estar basado en el conocimiento científico y promocionar el buen uso de los servicios.
- Centrado en el paciente: proporcionar un servicio que responda a las necesidades, preferencias y valores de los usuarios.
- Oportunidad: hay que reducir el tiempo de espera, que a veces repercute negativamente en la salud de los pacientes.
- Eficiencia: se debe evitar el mal uso de los recursos.
- Equidad: la calidad en el servicio no debe variar en función de la situación personal.

CUADRO 1.4 Agenda para la promoción de la calidad (según el *Institute of Medicine*, IOM)

1. Todos los agentes que participan en el sistema sanitario deben comprometerse a adoptar una visión integrada del sistema sanitario, y han de compartir unos criterios para la mejora de la calidad.
2. Los profesionales clínicos, los pacientes y los servicios sanitarios adoptarán nuevos principios para rediseñar el proceso asistencial: proceso centrado en el paciente y basado en la evidencia, cooperación, información y conocimiento compartidos...
3. Para iniciar el cambio, la política de los Departamentos de Sanidad y Recursos Humanos (HHS) debe establecer un número reducido de áreas prioritarias y debe estimular por medio de incentivos económicos la innovación para mejorar la calidad en estas áreas.
4. Las organizaciones sanitarias deben efectuar cambios organizativos tales como: rediseño de procesos en base a las mejores prácticas, así como introducir tecnologías de la información que faciliten las decisiones clínicas, constituir equipos clínicos e introducir elementos de coordinación, monitorización y responsabilidad.
5. Los agentes del sistema sanitario deben crear una cultura que premie la mejora de la calidad, especialmente en cuatro aspectos:
 - acercar la evidencia científica al clínico,
 - incorporar tecnologías de la información,
 - hacer coherentes las políticas de pago con las de calidad,
 - y finalmente, formar a los profesionales.

Pese a que el Gobierno federal ha creado instituciones y ha promovido la elaboración de documentos y la realización de investigaciones, parece claro que las reformas implantadas hasta ahora en Estados Unidos no muestran una visión tan global y estructurada como la del gobierno clínico británico. Sin embargo, ambas reformas comparan el mismo tono y la misma orientación.

Las experiencias de Australia y Nueva Zelanda

Las reformas sanitarias llevadas a cabo en otros países han sido de menor alcance o influencia que las del Reino Unido o Estados Unidos. No obstante, es necesario destacar la reforma realizada en Australia, iniciada por el Gobierno laborista de Paul Keating y continuada luego por el primer ministro liberal, John Howard, Cuadro 1.5.

Ambos gobiernos, preocupados por el elevado índice de errores y acontecimientos adversos que se producían en su sistema sanitario, han publicado desde 1995 numerosos documentos en los que se desarrollan iniciativas similares a las británicas y norteamericanas para la mejora de la calidad y la reducción de los errores.

Así el *Taskforce on Quality in Australian Health Care* (1996), y el *Expert Advisory Group on Safety and Quality in Australian Health Care* (1998-99) efectúan una serie de recomendaciones para la mejora de la calidad en la sanidad. El Cuadro 1.6 resume diez recomendaciones del informe final del *Expert Advisory Group*. Para que sus recomendaciones se pongan en práctica estos organismos consideran necesario que dentro del gobierno exista un responsable que garantice la coordinación de las actuaciones encaminadas a la mejora de la calidad. Para ello se ha creado el *Australian Council*

CUADRO 1.5 Hitos en la política de calidad en Australia y Nueva Zelanda**Australia**

1996: Report of the Taskforce on Quality in Australian Health Care.

1998: Interim Report of the National Expert Advisory Group on Safety and Quality in Australian Health Care.

1999: Implementing Safety and Quality Enhancement in Health Care. El report final de National Expert Advisory Group.

2000: Safety First - report of ACSQHC.

2001: National Action Plan - report of ACSQHC.

Nueva Zelanda

2001: Ad hoc group. Discussion Paper: Quality Improvement Strategy for Public Hospitals. September 2001.

2001: Toward Clinical Excellence. Learning from Experience: A Report to the Director-General of Health from the Sentinel Events Project Working Party. A Framework for the Credentialling of Senior Medical Officers in New Zealand.

for Safety and Quality in Health Care (ACSQHC)¹¹. Dicho organismo tendrá como principales funciones aconsejar al Gobierno sobre las prioridades y estrategias que se deben seguir; apoyar los procesos de evaluación, coordinar las colaboraciones dentro del sector y promocionar la investigación en favor de la calidad.

Desde su creación en enero del 2000 la actividad del ACSQHC ha sido intensa. Hasta ahora se ha centrado especialmente en respaldar las buenas prácticas clínicas, mejorar los sistemas de información, implicar a los usuarios y promover en la organización una cultura que favorezca la calidad.

También Nueva Zelanda ha dado pasos en esta dirección, aunque el alcance de sus reformas ha sido menor. En los últimos años, Nueva Zelanda ha dirigido su atención al desarrollo de aspectos relacionados con la calidad. Así, ha elaborado un *Code of Rights* para la mejora de la responsabilidad, guías clínicas y bases de datos de MBE, además, ha establecido un sistema de acreditación como el americano y sistemas de monitorización, entre otros.

A pesar de estos avances, no ha habido una estrategia coherente y estructural para la mejora de la calidad, tal como propugna la gestión clínica. Sin embargo, las reformas siguen adelante. El documento *Quality Improvement Strategy for Public Hospitals*, impulsado por el Gobierno neozelandés, representa sin duda un paso adelante en la implantación de la gestión clínica en su sistema sanitario.

La experiencia de España

A comienzos de 2002 la implementación de las iniciativas de mejora de la calidad asistencial en el sistema sanitario español era amplia, aunque desigual en función de los subsectores y actores que se analicen. La respuesta de los profesionales clínicos fue la primera, se generalizó a finales de los ochenta y comienzo de los noventa, y, aunque

¹¹ El *Australian Council for Safety and Quality in Health Care* (Consejo Australiano para la seguridad y calidad en la Atención Sanitaria) fue creado en enero de 2000 por el Ministerio Australiano de Sanidad. Su página *web* puede encontrarse en: <http://www.safetyandquality.org>

CUADRO 1.6 Diez recomendaciones del *National Expert Advisory Group*

Escuchar al cliente: aumentar la responsabilidad del sistema ante los clientes, mejorar la información que se les facilita, aumentar la implicación del cliente, mejorar la formación de los proveedores y de los clientes.

1. *Crear métodos para la participación de los clientes*

Perseguir las mejores prácticas médicas: a través de la medicina basada en la evidencia; tener acceso a los documentos, tecnología y métodos para evaluar y manejar la literatura sobre medicina basada en la evidencia.

2. *Aplicar prácticas basadas en la evidencia*

Aprender de los errores, de las situaciones adversas y de las quejas: Las situaciones adversas y el riesgo de errores se deben minimizar; para ello existen diferentes métodos: *risk management, peer review, self assessment, ongoing certifications*.

3. *Crear estrategias para el intercambio de información entre todas las partes con el fin de minimizar el riesgo de situaciones adversas.*
4. *Dar respaldo legal a la investigación de situaciones adversas.*
5. *Establecer un sistema general para la recopilación de datos y análisis, situaciones adversas y quejas.*

Desarrollar un sistema para la mejora y gestión de la calidad:

6. *Desarrollar un sistema nacional de medida de la actividad y elaboración de informes.*
7. *Mejorar la calidad de los mecanismos de acreditación.*
8. *Cambiar el diseño y la gestión enfocándolos a promover una mayor rapidez del circuito de los clientes a través de los servicios sanitarios.*

Desarrollar un sistema de información: es necesario que la información fluya a través de toda la organización, y que dé una visión integral del paciente. La información clínica debe respaldar la toma de decisión de los proveedores. Hay que promocionar una información uniforme, mediante el uso de las tecnologías de la información, pero protegiendo siempre la privacidad de los pacientes.

9. *Investigar y desarrollar sistemas de información clínica y administrativa que estén enfocados a todo sistema y que sean aplicables.*

Educación y formación:

10. *Establecer unos requisitos nacionales para la educación y formación de los proveedores que favorezcan su implicación en la mejora de la calidad.*

desigual, su acogida ha sido hasta ahora la más entusiasta. A ellos se han ido sumando los gestores, a medida que su nivel de profesionalización ha ido en aumento. Ahora bien, en el terreno político los programas han estado –y en gran medida aún lo están– muy centrados en la reivindicación de más recursos, lo cual ha apartado a menudo la atención de los problemas que plantea el uso inadecuado o ineficiente de los recursos que ya existen.

Con todo, a mediados de los años noventa se iniciaron las primeras iniciativas que situaban la calidad como elemento estratégico para la gestión de los servicios de salud y de las administraciones sanitarias. Las políticas de calidad de las distintas administraciones sanitarias mostraban algunos rasgos comunes.

El primero se deriva de la necesidad de regular los servicios de salud en el ámbito territorial de cada administración, lo que ha hecho que los aspectos de acreditación/cer-

tificación tengan preeminencia. Cada administración ha optado por un modelo de acreditación propio y, en general, han empezado con la acreditación de hospitales (aunque Cataluña planteó muy pronto un modelo global aplicable a todo tipo de servicios). Galicia desarrolló un modelo de acreditación por servicios especializados; Cataluña se decidió por el modelo EFQM, lo mismo que el País Vasco, y Andalucía desarrolló su propio sistema, basado en la identificación y acreditación de procesos asistenciales. Los esfuerzos por desarrollar un sistema común a toda España han sido hasta ahora infructuosos, lo que, por cierto, ocurre también en bastantes países desarrollados. Así, la confusión entre modelos de «acreditación» (tipo *Joint Commission*), «certificación» (tipo ISO) y «excelencia» (tipo EFQM) sigue existiendo. Otro aspecto relevante es que, en general, no está claro para qué se va a usar la acreditación/certificación en el sistema público (¿para ordenar la prestación de servicios propios?; ¿para contratar servicios externos?; ¿para que elijan los usuarios?; ¿para premiar la buena calidad, penalizar la mala o ambas cosas?). Además, en el ámbito público no se ha seguido la norma básica de separar claramente la entidad acreditadora de la o las acreditadas.

Sin embargo, casi todas las Administraciones han elaborado encuestas de satisfacción de los usuarios y sobre aspectos que tienen que ver con la calidad percibida (p. ej., trato, plazos de espera, etc.), y más recientemente sobre los aspectos relacionados con la participación individual en las decisiones clínicas (p. ej., la gestión de quejas y reclamaciones o el consentimiento informado). Por último, recientemente ha irrumpido la preocupación por la seguridad y el análisis de riesgos, en sus vertientes clínica y estructural.

En mayo de 2003, el Congreso de los Diputados aprobó la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, y con ella creó un marco para la consolidación del Sistema Nacional de Salud que, tal como indica el nombre de la ley, asienta el sistema sobre los principios de cohesión y calidad. La nueva ordenación sanitaria busca articular el Sistema Nacional de Salud, tras la conclusión de las transferencias sanitarias a todas las Comunidades Autónomas y la disolución del INSALUD y sobre la incorporación de la calidad como compromiso político. De ahí que la Ley sea fundamentalmente un instrumento para la cohesión del Sistema Nacional de Salud, más que un medio para delimitar el marco en el que se debe desarrollar la calidad de todo el sistema sanitario¹².

Los tres artículos dedicados específicamente a la calidad establecen que ésta debe presidir las actuaciones de las instituciones sanitarias, tanto públicas como privadas. Para ello se define una «infraestructura de la calidad», bajo la tutela de un órgano dependiente del Ministerio, la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Dicha agencia se encargará de elaborar y mantener los cinco elementos que componen la infraestructura:

- Normas de calidad y seguridad, que guíen a centros y servicios en la consecución de una práctica segura.
- Indicadores, que sirvan para comparar la calidad de los centros y servicios.
- Guías de práctica clínica y asistencial.
- Un registro de buenas prácticas.
- Un registro de acontecimientos adversos.

Además, la Ley prevé que el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas elaboren conjuntamente planes de calidad del Sistema Nacional de Salud, en los que se definirán los objetivos prioritarios de calidad.

¹² Es interesante que la propia ley no enfatice la obvia relación que se podría establecer entre la necesidad de una mayor cohesión del sistema sanitario ya descentralizado y la mejora en la calidad que ello conllevaría

Finalmente, la Ley indica que el propio Ministerio y las Comunidades Autónomas fomentarán la evaluación externa y periódica de la seguridad y la calidad.

Así pues, con la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud el sistema sanitario español da un paso importante en la misma dirección que siguen los países líderes en la introducción del criterio de calidad en los sistemas sanitarios. Pero ese paso deberá consolidarse desarrollando los elementos necesarios para que la «infraestructura de la calidad» se despliegue y haga posible la convergencia política y profesional necesaria para satisfacer la demanda social de seguridad y calidad del sistema sanitario.

CASO

Una apuesta por la calidad: Planes integrales de salud. Un instrumento útil para clínicos y gestores¹³

Luis Bobigas Sangtasusana; Isabel de la Mata Barranco; Alberto Infante Campos; Paloma Soria Valle

Antecedentes

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, dispone en su artículo 71 que el Estado y las Comunidades Autónomas podrán establecer planes de salud conjuntos que, cuando impliquen a ambas Administraciones, se formularán en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. El artículo 73.2 señala que el Estado y las Comunidades Autónomas podrán elaborar programas sanitarios y proyectar acciones sobre los diferentes sectores y problemas de interés para la salud. El artículo 74 establece que existirá un Plan Integrado de Salud que «recogerá en un documento único los planes estatales, los planes de las Comunidades Autónomas y los planes conjuntos. Asimismo relacionará las asignaciones a realizar por las diferentes Administraciones Públicas y las fuentes de su financiación». Por último, los artículos 75 a 77 indican algunas normas de procedimiento para su elaboración.

Desde la promulgación de la LGS, las consejerías de Salud de las Comunidades Autónomas han elaborado planes de salud, y prácticamente todas los han revisado más de una vez. Un análisis de estos documentos muestra que se han elaborado con metodologías dispares (cuyos enfoques varían desde los muy normativos a los muy estratégicos, desde los centrados en la población a los centrados en los recursos, desde los orientados a la situación de salud a los orientados a la organización y la gestión de los servicios); que la duración de los planes es diferente; que los documentos no siempre incluyen información precisa sobre la financiación de las actuaciones, y que, a menudo, tienen un formato excesivamente literario y poco operativo.

Es decir, con frecuencia han sido planes más pensados por y para los gestores y decisores políticos que para los pacientes, los profesionales y la población. Por otra parte, tampoco el Ministerio de Sanidad y Consumo ha logrado hasta ahora presentar un documento unificado que refleje «los planes estatales» a los que se refiere la Ley. Todo ello puede explicar que, diecisiete años después, las previsiones de ésta respecto al plan integral no se hayan cumplido.

A mediados de los años noventa aparece el paradigma del *Clinical Governance* con la idea de hacer más gestora la clínica (devolución de responsabilidades de decisión y organización

¹³ Los autores se reconocen en deuda con el Dr. J.R. Repullo porque algunas de sus ideas, aportadas en la discusión del PICI, han sido empleadas para la redacción de este caso.

a los clínicos) y más clínica la gestión (gestionar la producción de servicios a través de una decidida inversión en conocimiento específico por parte de las instituciones sanitarias). Un exponente de este giro ha sido la reforma británica de 1997: de un modelo basado en esquemas gerenciales y de competencia entre agentes y niveles (mercado interno) se pasó a otro en el que predominaba el interés por la colaboración, y se crearon nuevos instrumentos de gestión del conocimiento (en particular el NICE – *National Institute for Clinical Excellence*).

Se pretende influir en las decisiones a partir de la elaboración de recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica, que promuevan estilos de práctica efectivos y eficientes entre los clínicos. La aceptación de estos instrumentos se fundamenta en la transparencia con la que se elaboran (amplia participación de todos los agentes implicados), en la excelencia científica que los avala y en el respaldo que las autoridades sanitarias le otorgan (creando estándares que luego serán utilizados para la evaluación).

De ese modo, la gestión clínica puede aportar un beneficio adicional en el dilema entre planes de salud y planes de servicios. En efecto, la posibilidad de configurar la respuesta a los problemas de salud desde una perspectiva integrada, además de su tradicional utilidad como forma de crear patrones de reorganización del sistema, actúa como guía para situar las decisiones clínicas en un contexto efectivo partiendo de la cooperación y las sinergias entre los profesionales, los servicios y las redes.

Con un criterio en parte diferente, pero complementario, la Organización Mundial de la Salud ha planteado recientemente la necesidad de revisar y, en su caso, rediseñar los sistemas de salud para atender mejor las necesidades de los pacientes aquejados de enfermedades crónicas y de sus familias.

El interés de algunos técnicos del Ministerio de Sanidad y Consumo por ese asunto hizo que en 2001 se organizaran dos talleres para conocer de cerca la experiencia de los responsables de dos de los recién iniciados *Framework* ingleses: el de cardiopatía isquémica y el de cáncer. Ambos textos se tradujeron al español y fueron distribuidos por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Este interés se vio acrecentado después por la transferencia de la gestión de la asistencia sanitaria a todas las Comunidades Autónomas a partir del 1 de enero de 2002, que ha obligado a replantear tanto el papel del Ministerio como el de los propios instrumentos de coordinación y cohesión del SNS.

Por otro lado, el 10 de septiembre de 2002 el Pleno del Senado aprobó una moción que instaba al Gobierno a elaborar este tipo de planes en coordinación con las Comunidades Autónomas. Y a finales de 2002 las discusiones sobre el proyecto de Ley de Cohesión y Calidad crearon un terreno fructífero para que los planes integrales se incorporaran al nuevo texto legislativo como una modalidad de planificación acorde con las nuevas realidades. De hecho, el artículo 64 del texto definitivo de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del SNS, contiene la definición, el alcance y los objetivos de los planes integrales de salud.

Los planes integrales en el SNS español

Los planes integrales establecen estándares y proponen modelos de actuación basados en las mejores pruebas disponibles en los ámbitos de la promoción, la prevención, el manejo clínico, la rehabilitación y la reinserción social, los sistemas de información y la investigación. Son elaborados con amplia participación de las sociedades científicas, las Comunidades Autónomas y otros agentes sociales y se revisan periódicamente. La utilidad de los planes integrales se basa en establecer criterios de coordinación. Cada Comunidad, una vez marcados los estándares generales, bases y criterios, elige el modelo organizativo que más se adapta a sus peculiaridades y necesidades.

La decisión de comenzar con el plan de cardiopatía isquémica se basó en criterios de mortalidad (63 000 muertos por esta causa en 2001); de integralidad de las estrategias de ataque (p. ej., el 50% de los pacientes eran hipertensos, una proporción similar eran fumadores y más del 25% tenían dislipemia o eran diabéticos; y sólo el 60% de los casos llegan al hospital); y de variabilidad de la práctica clínica en algunos de los procedimientos usuales de tratamiento (p. ej., según datos de 2001, las tasas de ecografía van del 35% al 82% de los pacientes, y las de angioplastia, del 4% al 25%).

Además, la mayoría de las causas de la cardiopatía isquémica son prevenibles, y sus efectos son en gran medida reversibles. Y es sabido que la mayor parte de los factores de riesgo de cardiopatía isquémica lo son también de otras enfermedades frecuentes de alto costo humano, social y económico (como el cáncer, otras enfermedades cardiovasculares o la diabetes). No sin fundamento, la prevención de la cardiopatía isquémica ha sido a menudo considerada «el corazón de la prevención».

Los planes integrales se asientan en tres pilares: estándares de servicio claros, prestación adecuada y evaluación de resultados. Sus principios rectores son la reducción de desigualdades, la elevación de la calidad de la atención y la información. En el caso del Plan Integral de Cardiopatía Isquémica (PICI), ello se lleva a cabo fundamentalmente a través de: i) la reducción de los tiempos de atención mediante el establecimiento o fortalecimiento de redes asistenciales y el diseño de «vías clínicas» de atención; ii) garantizando el trabajo en equipo de los distintos profesionales involucrados desde sus diferentes áreas de actuación, y iii) incorporando de manera juiciosa y controlada los avances científicos y tecnológicos en este campo.

Tras la reciente reorganización del Ministerio de Sanidad y Consumo la elaboración de planes integrales ha pasado a depender de la Secretaría General de Sanidad. Por orden ministerial se establecen las directrices para la elaboración de cada plan integral, se asignan responsabilidades y se fijan los objetivos, las áreas de intervención y la metodología de trabajo.

El Comité Director del plan es la Comisión Delegada del Consejo Interterritorial del SNS (CD), formada por representantes del Ministerio de Sanidad y Consumo y de las Consejerías de Salud de las Comunidades Autónomas. Antes de comenzar la redacción de un plan integral, el Ministerio de Sanidad y Consumo elabora un *estudio de situación*, que incluye información actualizada sobre demografía, contexto internacional, mortalidad, morbilidad, recursos asistenciales disponibles, políticas nacionales y regionales sobre el problema, costes de la enfermedad, etcétera. Esta fase es importante porque, entre otras cosas, permite conocer cuáles son las principales sociedades científicas relacionadas con el tema y qué Comunidades Autónomas disponen de experiencia en el diseño y aplicación de instrumentos similares¹⁴.

Cada plan integral tiene un responsable, profesional de reconocido prestigio en el ámbito de que se trata. Además, se constituye un Comité de Redacción, que es el encargado de preparar la versión preliminar del plan. Este comité está formado por el responsable del plan, el director general de la Agencia de Calidad del SNS (por delegación del secretario general) y el portavoz de cada uno de los grupos de trabajo que se formen, uno para cada una de las diferentes áreas de actuación. Los portavoces son profesionales de prestigio en cada área, y su función básica es asegurar que el trabajo encomendado al grupo se efectúa según los criterios establecidos y en el plazo marcado. Para participar en los grupos de trabajo las sociedades

¹⁴ Por ejemplo, cuando se inició la elaboración del Plan Integral de Cardiopatía Isquémica se comprobó que ninguna Comunidad Autónoma disponía de un plan similar. Sin embargo, cuando se inició la elaboración del Plan Integral de Cáncer se comprobó que seis de ellas disponían de planes similares, en algún caso desde hacía casi una década.

científicas y otros organismos relacionados con el área designan representantes. También lo hacen las Comunidades Autónomas.

La versión preliminar del plan elaborada por el Comité de Redacción se somete a la revisión externa de expertos nacionales e internacionales, de los presidentes de las sociedades científicas involucradas, de las Consejerías de Salud y, si procede, de otras asociaciones. A continuación el Comité de Redacción prepara una nueva versión en la que se introducen las observaciones recibidas, la cual se presenta a la Comisión Delegada para su aprobación final. A partir de ese momento, la Comisión Delegada discute la implantación del plan.

El primer plan integral que ha llegado a este punto es el de cardiopatía isquémica (PICI), en cuya elaboración han participado unas cien personas entre profesionales, representantes y presidentes de sociedades científicas, representantes de Comunidades Autónomas y revisores. El pasado 23 de septiembre, la Comisión Delegada aprobó el texto del PICI. Por su parte, el Plan Integral de Cáncer (PICA) está todavía en fase de elaboración, que se prevé concluya el 4 de febrero de 2004.

Algunas lecciones

La primera lección que puede extraerse de este plan es que el procedimiento elegido se ha demostrado útil. El PICI y el PICA han sido elaborados en poco más de seis meses con participación y transparencia y al decir de los revisores externos, con un alto nivel de pertinencia técnica. A ello ha contribuido tanto la elaboración de estudios de situación previos como, cuando ha sido el caso, el trabajo conjunto con los equipos técnicos de las Comunidades Autónomas que ya disponían de instrumentos similares en el ámbito de sus competencias.

La segunda lección es que, tal como se puso de manifiesto en la Comisión Delegada, el plan es visto como «de todos» (es decir, de los profesionales, de las administraciones sanitarias, de los pacientes), y en su implantación y logros todos han de sentirse comprometidos. Éste es uno de sus grandes logros, y habrá de ser reforzado y mantenido.

La tercera es que la implantación del plan requiere una comisión permanente de seguimiento formada por representantes de las administraciones sanitarias y de las sociedades científicas, aunque, a diferencia de la fase de elaboración, probablemente con mayor presencia de los principales responsables de su implantación: los servicios de salud de las Comunidades Autónomas.

La cuarta es que el contenido técnico del plan requiere un dispositivo ágil y fiable de revisión permanente. En efecto, durante los cuatro años (2004-2007) de vigencia del plan es seguro que se producirán cambios en el «estado del arte» que habrán de ser conocidos, evaluados y, en su caso, incorporados. Parece lógico que el Comité de Redacción siga cumpliendo esas funciones y proponga las modificaciones necesarias a la Comisión del plan.

La quinta es que los indicadores de logro de los objetivos requieren sistemas de información adaptados y fiables, así como un firme compromiso de comunicación de los datos por parte de las Comunidades Autónomas. Su correlato no es otro que el análisis conjunto por parte de todos de las diferencias territoriales que puedan observarse.

La sexta es que es indispensable una fase de «difusión», con presentación del plan en congresos de las sociedades científicas involucradas, a los medios de comunicación y por medios electrónicos. En esta fase se deberán modular los mensajes principales del plan en función de los destinatarios a quienes van dirigidos: pacientes, población general, profesionales, administraciones sanitarias. También se deben asegurar las sinergias con otras acciones de política sanitaria ya en marcha (p. ej., las campañas en curso contra el tabaquismo, el sedentarismo y en pro de una nutrición equilibrada).

La séptima es que la mayor parte de los estándares y objetivos propuestos implicarán modificaciones en la forma de hacer las cosas. Algunas de estas modificaciones pueden producir variaciones (incrementos y reducciones) del gasto. Identificar cuáles son éstos y cuánto representan estas variaciones es la primera tarea que deben afrontar las Comunidades Autónomas. El Ministerio puede facilitar la labor proporcionando una metodología unificada para realizar ese trabajo. A partir de ahí, de acuerdo con lo previsto en la Ley de Cohesión y Calidad del SNS, corresponde al Consejo Interterritorial del SNS determinar si procede solicitar el incremento de financiación con cargo a los fondos de suficiencia o de cohesión.

La octava es la importancia de las «buenas prácticas». Cada capítulo del plan contiene ya algunos ejemplos de «buenas prácticas». Se puede crear un «catálogo de buenas prácticas» accesible a los interesados, junto con estímulos a estas «buenas prácticas» como medio para fomentar la calidad en el SNS, entre ellos un premio anual a la más destacada. Sería muy deseable que todo ello se llevara a cabo en conexión con iniciativas autonómicas similares.

Conclusiones

Todo lo anterior sitúa a los planes integrales en un contexto próximo a otros instrumentos hoy día en uso, tales como los de «*disease management*», o gestión de enfermedades (aunque los supera por contexto institucional), las guías de práctica clínica (pese a que trasciende el uso habitual del término al extender su alcance hacia la prevención primaria y la organización de la red asistencial), los programas de atención integral de patologías (que tienen una resonancia más próxima a la aplicación de la MBE y a la investigación de servicios de salud en la práctica asistencial), los planes monográficos por problemas de salud (que constituyen respuestas organizadas según criterios propios para afrontar problemas recientes como el sida, el síndrome tóxico, o pasados, como la tuberculosis, pero que tienen tendencia a crear en su entorno redes monográficas específicas) y, también, a aquellas partes de los Planes de Salud de las CCAA que se ocupan de problemas de salud definidos en torno a grandes grupos de causas de mortalidad (cardiovascular, cáncer, accidentes, etc.)

Aunque se trata de una herramienta cuya utilidad va a depender en buena medida de los desarrollos futuros, tiene sin embargo algunas especificidades derivadas del contexto organizativo en el que se desenvuelven:

- a) La *vocación sistémica de integración*, pues los planes se conciben como un ámbito de sinergia y cohesión del SNS, que pretende contribuir a la mejora de la calidad para todos los ciudadanos españoles, así como reducir las desigualdades y desequilibrios territoriales de los servicios).
- b) La *vocación de integración* de la cadena causal de la enfermedad (y no sólo de limitarse a las fases preventivas o a las fases clínicas por separado); por tanto, plantean intervenciones que afecten a las causas y consecuencias de las patologías.
- c) Una *triple orientación* en el enfoque de la intervención:
 - Una orientación de **macro-gestión**, que establece las prioridades en política sanitaria al concretar problemas y fijar objetivos prioritarios en los que el SNS va a comprometer su iniciativa institucional y recursos incrementales, dimensión que probablemente interesará sobre todo a los políticos;
 - Otra de **meso-gestión**, que contiene elementos para articular las modalidades de respuesta asistencial y de coordinación de niveles y dispositivos (salud pública, atención primaria, atención especializada, atención sociosanitaria, redes sociales e institucionales, etc.), dimensión que probablemente interesará sobre todo a los gerentes;

- Otra de **micro-gestión** a través de la aplicación de sus estándares, objetivos y acciones en el nivel de decisión clínica y gestión de procesos, para garantizar que la mejor evidencia científica se concrete en trayectorias asistenciales efectivas, eficientes y de calidad, dimensión que probablemente interesará sobre todo a los clínicos.

Así concebidos, los planes integrales aparecen como un instrumento de planificación que pretende crear un terreno de encuentro entre políticos, gerentes y clínicos en beneficio de los pacientes. Se trata de un proyecto tan necesario como ambicioso, al que sólo cabe desear suerte y éxito en beneficio de todos.

BIBLIOGRAFÍA

- Andersen Consulting. *El futuro de la sanidad en Europa: informe de resultados para España*. Madrid, Andersen Consulting, 1993.
- BULARD M. *La Sanidad entregada al mercado. La inseguridad social programada*. Le Monde diplomatique, 2003.
- Congreso de los Estados Unidos de América. *Healthcare Research and Quality Act* of 1999.
- Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Institute of Medicine, 2001
- Committee on Quality of Health Care in America. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Institute of Medicine, 2000.
- Department of Health. A Review of the medical services in Great Britain: Report of the Medical Services Review Committee (The Porritt Report). Londres, Social Assay, 1962.
- Department of Health. *Competing for Quality*. Londres, White paper HMSO, 1991.
- Department of Health. *Working for Patients*. Londres, HMSO, 1989.
- Department of Health and Social Security and Welsh Office. *Patients First: Consultative Document on Structure and Management*. London, Institute of Health Services Management, 1979.
- DONABEDIAN A. *La calidad de la atención médica: Definición y métodos de evaluación*. La Prensa Médica Mexicana, SA. 1984.
- ENTHOVEN A. Managed Competition: An Agenda for Action. *Health Affairs* 1988; 7:3 25-47.
- ENTHOVEN A. *Reflections on the Management of the National Health Service*. Londres, Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1985.
- Expert Advisory Group on Safety and Quality in Australian Health Care. *Interim Report*. Australian Health Minister, 1998.
- FERLIE A, PETTIGREW L, ASHBURNER L, FITZGERALD L. *The new public management*. Oxford University Press, 1996.
- FRY J, FARNDAL WA. Medicine and the society of man. Capítulo en el libro: *International medical care: A comparison and evaluation of medical care services throughout the world*. Oxford and Lancaster, Medical and Technical Publishing Co Ltd, 1972.
- GRIFFITHS R. (1983). *NHS Management Inquiry*. Londres, Department of Health and Social Security, 1983.
- HARRISON S. (1982) Consensus decision making in the National Health Services: a review, *Journal of Management Studies* 1982; 19(4): 377-94.
- HARRISON S, POLLITT C. *Controlling health professionals: The future of work and organization in the NHS*. Open University Press, 1994.
- Labour Party. *Because Britain deserves better*. Manifiesto electoral del Partido Laborista, 1997.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- LIK MUI. *Developing medical directors in Clinical directorates*. Tesis doctoral, 1997.
- National Audit Office. *Financial Management Initiative*, HMSO, Londres, 1986.
- National Health Service. 1998 *A First Class Service-Quality in the new NHS*, Londres, HMSO, 1998.
- National Health Service and Community Act. Londres, HMSO, 1990.
- NAVARRO V. *Class Struggle, the state and medicine: An historical and contemporary analysis of the medical sector in Great Britain*. London, Robertson. Citado por Lik Mui en su tesis (ii), 1978.
- OCDE. The Reform of Health Care. A comparative Analysis of Seven OECD Countries. *Health Policy Studies* nº 2 1992.
- PARSONS T. «El sistema social». *Revista de occidente*, 1966. Versión en inglés bajo el título: *The Social Systems* editado por: Nueva York, the Free Press of Glenoe, 1951.
- POLLITT CJ. *Managerialism and the public services: Cuts or cultural changes?* Oxford, Blackwell, 1993.
- President's Advisory Commission on Consumer Protection and Quality in Health Care Industry. *Quality First: Better Health of All Americans*. 1997 En la página web: <http://www.hcqualitycommission.gov/final/>
- President's Advisory Commission on Consumer Protection and Quality in Health Care Industry. *Consumer Bill of Rights and Responsibilities*. 1997 En

- la página *web*: <http://www.hcqualitycommission.gov/cborr/>
- Problems of lost health benefits is reaching into the middle class. *The New York Times*, 25-11-02, citado por Bulard M.
- Quality Improvement Strategy for Public Hospitals*: 2001 Documento de discusión elaborado por un grupo de trabajo a requerimiento del Gobierno de Nueva Zelanda.
- Real Decreto 840/2002, de 2 de agosto, por el que se modifica y desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Report of the inquiry into London's health service, medical education and research. 1992 (Tomlison Report) Londres, HMSO, 1992.
- ROBINSON R. *Competition and Health Care. A comparative analysis of UK plans and US Experience*. King's Fund Institute. (Research Report), 1990.
- SALTMAN RB, FIGUERAS J. *Reformas sanitarias en Europa. Análisis de las estrategias actuales*. Organización Mundial de la Salud y Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1997.
- STIGLITZ JE. *El papel económico del Estado*. 1993. Instituto de Estudios Fiscales. Primera edición en inglés en 1989.
- Scottish Health Services Council Committee. Administrative practice of hospital boards in Scotland, presidido por Farquharson-Lang, W.M. Londres, HMSO, 1965.
- Taskforce on Quality in Australian Health Care. *Taskforce on Quality in Australian Health Care*. Australian Health Ministers Advisory Council, 1996.
- The Health and Disability Commissioner (1996). Code of Health and Disability Services Consumers' Rights. En la página *web*: http://www.hdc.org.nz/aboutus/the_code/TheCode.html
- The Report of the Public Inquiry into children's heart surgery at the Bristol Royal Infirmary 1984-1995. Learning from Bristol. Presentada al Parlamento por el Secretario de Estado para Salud. Julio 2001.
- TUSSING AD. (1985). *Irish Medical Care Resources. An economic Analysis*. The Economic and Social Research Institute, Dublin 1985. Citado en el documento de la OCDE *The Reform of Health Care. A comparative Analysis of Seven OCDE Countries*. 1992.

■ CASO

- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Enfermedad Coronaria. Plan Integral de Servicios*. Madrid, 2001.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *El Plan de Cáncer del NHS. Un plan de inversión. Un Plan de reforma*. Madrid, 2002.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de salud Carlos III. *Plan Integral de Cáncer. Estudio de Situación*. Madrid, 2003 (en prensa).
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Sociedad Española de Cardiología. Cardiopatía Isquémica en España. Análisis de Situación 2001*. Madrid, 2001.
- World Health Organization. *Innovative Care for chronic conditions: building blocks for action*. Geneva, 2002, 112 pages. English (French, Spanish and Arabic in preparation).

CAPÍTULO 2

Escenarios de participación de los médicos en la gestión

DE LA GESTIÓN DEL PRESUPUESTO AL GOBIERNO CLÍNICO

Evolución del proceso de participación de los médicos en la gestión ■

Lola Ruiz Iglesias

- Reformas sanitarias, autonomía de gestión y participación de los médicos
- Evolución de las organizaciones sanitarias
- La participación de los médicos en la gestión de los recursos y en las estructuras de gestión
- Incorporación de los médicos a los procesos de evaluación y control de la calidad en las organizaciones sanitarias

El escenario emergente del gobierno clínico ■

Lola Ruiz Iglesias, Lluís Orriols i Galve, Pere Picorelli Riutord

- Visión general del gobierno clínico
- Definición de gobierno clínico
- Implementación del gobierno clínico
- Elementos del gobierno clínico
- Atención integrada y gobierno clínico
- Sumario

Gestión clínica en España ■

Lola Ruiz Iglesias, Lluís Orriols i Galve, Pere Picorelli Riutord

- Evolución del marco de gestión en el Sistema Nacional de Salud
- Introducción y desarrollo de la gestión clínica

CASO:

El caso del Hospital Clínico de Barcelona

Joan Grau Sociats

- Aproximación a la gestión clínica desde la literatura sanitaria
- Resumen

El gobierno de las organizaciones ■

Lola Ruiz Iglesias, Lluís Orriols i Galve

- Dirección estratégica y gobierno de las organizaciones
- Los principios del buen gobierno de las organizaciones
- El gobierno de las organizaciones sanitarias

Bibliografía ■

EVOLUCIÓN DEL PROCESO DE PARTICIPACIÓN DE LOS MÉDICOS EN LA GESTIÓN

Lola Ruiz Iglesias

Reformas sanitarias, autonomía de gestión y participación de los médicos

El proceso de incorporación de los médicos a la gestión está estrechamente ligado a la necesidad de las administraciones sanitarias de influir en la práctica médica, y por tanto en las decisiones clínicas, para controlar el gasto sanitario y asegurar la eficiencia económica del sistema. El control de la práctica médica se inicia con la introducción de la figura del gerente en las organizaciones sanitarias y con el establecimiento de indicadores de actividad. Posteriormente, las estrategias de control son más indirectas y se orientan a cambiar las actitudes y percepciones de los médicos sobre su propia práctica y su responsabilidad en la utilización de los recursos. El resultado de este nuevo enfoque es un cambio en la cultura y funcionamiento de las organizaciones sanitarias, con la incorporación de los profesionales a la propia gestión. A esta fase corresponden iniciativas tales como la descentralización del presupuesto y de la gestión de los recursos, el desarrollo de nuevas formas organizativas (como los *Clinical Directorates* en el Reino Unido, o la gestión clínica en España), y el desarrollo de metodologías de evaluación basadas en los propios profesionales, como el *medical audit*.

En las reformas sanitarias, la corresponsabilización de los médicos en la gestión de los recursos y su participación en la gestión de las organizaciones se consideran factores clave en el control del gasto y en la calidad de la asistencia, y forman parte de un conjunto de medidas estructurales y organizativas de los sistemas y organizaciones sanitarias entre las que cabe destacar:

- Separación entre la financiación y la provisión de servicios.
- Introducción de una relación de carácter contractual entre los distintos agentes involucrados en la compra y prestación de servicios.
- Desarrollo de los sistemas de información.
- Descentralización de la gestión, con mayor grado de autonomía de los centros.
- Incorporación de los clínicos a la gestión.
- Diseño de un sistema sanitario centrado en el paciente y en sus necesidades y expectativas de servicio.

A raíz de la introducción y desarrollo de estas medidas han surgido iniciativas como los «*Hospital Trusts*» y los «*General Practitioners Fund Holding*» en el Reino Unido, o los nuevos modelos de gestión en el Sistema Nacional de Salud en España. En lo que a la participación de los clínicos en la gestión se refiere, está siendo un proceso lento y desigual, no exento de dificultades, en el que caben destacar las experiencias de Dinamarca, Suecia, Reino Unido y Noruega. En el Cuadro 2.1 se recogen brevemente las iniciativas adoptadas por algunos países europeos para la participación de los médicos en la gestión.

Aunque el ahorro y el control del gasto han sido objetivos importantes en las estrategias diseñadas por las administraciones sanitarias para la incorporación de los clínicos a la gestión, la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria siempre ha estado presente en el discurso sanitario, si bien no se convierte en el eje central de las políticas del sector hasta muy entrada la década de los noventa. Un impulso importante en este sen-

CUADRO 2.1 Iniciativas para la participación de los médicos en la gestión**Dinamarca**

Devolución del presupuesto a los departamentos clínicos o a los Clinical Directorates.

Equipo directivo constituido por un triunvirato: el gerente, el director médico y la directora de enfermería.

Los directores médicos se nombran cada cuatro años.

La comunicación se facilita a través del alineamiento estratégico entre la alta dirección y los departamentos clínicos y las juntas de médicos y enfermeras.

Grecia

La Junta Directiva del hospital cuenta con representantes de los médicos y de otros estamentos.

Irlanda

Los especialistas tienen que hacer planes de negocio por especialidad.

Noruega

Devolución del presupuesto al nivel clínico.

Participación de los profesionales sanitarios en el desarrollo de los planes de salud de la región.

España

Promoción de la participación de los médicos.

Estimulación de la participación introduciendo sistemas de información clínica.

Suecia

Presupuestos clínicos (clinical budgets) con sistemas de transferencia interna.

Énfasis en los mecanismos de información y formación, más que en los de control.

Desarrollo de indicadores de calidad por especialidad.

Círculos de calidad con multiprofesionales.

Reino Unido

Descentralización de la gestión a los Clinical Directorates con devolución del presupuesto.

Formación de médicos en la gestión.

Austria

Formación en gestión para los médicos responsables de unidades y servicios.

Francia

Aumento del diálogo a través de comités.

Desarrollo de mecanismos de responsabilidad; los directores médicos son evaluados y nombrados cada cinco años.

Holanda

Tendencia a convencer a los médicos especialistas de los hospitales que son autocontratados, de que participen más activamente en la gestión diaria asumiendo mayor responsabilidad en su propio presupuesto.

Suiza

Potenciación del liderazgo de los jefes de servicio en la gestión formándolos en este campo.

Fuente: elaboración sobre el informe de Cooper & Lybrand. *European healthcare trends: towards managed care in Europe* (véase Rosleff y Lister).

tido lo da la llegada del Partido Laborista al gobierno en el Reino Unido, y con ella la reorientación de la política sanitaria hacia la cooperación, la coordinación y la calidad de la atención sanitaria. En efecto, la política sanitaria del gobierno de Tony Blair incorpora a los valores que fundamentan el nuevo *National Health Service* la calidad del sistema sanitario: «*Sin calidad no hay justicia social*»¹. El foco de la política sanitaria pasa de la competencia entre proveedores y el ahorro en costes, propiciados por el gobierno anterior, a la mejora de la calidad total mediante la supresión del mercado interno y la implantación de una nueva estrategia basada en el buen gobierno clínico y corporativo. El nuevo objetivo del Gobierno era aplicar un sistema integrado de cuidados basado en la colaboración y en la calidad de su funcionamiento. En este sistema, las necesidades de los pacientes son el centro de las decisiones, así como también la mejora de la calidad, eficacia y eficiencia, lo que necesariamente comporta la ruptura de las barreras entre niveles asistenciales y entre profesionales. La propuesta del gobierno clínico rompe estas barreras para conseguir una atención sanitaria de calidad a través de toda la organización.

Surge en Europa un nuevo enfoque en la política sanitaria y en la gestión de los sistemas sanitarios públicos del que se derivan cambios importantes en la gestión de las organizaciones y en la participación de los médicos en la misma. Este nuevo enfoque se basa en una cultura de calidad, se articula en la atención integrada a los pacientes, se gestiona sobre los principios de la buena gestión de las organizaciones, y se gobierna según los principios del buen gobierno de las mismas: transparencia y responsabilidad social.

Evolución de las organizaciones sanitarias

Desde la introducción de los gerentes en las organizaciones sanitarias, a principios de los años ochenta, hasta la iniciativa del gobierno clínico, a finales de los años noventa, la estructura organizativa y la forma de operar de las organizaciones sanitarias han experimentado una evolución muy desigual, (con diferencias importantes entre países, y dentro de un mismo país), desde modelos jerárquicos, muy centralizados, a modelos horizontales, con alto grado de participación de los profesionales en las decisiones estratégicas y operativas de la organización.

Las distintas iniciativas de participación de los médicos en la gestión reflejan la propia evolución de los modelos organizativos de las organizaciones sanitarias y de su cultura de gestión. A diferencia de otros sectores, el sector sanitario ha tardado tiempo en incorporar la visión y metodologías que aporta la gestión de operaciones (uno de cuyos componentes es la gestión por procesos) y el cambio de cultura organizativa que aporta la gestión de la calidad. Por ello la evolución desde modelos centralizados y jerarquizados hacia modelos más horizontales (y, por tanto, más adecuados para responder a los requerimientos de un proceso asistencial coordinado, en el que no se rompa la continuidad terapéutica) ha sido lenta, y en la actualidad el modelo jerárquico tradicional sigue teniendo un peso considerable, especialmente en países con una cultura administrativa muy consolidada, como es el caso de España.

No obstante, las organizaciones sanitarias tienden hacia modelos organizativos descentralizados, focalizados en la calidad de atención al paciente, alineados con los objetivos estratégicos y los valores de la corporación, y con sistemas de evaluación y control muy desarrollados. El modelo del gobierno clínico representa un paso decidido en esta dirección.

¹ El primer gobierno del nuevo laborismo presidido por el Primer Ministro Tony Blair plasma estos cambios en el *White Paper* (documento político gubernamental). *A First Class Service-Quality in the new NHS*, (NHS, 1998).

En la Figura 2.1 se muestra la relación entre distintos modelos organizativos (jerárquico, matricial y del conocimiento) y la evolución de la participación de los profesionales en las decisiones operativas y estratégicas de la organización (jefaturas de servicio, *Clinical Directorates* y gobierno clínico).

En un modelo de jerarquía tradicional, las decisiones están centralizadas y el margen de participación de los profesionales, depositarios del conocimiento, es muy reducido o meramente simbólico. La evolución hacia modelos más descentralizados requiere un grado elevado de desarrollo organizativo, de forma que la organización disponga de las herramientas de gestión y de los órganos de gobierno necesarios para que el proceso de descentralización sea posible, y responda a los objetivos de eficacia y eficiencia previamente establecidos.

El gobierno clínico es una propuesta organizativa que estructura las organizaciones sanitarias sobre el principio de «responsabilidad corporativa por el funcionamiento asistencial». Es un modelo que responde a los principios de gestión de las organizaciones del conocimiento y que, por tanto, requiere una alto grado de descentralización y participación de los profesionales en los procesos de toma de decisión. El gobierno clínico se articula sobre los valores y principios que constituyen la buena gestión de las organizaciones:

- Foco en el paciente.
- Cultura de servicio, calidad y responsabilidad social.
- Incorporación de los clientes-pacientes en la definición de estándares de calidad, expectativas de servicio y procesos de evaluación.



Figura 2.1. Evolución de los modelos organizativos y de participación de los clínicos en la gestión. Fuente: Adaptación propia sobre la curva de Evolución de la Organización del Conocimiento de Richard L. Daft (1995). Copyright Lola Ruiz Iglesias.

- Estrategia, políticas operativas y estructura de gobierno alineadas para facilitar e incentivar la buena práctica asistencial.
- Liderazgo de los profesionales en los procesos de toma de decisión vinculados al proceso asistencial, en torno al cual se articulan el resto de los procesos de apoyo.

La variedad de experiencias de gestión clínica en España y la dificultad de identificar el nivel de participación de los profesionales en los procesos de toma de decisiones (operativas y estratégicas) no permiten establecer con claridad su correspondencia con los distintos modelos organizativos. Por ello, se ha representado en el lado izquierdo de la curva sin relacionarse con un punto concreto de la evolución.

La participación de los médicos en la gestión de los recursos y en las estructuras de gestión

En el marco de los Sistemas Nacionales de Salud, la participación de los profesionales en la gestión ha seguido un proceso bastante similar, aunque en tiempos y con niveles de profundidad muy diferentes. Las experiencias que, en este sentido, han tenido lugar en el Reino Unido, ilustran esta evolución y ofrecen una visión que puede ser de gran utilidad para otros países como España. En el Reino Unido a mediados de los años setenta ya se introducen herramientas destinadas a relacionar costes con actividad clínica, así como iniciativas orientadas a implicar a los médicos en la gestión. Ejemplo de ello es la experiencia del Hospital de Westminster con los PACT (*Planing Agreements for Clinical Activities*)².

Al tratar este tema, Harrison y Pollitt (que utilizan el concepto de incorporación³ de los profesionales a la gestión, y no el de participación), diferencian tres niveles en los que esta incorporación tiene lugar:

- Incorporación de los profesionales en la gestión de los recursos. A este nivel pertenecen iniciativas tales como los presupuestos clínicos, los presupuestos de gestión y, posteriormente, las iniciativas de gestión de recursos.
- Incorporación de los médicos a las estructuras de gestión, bien directamente como gestores, o como responsables de la gestión de servicios, departamentos o unidades clínicas. Éste es el caso de las direcciones médicas, las jefaturas de servicio, los *Clinical Directorates*, el gobierno clínico, y en España, la gestión clínica.
- Incorporación de los médicos a los mecanismos y procesos de auditoría y control de calidad.

En lo que se refiere al proceso de incorporación de los profesionales a la gestión de los recursos, los autores identifican una primera fase (que en el Reino Unido se sitúa entre mediados de los años setenta y los primeros años ochenta), en la que equipos de médicos y enfermeras aceptan la responsabilidad de gestionar el gasto derivado de la atención sanitaria que ofrecen. Es la fase de los «*clinical budgets*» (presupuestos clíni-

² Mencionado por R. Gálvez en el texto para el curso de Experto Universitario en Gestión de Unidades Clínicas. Módulo sobre desarrollos organizativos, tema Unidades clínicas, gestión operativa e instrumentos de práctica clínica.

³ Los autores utilizan expresamente el término de incorporación en el sentido: «Incorporation here refers to government/managerial tactics to control health professionals by encouraging some of them to become involved on managers' terms, in management processes which include a degree of control over their professional colleagues» (Incorporación alude aquí a las tácticas de gobierno y gestores de control sobre los profesionales sanitarios animando a algunos de ellos a involucrarse en términos de gestión, en aquellos procesos de gestión que incluyen un grado de control sobre sus colegas).

cos), en la que el incentivo principal, para los profesionales, radicaba en la posibilidad de que un porcentaje del «ahorro», derivado de la mejor gestión de los recursos, revirtiera en ellos mismos, o en los servicios para mejoras o nuevas líneas de actuación.

Posteriormente, y como consecuencia de las propuestas de reforma del Informe Griffiths de 1984, en las que se daba más relevancia a la participación de los profesionales en la gestión global de los recursos, se introduce un nuevo sistema en el que los profesionales disponen de un «*management budget*» (presupuesto de gestión) para su unidad o servicio. En este nuevo sistema, los profesionales asumen la responsabilidad de la gestión de un presupuesto para afrontar los costes de los cuidados clínicos que ofrecen. A diferencia de la iniciativa anterior, en ésta se incluyen los costes directos y también los indirectos, y se restringe la posibilidad de disponer de los recursos liberados por la buena gestión.

La evaluación de estas experiencias puso de manifiesto la falta de interés, cuando no la resistencia, de los profesionales que habían participado. Desinterés que vuelve a evidenciarse en la evaluación de la segunda fase de la iniciativa de presupuestos de gestión. Los aspectos más positivos de estas experiencias fueron las mejoras en los sistemas de información y en la propia gestión presupuestaria.

En 1986 se lanza una tercera fase del programa en la que se propone un nuevo sistema: el «*resource management*» (gestión de recursos), que ya se había introducido en Dinamarca y que se inicia en el Reino Unido con el objetivo de hacer más conscientes a los profesionales de la relación coste-efectividad en el uso de los recursos. La idea central consiste en proporcionar a los profesionales información basada en el coste por proceso, y en hacerles más partícipes y responsables de la gestión global de los recursos. En esta fase se pone el énfasis en la gestión, en contraposición a la dimensión presupuestaria y de contabilidad de las experiencias anteriores. En el Reino Unido este sistema tuvo un impacto desigual en la relación entre los gestores y los profesionales: aunque se alcanzaron mejoras significativas en la asignación de recursos e incrementos en la eficiencia, no fue eficaz en el control de los gestores sobre la autonomía profesional de los médicos, es decir, sobre el gasto sanitario. Esta deficiencia, en opinión de los autores, pudo estar relacionada con una inadecuada difusión de la iniciativa, o con el hecho de que en ningún hospital se llevara a cabo la reorganización de los procesos asistenciales, y de los procesos de gestión, necesaria para que una iniciativa de este tipo tuviera éxito.

La participación de los profesionales en las estructuras de gestión de las organizaciones sanitarias varía según el modelo organizativo y la estructura de gobierno de dichas organizaciones. El médico siempre ha participado en las estructuras de gestión, bien con una responsabilidad directa de gestión, como gerente o director médico, o como responsable de una unidad o servicio clínico. Si se considera su participación desde la perspectiva de una unidad o servicio clínico, el grado de responsabilidad, autonomía y riesgo de los responsables clínicos depende del modelo de estructura de la organización.

Refiriéndose a la estructura de las organizaciones hospitalarias en el Reino Unido, T. Packwood identifica y describe tres modelos organizativos, vigentes los tres en muchos países: el modelo tradicional de organización hospitalaria, el modelo de los *Clinical Directorates* y un tercer modelo que denomina intermedio o matricial. El modelo tradicional (Fig. 2.2) responde a una estructura jerárquica basada en disciplinas funcionales; en él, el tratamiento integrado de los pacientes se rompe y los procesos clínicos son difíciles de gestionar desde una perspectiva de gestión por procesos.

Como puede verse en el esquema, mientras que los profesionales no médicos tienen que responder de sus acciones ante sus superiores jerárquicos, los médicos sólo responden ante ellos mismos o ante sus colegas. La línea de mando es de carácter re-

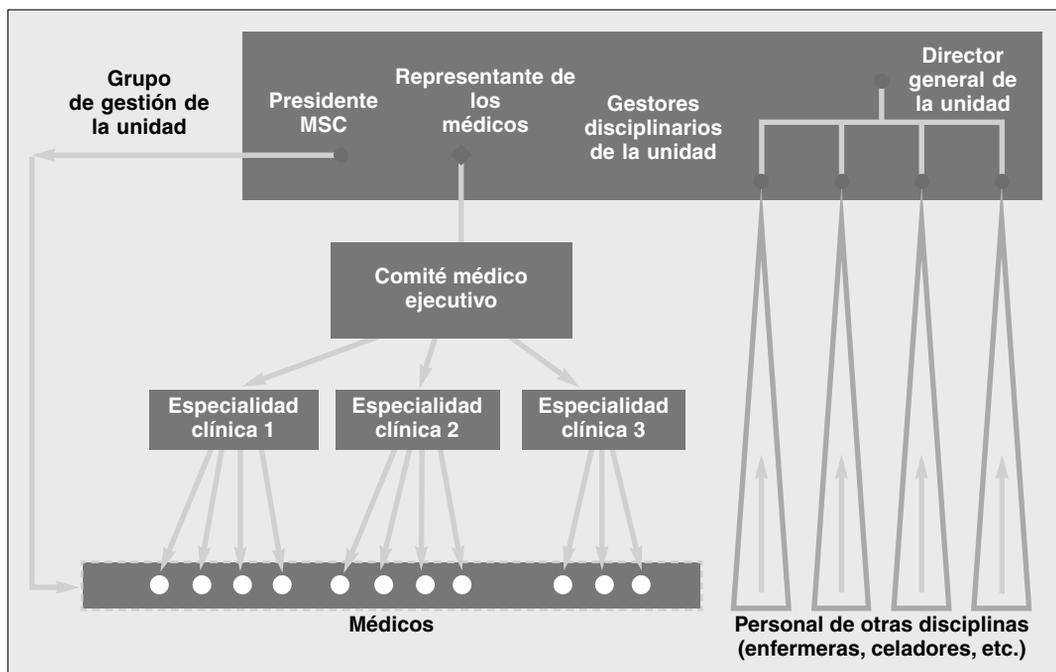


Figura 2.2. Estructura tradicional de un hospital del *National Health Service*. (Las flechas señalan la dirección en la que los distintos agentes tienen que rendir cuentas en la estructura). Fuente: T. Packwood y cols. (1992).

presentativo más que jerárquico, y responde a un poder personal más que a la autoridad derivada de la responsabilidad de la gestión. Esta estructura choca con la necesaria integración y coordinación de los servicios para la atención a los pacientes, y no permite un control de los gestores sobre los médicos.

La alternativa a este modelo fue el modelo basado en los *Clinical Directorates* (Fig. 2.3) que se desarrolla en Europa (concretamente en Dinamarca y el Reino Unido) a partir del modelo del hospital Universitario John Hopkins⁴ de mediados de los años setenta. El Guy's Hospital es el primer hospital que, en el marco del *National Health Service*, introduce este modelo de organización en 1984. Los *Clinical Directorates* suponen una transformación profunda de la estructura, gestión y gobierno del hospital, sin la cual el modelo carece de sentido.

Tal y como se representa en el esquema, los *Clinical Directorates* parten de la agrupación por áreas funcionales del hospital. La determinación del número o tipo de áreas funcionales depende de la situación concreta del centro. El hospital queda dividido en un número de unidades clínicas o directorios, cada uno de las cuales agrupa una o más especialidades similares. Los distintos servicios que configuran una unidad nombran un director clínico, responsable del funcionamiento y resultados de la unidad ante la dirección del centro. El equipo directivo de la unidad lo constituye, además del director, un director de enfermería y un administrativo. La unidad clínica la forma, además del personal asistencial, todo el personal de apoyo que trabaja en esa área funcional. Como miembro del equipo directivo, el director clínico participa en las decisiones es-

⁴ A mediados de la década de 1970 el Hospital Universitario John Hopkins de Baltimore fue pionero en la reforma organizativa de sus estructuras.

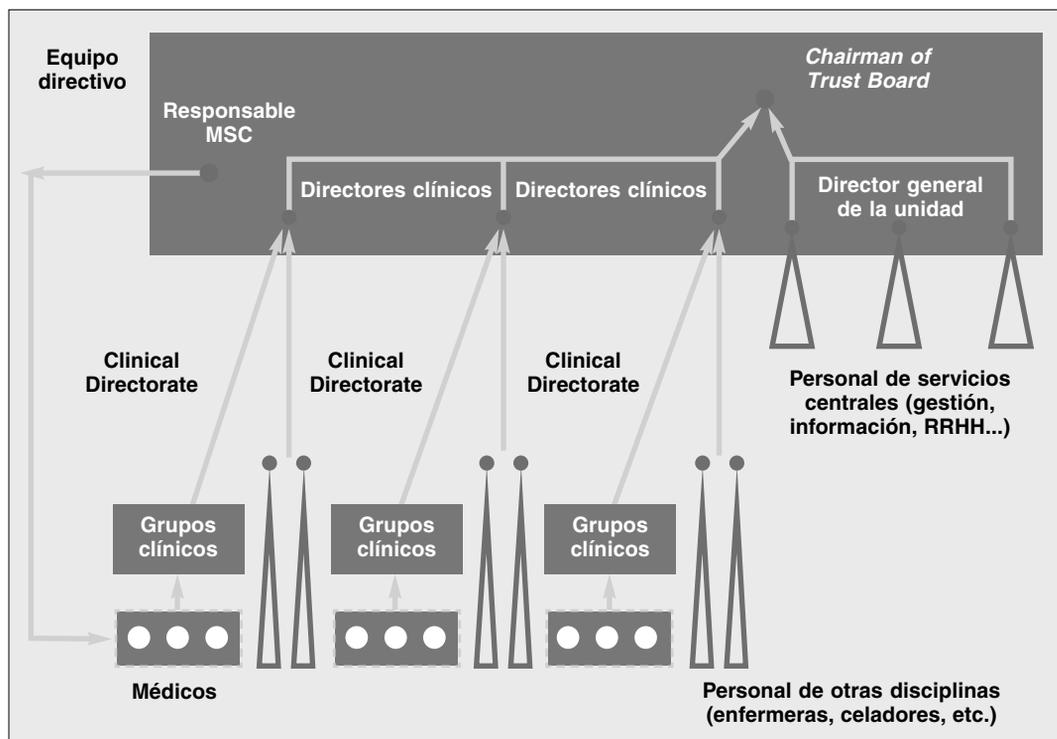


Figura 2.3. Estructura de los hospitales con Clinical Directorates en el *National Health Service*. (Las flechas señalan la dirección en la que los distintos agentes tienen que rendir cuentas en la estructura). Fuente: T. Packwood y cols. (1992).

tratégicas y operativas del centro, junto con los demás directores y responsables de la unidades de gestión (administración, personal, económica, etc.).

Tal y como indican Harrison y Pollitt, el modelo de *Clinical Directorates* parece una opción válida para la implicación de los profesionales en la gestión, ya que el director clínico es una figura aceptada por los médicos, que dedica una parte de su jornada a la actividad asistencial y que, por tanto, está vinculada a la esencia de la actividad profesional. Por otra parte, para los gestores del centro esta opción permite un control indirecto de la actividad clínica, en la medida en que los profesionales incorporen la dimensión económica a la visión global de la dirección de sus unidades. Con este modelo los hospitales se estructuran internamente como un «*holding*» de unidades clínicas. Algunos autores, como Smith y Chantler, consideran que este modelo es el resultado de un compromiso de grados de libertad y autonomía entre los médicos y la estructura de gestión:

«...para reconciliar la libertad clínica con la autoridad de gestión y la responsabilidad... los clínicos acordaron aceptar un sistema que relacionaba poder con responsabilidad. A cambio de obtener libertad para gestionar sus propios asuntos, los clínicos tuvieron que aceptar responsabilidad sobre las consecuencias financieras» (Smith y Chantler, 1987).

En la actualidad, éste es el modelo preferido en la organización de los hospitales de agudos en el Reino Unido, si bien existen muchas variaciones del modelo que Packwood recoge como estructuras matriciales en un proceso de transición entre el modelo tradicional y el de *Clinical Directorates* (Fig. 2.4).

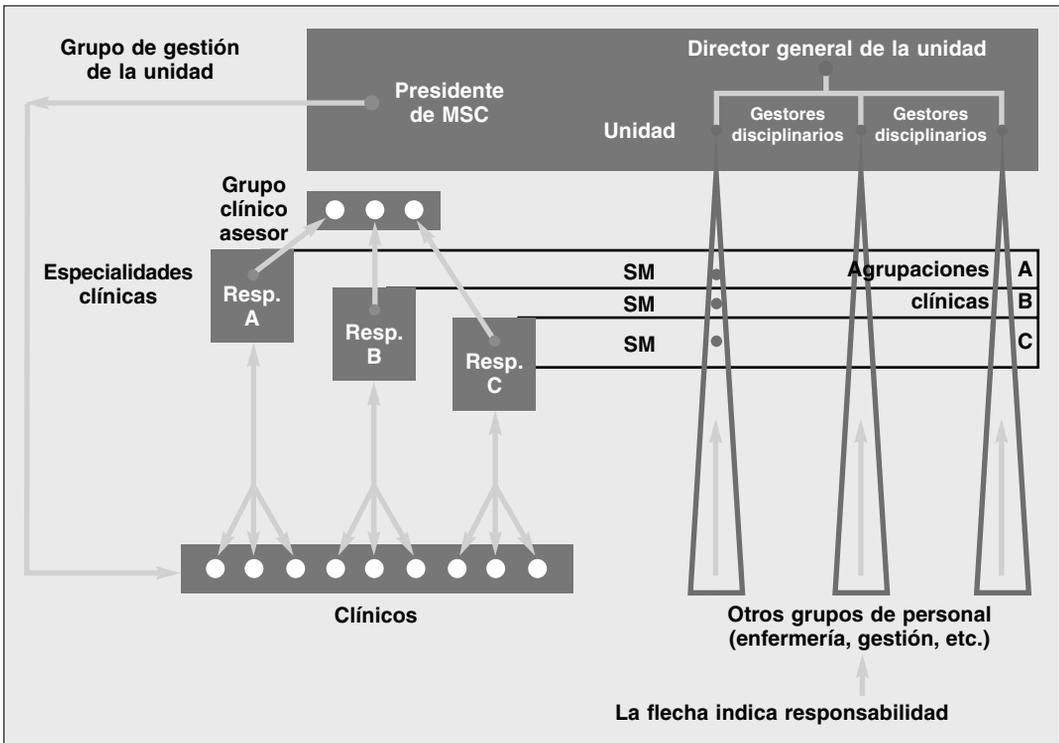


Figura 2.4. Agrupaciones clínicas: estructuras matriciales como estado transitorio. (Las flechas señalan la dirección en la que los distintos agentes tienen que rendir cuentas en la estructura). Fuente: T. Packwood y cols. (1992).

En este modelo matricial, las unidades o especialidades clínicas incluyen al personal de otras disciplinas, como enfermeras o responsables de gestión, etcétera. Aunque en este modelo la capacidad ejecutiva que tiene el responsable de la unidad sobre los profesionales no es tan fuerte como en el modelo del John Hopkins de *Clinical Directorates*, funcionalmente es más adecuado que el modelo tradicional para responder a las necesidades del proceso asistencial.

En el Sistema Nacional de Salud de España el modelo de estructura organizativa de hospitales más extendido es el derivado del Real Decreto 521/1987 (Fig. 2.5), que en lo esencial se ha mantenido tras el proceso de transferencia a las respectivas Comunidades Autónomas. Este modelo puede variar en los centros que tienen un marco jurídico diferente, como ocurre en fundaciones, empresas públicas, consorcios, etcétera. Como se refleja en la Figura 2.5, se trata de un modelo de jerarquía lineal basado en disciplinas profesionales y articulado en servicios clínicos que responden a las distintas especialidades médicas. Es un modelo cercano al modelo tradicional mencionado del *National Health Service* británico, pero con diferencias operativas importantes y con niveles de participación de los profesionales en la gestión muy distintos. Desde el punto de vista asistencial, es un modelo inadecuado para la gestión del proceso asistencial porque rompe la atención integral al paciente y consolida una división entre la atención médica, los cuidados de enfermería y la gestión de los procesos de apoyo al proceso asistencial.

Esta estructura se complementa con una serie de órganos de gobierno, tal y como se representan en la Figura 2.6.

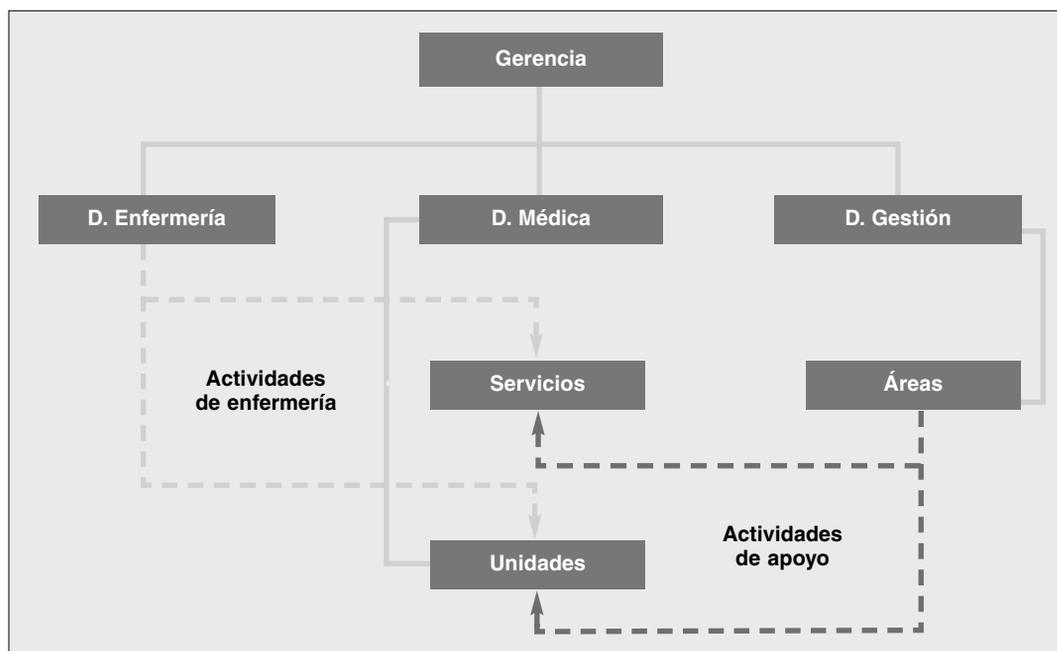


Figura 2.5. Organigrama establecido por el RD 521/1987 para los centros dependientes del Insalud. Fuente: Elaboración sobre el texto del decreto.



Figura 2.6. Órganos colegiados y de participación. Fuente: Elaboración sobre texto del decreto.

Incorporación de los médicos a los procesos de evaluación y control de la calidad en las organizaciones sanitarias

La evolución de la cultura de gestión de calidad en el sector sanitario ha sido más lenta que en otros sectores, y su dimensión técnica o de «calidad del producto» (calidad de los resultados clínicos), ha sido hegemónica sobre cualquier otra. Como tal, la calidad téc-

nica se ha considerado responsabilidad y competencia de los profesionales, por lo que su evaluación y aseguramiento ha estado en manos de éstos y de sus organizaciones profesionales. Las evidencias sobre la variabilidad de la práctica clínica indujeron en muchos países la introducción de procesos de evaluación sistemática de las prácticas profesionales. En el Reino Unido, por ejemplo, la evaluación de los médicos no se introduce de forma sistemática hasta la publicación del *White Paper Working for Patients*, en 1989, momento a partir del cual dicha evaluación se convierte en un requisito del Sistema Nacional de Salud. A pesar de que la evaluación de la práctica médica pasó a formar parte de la política sanitaria, las asociaciones médicas siempre han mantenido el control sobre todos los aspectos de esa evaluación (la propia realización, la obligatoriedad de la confidencialidad, el carácter voluntario no obligatorio de la evaluación, etc.).

Otras dimensiones de la calidad como la ligada a la calidad del proceso, que en el sector industrial se introdujo en los años veinte, o la calidad de servicio, que se desarrolló en los años sesenta, no se introdujeron en el sector sanitario hasta bien entrada la década de los ochenta y no se empiezan a desarrollar hasta los años noventa⁵.

La penetración de la cultura de calidad en el sector sanitario y la participación de los distintos agentes sanitarios, incluidos los médicos, en su evaluación y control, ha seguido una evolución distinta en Estados Unidos y en Europa, si bien han confluído en los últimos años en un concepto de sistema integrado de cuidados (*Integrated Care*), basado en la calidad de las decisiones clínicas y en la continuidad de los cuidados.

Al igual que los sistemas sanitarios europeos, la industria sanitaria de Estados Unidos afronta en los años ochenta problemas de incremento de costes, crecimiento continuo del gasto sanitario, largas esperas para recibir servicios, índices elevados de errores y un porcentaje muy alto de cirugía innecesaria. Problemas que se agudizan con los altos costes operativos del sistema y la falta de cobertura sanitaria de amplios grupos de población.

Para responder a estos desafíos, la industria sanitaria busca en las experiencias de gestión de otros sectores, como el de las empresas de manufactura, referencias que le permitan superar los problemas a los que se enfrenta. Tradicionalmente, las organizaciones sanitarias consideraban que, dadas sus características, poco o nada tenían que aprender de otros sectores. Sin embargo, la necesidad de supervivencia en el mercado rompe pronto esta idea, y las empresas líderes del sector empiezan a introducir los conocimientos existentes en otros sectores sobre gestión de organizaciones, demostrando así que hay una serie de principios aplicables a cualquier organización, al margen del sector en el que se encuentre o de su titularidad, pública o privada. El gran escepticismo que al principio había sobre la validez y oportunidad de las experiencias de otros sectores para el sector sanitario pronto se disipó, y los principios y metodologías de la gestión de la calidad fueron introduciéndose en la gestión sanitaria.

Las metodologías de gestión total de la calidad y de mejora continua de la calidad, como se verá más adelante, surgen fundamentalmente como consecuencia del desarrollo del movimiento de consumidores en Estados Unidos. Su filosofía se basa en el principio de «hacer las cosas bien, y hacerlo a la primera», y en la búsqueda de la excelencia en todos los aspectos que componen el servicio al consumidor. La gestión de la calidad requiere organizaciones con «capacidad de aprender», tanto de sus fallos como de sus aciertos, organizaciones centradas en los clientes, gestionadas por procesos y en los que exista coherencia entre las metas y valores y las políticas operativas, así como con los objetivos de las personas que las constituyen.

⁵ Esta dimensión es planteada en la sanidad británica como en documentos como el ya mencionado *A First Class Service-Quality in the new NHS* (NHS, 1998).

A medida que la cultura de la gestión de la calidad se va introduciendo en las organizaciones sanitarias, surgen iniciativas como el «*National Project on Quality Improvement in Health Care*»⁶, o las dirigidas a aumentar la calidad del sistema a través de:

- La eliminación de los tratamientos clínicos inapropiados.
- La regulación de la calidad a través de los procesos de acreditación de hospitales.
- La difusión de la información sobre la calidad asistencial entre los consumidores.

El grado de incertidumbre que envuelve la práctica de la medicina y la variabilidad en su práctica hizo que instituciones como la *Rand Corporation*⁷ realizaran una serie de estudios orientados a disminuir la variabilidad de la práctica médica y los tratamientos inadecuados o innecesarios. Estos estudios, en los que hubo una alta participación de los médicos, sentaron un precedente en la evaluación de la actividad asistencial y en la cultura de calidad de la práctica médica. La acreditación de hospitales es otro de los elementos claves de la política de calidad. Estados Unidos, conjuntamente con Canadá, Australia y Nueva Zelanda, cuentan con un modelo de acreditación: el modelo de la *Joint Commission on the Accreditation of Health Care Organizations*⁸, (organismo de la *American Medical Association*, la *American Hospital Association* y los *American Colleges of Surgeons and Physicians*). Para obtener la acreditación, los hospitales han de alcanzar unos estándares determinados, y sin la acreditación tienen más dificultades para recibir los fondos de los programas de *Medicare* y *Medicaid*, lo que constituye un incentivo muy poderoso para acreditarse. Otro elemento esencial de la política de calidad ha sido la decisión de aumentar la transparencia de los sistemas sanitarios ante la sociedad, haciendo pública la información existente sobre los estándares de los hospitales.

En el Reino Unido, han surgido distintas iniciativas en este sentido, si bien se han desarrollado «en paralelo» los elementos ligados a la calidad del diagnóstico y el tratamiento (calidad de producto o calidad técnica), que forman parte de los procesos de auditoría médica (requerida en todos los hospitales del NHS) y auditoría clínica, y los elementos ligados a la calidad del servicio y del proceso en relación con los cuales se han llevado a cabo diversas medidas en los últimos años como, por ejemplo, la difusión, por parte del Departamento de Sanidad, de modelos de buenas prácticas, la acreditación externa de los centros o la certificación de éstos (utilizando el *King's Fund Accreditation Programme* o las normas ISO 9000), o los proyectos de reingeniería de procesos, como el del *Leicester Royal Infirmary*. Desde el punto de vista de la calidad percibida por el usuario, a raíz de la publicación de la Carta de Derechos de los Pacientes y su posterior revisión, se crearon estándares e indicadores orientados a la evaluación de la calidad desde las expectativas del usuario.

En España, como se ha indicado en el capítulo anterior, se han desarrollado iniciativas en el mismo sentido, utilizando modelos de certificación como las normas ISO, o de acreditando como los de la *Joint Commission*, o empleando herramientas para la evaluación, como las del Modelo Europeo de Calidad. Estas experiencias se han visto reforzadas con la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, en la que la

⁶ Esta iniciativa del *Institute of Medicine* fue lanzada en 1996 como esfuerzo concertado y duradero dirigido a evaluar y mejorar la calidad de la atención sanitaria en los Estados Unidos.

⁷ La *Rand Corporation* es una institución privada norteamericana sin ánimo de lucro cuyo objetivo es ayudar a mejorar las políticas públicas y la toma de decisiones pública a través de la investigación y el análisis. Su página *web* es: <http://www.rand.org>.

⁸ La página *web* de la *Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations* puede encontrarse en <http://www.jcaho.org>.

calidad se convierte en un elemento clave de los valores y requisitos del Sistema Nacional de Salud.

Tal y como señala el informe de Coopers and Lybrand, elaborado por Rosleff y Lister, en la práctica totalidad de los países industrializados se han producido iniciativas importantes en la gestión, acreditación y aseguramiento de la calidad. En Austria, por ejemplo, las auditorías externas son obligatorias en todos los hospitales desde 1993. En Francia se plantea la evaluación de la calidad de la práctica médica en todos los hospitales, públicos y privados. En Suecia se ha establecido un programa nacional para asegurar la calidad y mejora continua de la asistencia sanitaria. En Dinamarca el *National Health Board* creó un comité responsable de la mejora continua de la calidad en las organizaciones sanitarias (*Continuous Quality Development*). Holanda tiene un sistema de auditoría obligatoria que incluye la acreditación de los centros. Prácticamente en todos los países se han creado organismos para la elaboración y potenciación del uso de guías clínicas, evaluación de tecnologías y recogida de datos relevantes para la evaluación de la calidad.

Todas estas medidas e iniciativas ponen de manifiesto el desarrollo que en los sistemas sanitarios están adquiriendo los mecanismos de evaluación y control de calidad de las prácticas profesionales y del conjunto de la gestión de las organizaciones sanitarias (calidad de proceso y calidad de servicio), así como el grado de compromiso de los médicos en él. En 1990, el *Institute of Medicine*, de Estados Unidos, definía la calidad asistencial como:

«...el grado en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de que se alcancen los resultados de salud deseados, tanto para el individuo como para el conjunto de la población, al tiempo que son consistentes con el conocimiento médico existente en la actualidad» (Becher y Chassin, 2001).

En los países industrializados la preocupación por la calidad de la asistencia sanitaria ocupa un lugar cada vez más relevante tanto en la política sanitaria como en la posición de los médicos ante ella. La corresponsabilización de los profesionales en la calidad de la asistencia sanitaria ha ido acompañada de un cambio en el significado de la libertad clínica y de la calidad de las decisiones clínicas que de ella se derivan, cambio que ya se reflejaba en manifestaciones como la de Hampton, que en 1983 señalaba:

«La libertad clínica está muerta y nadie debe arrepentirse de su muerte. La libertad clínica era el derecho –algunos creían que se trataba de un derecho divino– de los médicos de hacer cualquier cosa que creyeran que era buena para sus pacientes. Cuando no existía la investigación y los tratamientos eran tan inofensivos como ineficaces, la opinión del médico era lo único disponible, pero ahora ya no basta con esa opinión. Si no tenemos los recursos suficientes para hacer todo lo técnicamente posible, entonces la atención médica debe limitarse a aquello cuyo valor ha sido contrastado, y la profesión médica deberá dejar a un lado sus opiniones» (Hampton, 1983).

En cuanto a la calidad de la práctica asistencial, las líneas de actuación están orientadas hacia el análisis y la mejora de la calidad de la atención médica sobre la base de:

- La identificación y corrección de las malas prácticas individuales.
- El conocimiento y consideración de los efectos adversos, asociados con la provisión de los cuidados sanitarios.
- La identificación y difusión de las buenas prácticas.

Los resultados de la auditoría del «*Bristol Royal Infirmary*», a raíz de las muertes ocurridas en cirugía cardíaca infantil, ofrecen un buen ejemplo del impacto social de las malas prácticas individuales. Los resultados del informe del *Institute of Medicine* y el *National Quality Report on Health Care Delivery: «To err is Human: Building a Safer Health System»*, constituyen una referencia de gran valor sobre el impacto social que se deriva de los errores médicos. La identificación y difusión de las buenas prácticas profesionales es un proceso complejo que exige precisar con claridad cuales son los criterios con arreglo a los cuales éstas se establecen. En este sentido, los parámetros de calidad en la asistencia sanitaria que más se utilizan son los propuestos por Maxwell: eficacia, eficiencia, aceptabilidad, acceso, equidad y relevancia; o los que propone la *Agency for Health Care Research and Quality*, (EEUU), ya planteados por A. Donavedian: infrautilización, sobreutilización, falta de utilización y variación en el servicio. En cualquier caso, el aspecto más relevante para la identificación de buenas prácticas es que el procedimiento y los criterios que se utilicen sean claros y conocidos.

Estamos asistiendo al nacimiento de un nuevo paradigma de cultura, diseño y gobierno de las organizaciones sanitarias. El paradigma existente se basa en la búsqueda de la eficiencia desde el control del gasto y la disminución de los costes, y propone la participación de los médicos en la gestión como mecanismo para asegurar el control del gasto a través del control directo (de los gestores) o indirecto (a través de los propios médicos) de la práctica médica, es decir, de las decisiones clínicas, sin establecer una confrontación con el principio de autonomía profesional. El nuevo paradigma se fundamenta en la responsabilidad social de asegurar un sistema sanitario de calidad, sin riesgo para los pacientes y riguroso en la gestión de sus recursos. En este nuevo contexto, la participación de los médicos se establece sobre el principio de que la eficacia y la eficiencia en las organizaciones del conocimiento, como lo son las sanitarias, sólo es posible mediante la participación, por derecho, de sus profesionales, tanto a nivel estratégico como a nivel operativo, ya que la calidad del producto que ofrecen (decisiones clínicas) determina la calidad global de la organización. El médico, al igual que otros profesionales sanitarios, asume la responsabilidad en el uso eficiente de los recursos, en tanto en cuanto asume su responsabilidad en asegurar la calidad (objetiva, evaluada y comparada), y por tanto la eficacia, de sus decisiones clínicas.

EL ESCENARIO EMERGENTE DEL GOBIERNO CLÍNICO

Lola Ruiz Iglesias, Lluís Orriols i Galve, Pere Picorelli Riutord

Visión general del gobierno clínico

La matemática es la ciencia del orden y la medida, de bellas cadenas de razonamientos, todos sencillos y fáciles» (R. Descartes). ...el gobierno clínico también.

La expresión «gobierno clínico» se introduce por vez primera en 1998 en los documentos producidos por el *Department of Health* del Reino Unido, concretamente en: «*A First Class Service-Quality in the new NHS*» y «*The New NHS: Modern, Dependable*». En estos documentos, el nuevo Gobierno laborista expone los fundamentos de su política sanitaria y presenta el gobierno clínico como:

«Un marco en el cual las organizaciones del Sistema Nacional de Salud son responsables de la mejora continua de la calidad de sus servicios, así como de salva-

guardar altos estándares de cuidados a través de la creación de un entorno en el que la excelencia de la atención clínica se desarrolle» (Department of Health, 1998).

De esta definición, se desprende que, con el gobierno clínico, el Gobierno británico introduce un «marco» que, por sus características conceptuales, operativas y organizativas, considera el más adecuado para conseguir un sistema sanitario con la calidad técnica y de servicio necesaria para responder al desafío de calidad al que se enfrenta. Como señala Smith, una de las medidas más importantes que introduce el gobierno clínico es que, por primera vez, se pone bajo la responsabilidad directa de los gerentes (*chief executives*) y del Consejo de Dirección de los *trust hospitalarios*, la calidad asistencial además de la responsabilidad, que ya tenían, sobre la gestión económica.

El término de «gobierno clínico» está vinculado a la responsabilidad social de la Administración, los gestores y los profesionales sanitarios, de garantizar la calidad de los servicios que el sistema sanitario presta a la población. Asumir esta responsabilidad supone asumir un conjunto de valores culturales y de requerimientos estructurales y organizativos sin los cuales ese marco facilitador de las buenas prácticas asistenciales no es viable.

El gobierno clínico es una propuesta innovadora que incorpora los conceptos más avanzados de la gestión y del buen gobierno de las organizaciones, en un marco de responsabilidad social ante la población respecto a la calidad y seguridad de los servicios del conjunto del sistema sanitario.

Estratégicamente, el gobierno clínico requiere el alineamiento de la organización y sus profesionales (gestores y asistenciales) con los valores de la organización, de modo que quede asegurada la coherencia y consistencia entre esos valores, los objetivos de la organización y sus políticas operativas. Dicho alineamiento es necesario para garantizar a la población prácticas asistenciales de calidad y seguras. Desde el punto de vista organizativo, el gobierno clínico ofrece un marco que, por sus características, favorece la implicación de todos los profesionales en el funcionamiento de la organización y en los procesos de toma de decisión. Desde la perspectiva de la gestión, el gobierno clínico incorpora los elementos de la buena gestión de las organizaciones:

- Foco en el paciente.
- Gestión por procesos.
- Mejora continua de la calidad y modelos de gobierno y gestión coherentes con la naturaleza de las organizaciones sanitarias.

El desarrollo del gobierno clínico exige cambios profundos en los procesos de toma de decisión de las organizaciones, así como en el diseño de los procesos asistenciales y de todos los procesos de apoyo que lo sustentan.

El gobierno clínico surge en el NHS como fundamento y eje de un nuevo marco estratégico de la política sanitaria, en torno al cual se vertebra la política de calidad del sistema y su respuesta a la demanda social de servicios sanitarios. De este marco estratégico se deriva toda una serie de acciones que afectan al conjunto del sistema sanitario y a sus profesionales en un proceso de alineamiento estratégico, necesario para conseguir los objetivos planteados. En este marco, gestores y clínicos comparten un espacio común en el que las buenas prácticas profesionales son la base que sustenta la calidad del conjunto del sistema y, en consecuencia, la de sus servicios a los pacientes.

El término de «gobierno clínico» y en mayor o menor grado los principios que lo informan, se ha ido incorporando a las políticas sanitarias de muchos países, y en la actualidad ocupa un lugar clave en el discurso sanitario. No obstante, son los países an-

glosajones los que más han avanzado, conceptual y operativamente, en el desarrollo de un modelo organizativo basado en el gobierno clínico y centrado en asegurar la calidad y seguridad de los servicios sanitarios a la población.

En los países de la OCDE, los principios que forman el concepto de «gobierno clínico» constituyen el fundamento de las estrategias diseñadas para responder a los desafíos de sus sistemas sanitarios, especialmente los relacionados con los elevados niveles de gasto (el presupuesto de la sanidad en el Reino Unido creció entre 1986 y 1997 una media anual de 3.6; en ese mismo período, España triplicó su gasto)⁹ y con la calidad en la provisión de los servicios sanitarios, altamente descoordinados, con desviaciones importantes en sus niveles de calidad y con problemas de viabilidad financiera por su uso excesivo o inadecuado.

Con la introducción de los principios del gobierno clínico se consolida la correlación entre eficiencia y calidad en los servicios sanitarios. En efecto, el gobierno clínico reconoce que la promoción de las prácticas excelentes es uno de los principales motores para la eficiencia económica en el sector. Esto ha provocado que las políticas de calidad y el gobierno clínico se solapen, creando, a veces, cierta confusión.

El gobierno clínico debe entenderse como una fórmula que integra diferentes elementos (valores, técnicas de gestión, aproximaciones estratégicas, etc.), la mayoría de los cuales están relacionados con la calidad (medicina basada en la evidencia, auditorías, acreditación, etc.). El gobierno clínico aporta como valor añadido un enfoque integral, estructurado y coherente que sitúa en la calidad de las prácticas profesionales el objetivo prioritario de las organizaciones sanitarias y, por tanto, la responsabilidad prioritaria de sus directivos y agentes.

En los últimos años se ha publicado un gran volumen de artículos y libros bajo el epígrafe de «gobierno clínico». Sin embargo, el lector interesado en introducirse en este nuevo concepto encuentra dificultades para ordenar el alud de ideas, experiencias e interpretaciones que alberga este término. Se trata de una denominación que encierra varios conceptos sobre una nueva forma de concebir los servicios sanitarios que, como se ha señalado, está presente en gran parte de los países desarrollados. A pesar de que se trata de un concepto algo difuso, el gobierno clínico ha sido recibido con entusiasmo por la mayoría de los profesionales sanitarios. Y es que, pese a su imprecisión, sus diferentes interpretaciones tienen como denominador común el intentar afrontar de una forma innovadora la necesidad de mayor eficiencia y eficacia en la sanidad.

El concepto de «gobierno clínico» encierra múltiples interpretaciones; basta con repasar la bibliografía para llegar a esta conclusión. A nuestro entender, como se expone más adelante: el gobierno clínico es un marco que favorece la mejora continua de la calidad y la satisfacción de los usuarios y los profesionales de los servicios sanitarios, a través de cambios en la organización, en la tecnología y en la gestión, orientados a fomentar las buenas prácticas médicas y asistenciales. De esta forma, las buenas prácticas profesionales se sitúan en el centro de este modelo, como la forma más eficiente de producir los resultados buscados.

En la bibliografía sobre el gobierno clínico no existe un consenso sobre su significado ni sobre los elementos que contiene. Aunque todos están orientados en la misma dirección, cada autor destaca más una u otra faceta del concepto. Las publicaciones británicas suelen definir el término partiendo de los criterios que establecen los documentos de política sanitaria del NHS, definición que destaca como objetivo principal la mejora continuada de la calidad y la excelencia en la práctica clínica.

⁹ Datos recogidos en *European Health Care Reform: analysis of current strategies* (1997). Ed. R.B. Saltman and J. Figueras. Copenhagen, WHO Regional publication.

El gobierno clínico no sólo se ha desarrollado en el Reino Unido, sino que se ha convertido en un movimiento que ha atraído el interés de muchos otros países. No obstante, en este apartado mostraremos, brevemente, cómo se trata este término en la literatura y en las reformas sanitarias de los países anglosajones, principales impulsores de esta iniciativa. Con esta revisión se pretende ofrecer al lector un panorama amplio y contrastado de los contenidos a los que remite este término, de cómo está siendo utilizado por los expertos y profesionales, y de cómo lo están incorporando los gobiernos a sus reformas sanitarias.

Para analizar el uso que se está haciendo del término «gobierno clínico» en el mundo académico y profesional, se ha efectuado una revisión sistemática de algunas publicaciones periódicas sanitarias de dos países: Reino Unido, país impulsor del debate, y Estados Unidos, otro país que está en la vanguardia en este tipo de iniciativas.

En las publicaciones británicas, los artículos se dedican al análisis del proceso de reforma en su sistema sanitario, con pocas referencias a las experiencias de otros países. Posiblemente por este motivo, todos los artículos revisados parten de la definición de «gobierno clínico» que ofrece el *National Health Service* en sus documentos, especialmente en la publicación *A First Class Service*. Tanto si abordan el gobierno clínico desde una perspectiva teórica como si lo hacen desde una vertiente práctica, estos artículos utilizan y desarrollan los conceptos introducidos en los documentos del *National Health Service*.

El elemento común a la mayor parte de la bibliografía que aborda el «gobierno clínico» está relacionado con la aplicación práctica de este concepto, resaltando la necesidad de difundir las experiencias existentes, así como los procedimientos metodológicos que se han utilizado y su posterior evaluación, de forma que tales experiencias puedan servir como referencia a nuevas iniciativas de reforma.

El debate suscitado en torno al concepto de «gobierno clínico» en el Reino Unido no se ha restringido al nivel político y académico sino que se ha extendido al conjunto de profesionales del *National Health Service*, y participan en él investigadores, académicos, profesionales sanitarios, gestores sanitarios, políticos y asesores.

Antes de analizar los distintos componentes del gobierno clínico es necesario precisar que aunque aquí estamos enfocando el tema principalmente en relación con los médicos, el gobierno clínico incorpora al conjunto de los profesionales asistenciales y, sin lugar a dudas, a los profesionales de enfermería, cuya aportación a su definición y desarrollo ha sido y es extraordinaria. Así, por ejemplo, el *Royal College of Nursing* en su documento *Guidance for nurses on clinical governance* establece (Cuadro 2.2) la definición, principios y elementos que configuran esta iniciativa de forma clara y precisa, sintetizando los distintos elementos que se desarrollarán en los siguientes apartados.

Definición de gobierno clínico

Dada su corta vida, el concepto de «gobierno clínico» no ha alcanzado todavía la madurez necesaria para que sea posible establecer una única definición que suscite el suficiente grado de consenso. Las tres aportaciones más importantes realizadas hasta la fecha en torno a este concepto son la de Scally y Donaldson, que se han convertido en el principal referente para la mayoría de los analistas; la realizada por Lugon y Secker-Walker sobre el «buen gobierno», y, finalmente, las reflexiones de Kieran Walshe.

La contribución de Donaldson y Scally a la definición de gobierno clínico, en su artículo publicado en el *British Medical Journal*, es fundamental. Al ser ambos directivos de los servicios sanitarios británicos y partícipes en la formulación de la política sanitaria británica, parten como es lógico de la definición del propio *National Health Service* (véanse las páginas 59 y 60).

CUADRO 2.2 Componentes clave del gobierno clínico

Definición

El gobierno clínico es un marco que permite a los clínicos, incluida la enfermería, mejorar de forma continua la calidad y salvaguardar los estándares de cuidados. Es un término que abarca todo aquello que ayuda a mantener y mejorar niveles altos de estándares en la atención a los pacientes. Es un marco diseñado para ayudar a médicos y enfermeras a mejorar los estándares de calidad en el *National Health Service*.

Metas

Asegurar que todas las organizaciones del *National Health Service* desarrollan una cultura, sistemas y formas de trabajo que garantizan que la calidad de la atención constituye la principal preocupación de toda la organización a todos los niveles.

Elementos

- Asegurar que los profesionales sanitarios cuentan con la formación, entrenamiento, habilidades y competencias necesarias para prestar los cuidados que precisan los pacientes.
- Asegurar que los procesos que garantizan la mejora de la calidad de la atención existen en toda la organización.
- Utilizar las técnicas necesarias para anticiparse y prevenir problemas potenciales.
- Utilizar técnicas que permitan monitorizar y mejorar la práctica existente.
- Identificar, reconocer y rectificar las prácticas inadecuadas o pobres, facilitando a los clínicos un entorno que les permita aprender de sus errores.
- Facilitar la aplicación de las buenas prácticas.

Principios

- Todos los elementos del gobierno clínico deben estar dirigidos a la mejora de los cuidados de los pacientes.
- El gobierno clínico es un marco que se aplica a toda la atención sanitaria, con independencia de que ésta se preste en hospitales, centros de salud o en la comunidad. No obstante, su aplicación variará según el tamaño, necesidades y complejidad de la organización.
- El gobierno clínico requiere un trabajo conjunto, real, entre los clínicos (enfermeras, matronas, médicos, terapeutas, etc.), entre los clínicos y los gestores, y entre los clínicos y los pacientes.
- La incorporación de los pacientes y el público en general es esencial para la eficacia del gobierno clínico.
- Las enfermeras tienen un papel clave en la aplicación del gobierno clínico. Deben aprovecharse al máximo sus habilidades y experiencias en la mejora de la calidad.
- La mejora continua de la calidad exige crear y potenciar una cultura que reconozca y celebre los aciertos, y que aprende de los errores y no los utiliza para buscar culpables.
- El gobierno clínico es relevante para todo el personal sanitario y debe definirse y comunicarse claramente, de forma que todo el mundo comprenda la relevancia que tiene en su trabajo.
- El gobierno clínico no sustituye a la autorregulación profesional ni al juicio clínico individual. Por el contrario, los complementa con un marco en el cual éstos pueden operar.

Elementos

- Mejora de la calidad.
- Gestión del riesgo y gestión de la actividad.
- Sistemas de responsabilidad (*accountability*).

Desarrollo

- Sistema:
 - Auditoría clínica multiprofesional
 - Práctica basada en la evidencia
 - Supervisión clínica

CUADRO 2.2 (Cont.)

- Gestión del riesgo clínico
- Información sobre incidentes clínicos
- Desarrollo profesional continuo
- Desarrollo del liderazgo clínico
- Sistemas de *feed-back* basados en los pacientes
- Proceso:
 - Foco en el paciente
 - Visión integrada para gestionar y mejorar la calidad
 - Equipos de trabajo multiprofesionales
 - Trabajo en equipo e información compartida
 - Cultura abierta que permita aprender de los errores
- Infraestructura:
 - Tiempo para que los profesionales puedan involucrarse en el proceso
 - Acceso al desarrollo profesional continuado
 - Acceso a las fuentes sobre evidencia (bibliotecas, bases de datos, etc.)

Fuente: Elaboración propia a partir del documento *Guidance for nurses on clinical governance*. Royal College of Nursing.

Los tres componentes principales de la definición de Scally y Donaldson, *accountability* (responsabilidad), *continuous improving quality* (mejora continua de la calidad) y *standards* (estándares), son elementos comunes a la mayor parte de las definiciones presentes en la bibliografía sobre el gobierno clínico. Donaldson y Scally tratan de agrupar todas las aproximaciones al gobierno clínico en un diagrama (Fig. 2.7).

De esta forma se representa, con cierto orden, la mayor parte de los elementos que las diferentes aportaciones teóricas han asociado con el concepto de gobierno clínico: calidad, evaluación, riesgo, coherencia organizativa, necesidades de infraestructura y cultura organizativa. El trabajo desarrollado por Scally y Donaldson pone de manifiesto de forma clara que el elemento determinante y diferencial del gobierno clínico es la búsqueda sistemática de las prácticas excelentes. Los autores representan gráficamente cómo el conjunto del sistema sanitario puede incrementar su calidad a partir del análisis de los errores y de la difusión de las buenas prácticas (Fig. 2.8). El gráfico muestra cómo, en el conjunto de un sistema sanitario, las prácticas médicas se distribuyen normalmente según su calidad, de menor a mayor, en torno al «promedio» de la calidad del sistema sanitario. Así se forma una campana de Gauss de la calidad. La tesis de estos autores es que mediante el análisis de las malas prácticas –los errores– y de las buenas prácticas se produce un aprendizaje de los individuos y de las organizaciones que permite «desplazar la media» de esta curva hacia la derecha, es decir, hacia la alta calidad y las prácticas excelentes. En el gráfico, Scally y Donaldson intentan representar una fórmula de aprendizaje continuo que mejore la calidad de las prácticas médicas. Este modelo de mejora propuesto para un sistema sanitario muestra una clara influencia de los principios de gestión del conocimiento y mejora continua de la calidad implantados desde hace tiempo en otros ámbitos de la gestión empresarial.

El desarrollo de esta cultura de mejora continuada de la calidad debe implicar, necesariamente, al conjunto de la organización; sólo una visión estratégica global puede garantizar un proceso efectivo de mejora continua de la calidad. Tal y como Donaldson

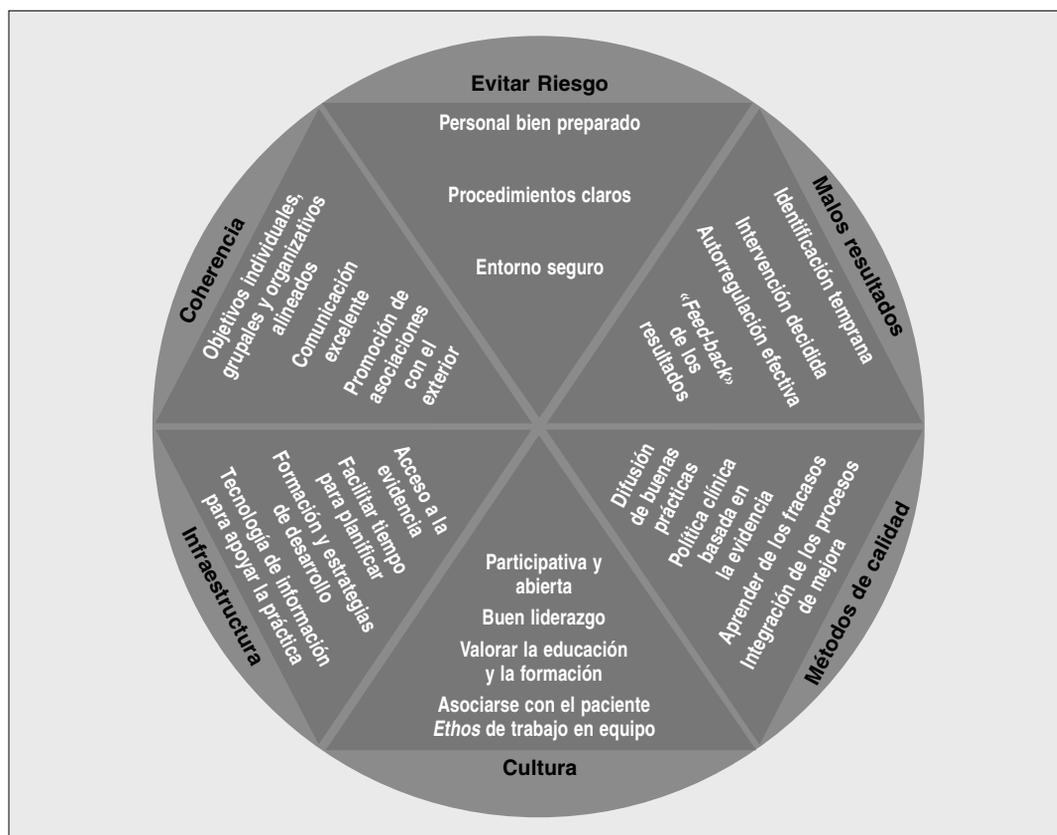


Figura 2.7. Integración de las aproximaciones al gobierno clínico. Fuente: Scally y Donaldson (1998).

y Scally advierten en su artículo, no basta con establecer sistemas de auditorías: para entrar en una espiral de mejora continua de la calidad, es necesario adoptar un enfoque integral, que afecte a todas y cada una de las partes y procesos de la organización sanitaria.

Esta aproximación al gobierno clínico, ha sido criticada por otros autores, como Goodman y Scotland. Goodman se muestra muy escéptico con respecto al gobierno clínico. Así, sostiene, no sin acierto, que el artículo de Donaldson y Scally es un ensayo en el que se trata básicamente de lo que hay que hacer, pero no de cómo hay que hacerlo. Efectivamente, Goodman considera que la idea de gobierno clínico propuesta por los dos referentes teóricos, juntamente con la del propio NHS, está llena de conceptos poco concretos y de generalizaciones, al tiempo que recurre a términos muy difíciles de concretar, tales como calidad y liderazgo. De este modo, Goodman propone una definición alternativa, no exenta de cinismo:

«El gobierno clínico emerge como una mezcla entre aquello que es cegadoramente obvio (se debería crear redes y trabajar en equipo) y aquello que no ha sido demostrado (la evaluación clínica)» (Goodman, 1998).

Por su parte, Scotland se muestra un tanto crítico con las tesis del NHS por basarse excesivamente en la probidad u honradez (*probity approach*), cuando, en su opinión, el

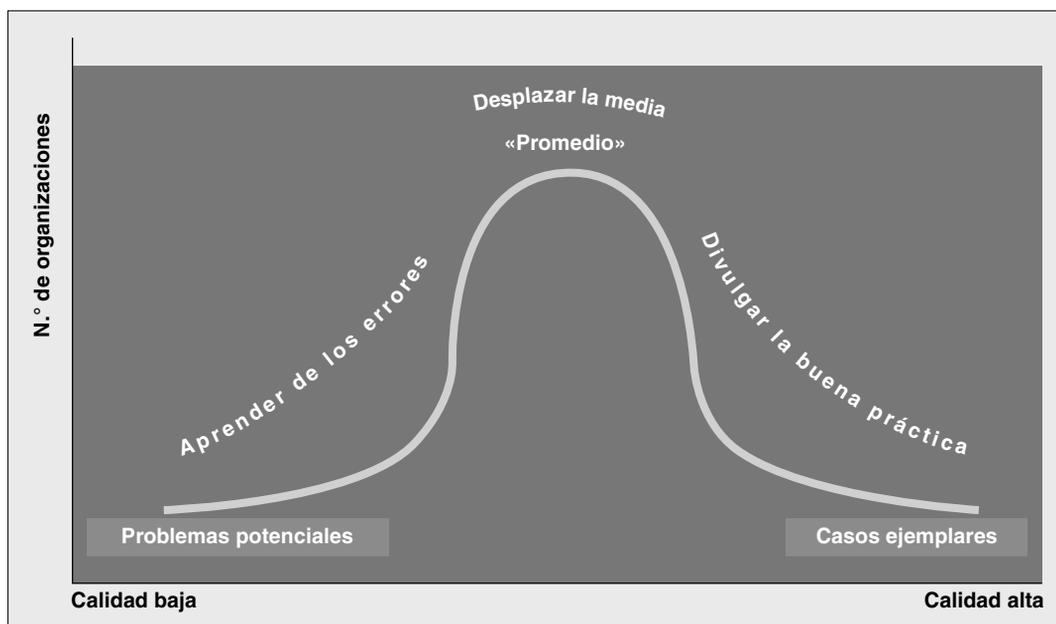


Figura 2.8. Variación en la calidad de las organizaciones sanitarias. Fuente: Scally y Donaldson (1998).

énfasis debería ponerse en la supervisión, dando más importancia a la creación de unos estándares:

«Un nivel óptimo de gobierno clínico en una organización requiere, fundamentalmente, que toda la actividad clínica se ajuste a unos estándares comúnmente aceptados, cuando existan, y que se pueda demostrar que la práctica clínica se realiza de acuerdo a esos estándares comúnmente aceptados» (Scotland, 1998).

El segundo referente teórico del gobierno clínico es el trabajo de Lugon y Secker-Walker, *Clinical Governance: Making it happen*, quizá el texto más citado. En él se exponen los conceptos del gobierno clínico y se propone una definición en los siguientes términos:

«El gobierno clínico se puede definir como la acción, el sistema o el modo en que se gobiernan los asuntos clínicos. Esto requiere dos componentes principales: unos mecanismos explícitos para establecer la política clínica y unos mecanismos, también explícitos, para controlar el seguimiento de esa política» (Lugon y Secker-Walker, página 1, 1999).

Esta definición, más neutra que la ofrecida por el *National Health Service* y por autores como Donaldson y Scally, sugiere un aspecto muy interesante: los autores ponen acento en el concepto de gobierno, de gobierno de lo clínico. La preocupación por el gobierno, o para ser más precisos, por el «buen gobierno», no es un debate aislado en la sanidad, sino que tiene una dimensión más amplia, tal como se verá más adelante en esta obra. Otro aspecto importante que destaca la definición propuesta por Lugon y Secker-Walker es que el gobierno clínico forma parte de una visión estratégica, en la que es preciso sentar claramente unos objetivos y líneas de actuación y garantizar una posterior monitorización de la actividad.

Lugon y Secker-Walker materializan su definición genérica en una serie de pautas concretas que deberían guiar la nueva forma de gestión. En la Figura 2.9 se resume el concepto de gobierno clínico aportado por estos autores señalando cómo se relacionan sus dos elementos principales: el establecimiento de una política clínica (*guidelines and standards*) y el seguimiento de la práctica (*clinical audit*).

La tercera aportación teórica relevante para la delimitación del concepto de gobierno clínico es la ofrecida por el profesor Kieran Walshe en su libro «*Clinical Governance: a review of evidence*». Walshe, al igual que Lugon y Secker-Walker, considera que la gran aportación del gobierno clínico es la consolidación de la calidad como prioridad en la organización así como la elaboración de una visión y estrategia más integradas y coordinadas sobre métodos de mejora de la calidad ya existentes. En concreto, para Walshe el valor que aporta el gobierno clínico se resume en cinco puntos:

- Las organizaciones sanitarias adoptan un compromiso y una responsabilidad clara en el establecimiento de la calidad de sus servicios.
- Los servicios sanitarios introducen la calidad asistencial como prioridad en sus planes, anteriormente dominados por cuestiones económicas de carácter no asistencial.
- Se establece una visión global que implica a todo el sistema en la mejora de la calidad.
- Se configura un programa integrado para la mejora de la calidad partiendo de los métodos ya existentes, tales como gestión por procesos, gestión del riesgo o procedimientos para la gestión de las quejas y reclamaciones.
- Se introducen valores del gobierno corporativo, tales como la responsabilidad social y la transparencia.

En este sentido, Walshe asegura que, en el NHS, la novedad que aporta el gobierno clínico reside en su dimensión organizativa (cambios estructurales en prioridades y estrategias, liderazgo, cultura y gestión de la organización, etc.) y no tanto las herramientas y metodologías relacionadas con la calidad técnica de la práctica profesional, ya que éstas ya existían y se habían aplicado en el NHS.

Además de las tres aportaciones teóricas en torno al concepto de gobierno clínico a las que nos hemos referido en este capítulo –Scally y Donaldson, Lugon y Secker-

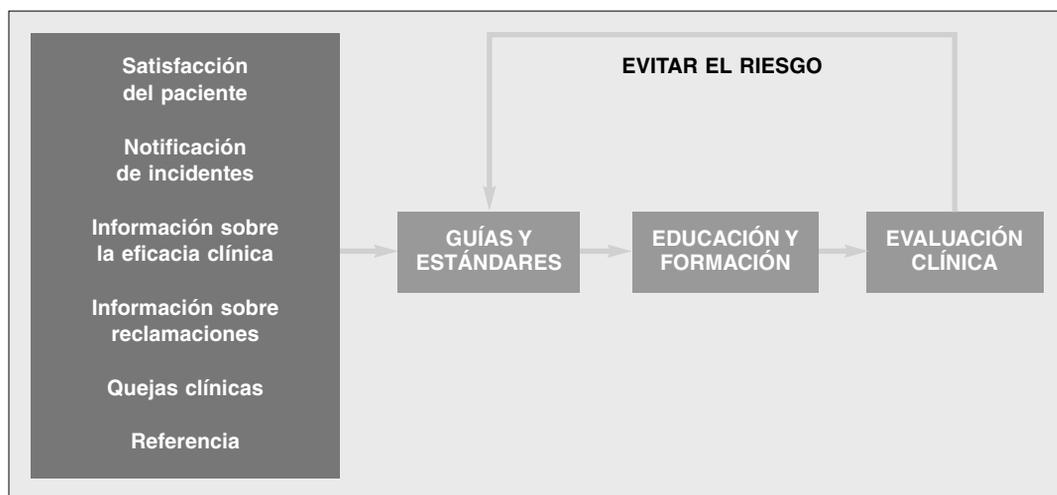


Figura 2.9. Gobierno clínico. Fuente: Lugon y Secker-Walker (1999).

Walker y Walshe—, han sido bastantes los autores que han intentado aportar nuevas referencias y matices que ayudarán a comprender el concepto. Por ejemplo, Gareth Jones ha señalado que el gobierno clínico es la adaptación de «gobierno corporativo» (*corporate governance*) propio de la gestión en organizaciones o empresas privadas. Jones entiende que la correcta adaptación del gobierno corporativo al ámbito público depende especialmente del desarrollo de una cultura organizativa que permita un control de calidad y un papel directivo por parte de los directores médicos. Jones, pues, sitúa los elementos de cultura y gestión como los dos elementos clave del gobierno clínico.

Por su parte, autores como Hopkinson y Huws han hecho un esfuerzo por sistematizar, a partir de las tesis del NHS, los elementos centrales que caracterizan al gobierno clínico. Estos elementos son, principalmente, el establecimiento de estándares, la gestión del riesgo, la eficacia y el desempeño, y la formación de los profesionales.

Otra aportación al concepto de «gobierno clínico» es la efectuada por James, quien ha optado por identificar los componentes esenciales del gobierno clínico desde la óptica de su aplicación. Estos componentes serían: el cambio cultural orientado hacia el liderazgo, la cooperación y el aprendizaje, y la eficiencia clínica y la coordinación de todos los elementos implicados. Finalmente Jeffrey, partiendo de una comparación entre el modelo británico propuesto por el NHS y las experiencias de reforma llevadas a cabo en Australia, introduce el principio de *accountability* (responsabilidad) en el concepto de gobierno clínico.

Implementación del gobierno clínico

La forma en que el gobierno clínico ha de pasar de la definición política y teórica a la realidad de la práctica clínica en las organizaciones sanitarias es una de las principales cuestiones tratadas en la mayor parte de los trabajos sobre el gobierno clínico. Esta preocupación por la implementación surge a partir de la propia formulación que los documentos gubernamentales hacen del gobierno clínico. Muchos de los analistas coinciden en que hay pocas orientaciones sobre cómo implementar el gobierno clínico. Es esta falta de referencias la que mueve a los autores a proponer claves o modelos para una buena implementación. En este sentido son interesantes las propuestas realizadas en los trabajos de Baker y colaboradores, Rosen, Huws, Halligan y Donaldson, y James, así como las de algunas guías que se han elaborado con el objetivo de facilitar la aplicación del gobierno clínico.

El equipo formado por Baker, Lakhani, Fraser y Cheater describe de forma práctica y breve un modelo de aplicación del gobierno clínico para la atención primaria. Estos autores consideran que para aplicar los dos conceptos más destacados del gobierno clínico: la mejora de la calidad (*quality improvement*) y la responsabilidad (*accountability*), es necesario introducir cambios efectivos en la forma de actuar. Así, proponen un modelo que consta de tres fases, en las que se contempla la aplicación del gobierno clínico en cada uno de los siguientes niveles: profesionales individuales, equipos de trabajo y grupos de atención primaria. Las tres fases son las siguientes:

Definir la calidad

La calidad debe ser definida en cada actividad profesional concreta y considerada como un proceso dinámico. En la definición de la calidad han de participar las instituciones públicas sanitarias (por ejemplo, el Instituto Nacional para la Excelencia Clínica, NICE), consultores externos y los propios profesionales (p. ej., criterios del *Royal College of General Practitioners*). Así mismo, la definición de la calidad ha de recoger la visión de los pacientes y tomar la perspectiva de la medicina basada en la evidencia.

Definir la responsabilidad (accountability)

Una vez definida la calidad, se debe establecer quiénes son los responsables de proveerla. Los medios para garantizar esa responsabilidad son, en primer lugar, informar a las autoridades correspondientes de los resultados de las auditorías, de los casos de mala práctica y de las quejas, y en segundo lugar, facilitar la participación de los pacientes y los profesionales en las auditorías.

Definir la mejora de la calidad

Las auditorías clínicas son el principal elemento para controlar la mejora de la calidad, mejora que sólo es posible si existen los recursos precisos para poder implantar los cambios que el proceso de auditoría haya mostrado que son necesarios.

Al considerar la implementación del gobierno clínico, Rosen asegura que actualmente ya se están llevando a cabo auditorías y se están realizando esfuerzos para mejorar la información disponible con el fin de controlar la práctica clínica, así como para mejorar los sistemas de control de las responsabilidades (*accountability*). De hecho, Rosen ha identificado tres factores que están dificultando ese proceso: la escasez de recursos y personal destinado al gobierno clínico; la dificultad de crear un ambiente abierto y participativo entre los profesionales, y las dificultades para desarrollar una dimensión multiprofesional en el trabajo. En este sentido, para Rosen es necesario estudiar los mecanismos efectivos para desarrollar el principio de responsabilidad, los incentivos a la participación, los métodos de participación de los ciudadanos y las mejores técnicas de formación de grupos multidisciplinarios.

Por su parte, Huws considera que para implementar con éxito el gobierno clínico es necesario simultanear dos agendas: la agenda de calidad o clínica y la agenda política. La agenda de calidad recoge las fórmulas para implantar o consolidar la calidad en la organización. Según Huws, el gobierno clínico es la última propuesta para llevar a cabo esta agenda. Mientras, la agenda política es la que establece las fórmulas y criterios políticos de la gestión pública. De este modo, la implementación del gobierno clínico debe desarrollar ambas agendas. En el caso de la agenda de calidad, implicaría poner en marcha medios tales como la auditoría clínica, un sistema de gestión de reclamaciones y quejas, la práctica médica basada en la evidencia y el *benchmarking* (comparación con las mejores prácticas). A su vez, para la agenda política se debería dirigir el cambio hacia una forma de gestión más desarrollada que responda mejor a una nueva cultura orientada hacia el aprendizaje, el *blame-free* (una cultura sin culpas), basada en la colaboración y no en la competencia y, finalmente, una cultura de trabajo en grupos multidisciplinarios, orientados hacia el paciente (*patient-focus*).

Halligan y Donaldson proponen también un método de implementación del gobierno clínico. Estos autores describen el modelo que denominan RAID (**r**evisar, **a**cordar, **i**mplantar y **d**emostrar) (Fig. 2.10). Los elementos que lo componen son los siguientes:

Revisar: Evaluación de la situación actual del servicio. Pacientes y profesionales deben entender y definir el punto de partida del servicio. Además, se deben recoger pruebas relativas al servicio.

Acordar: Vincular a todos los actores, generar unos mecanismos de participación para hacer eficaz todo el proceso participativo.

Implantar: Diseñar las actividades necesarias para la implantación.

Demostrar: Reflejar estas actividades en información que posteriormente será necesaria como referencia para el desarrollo futuro.

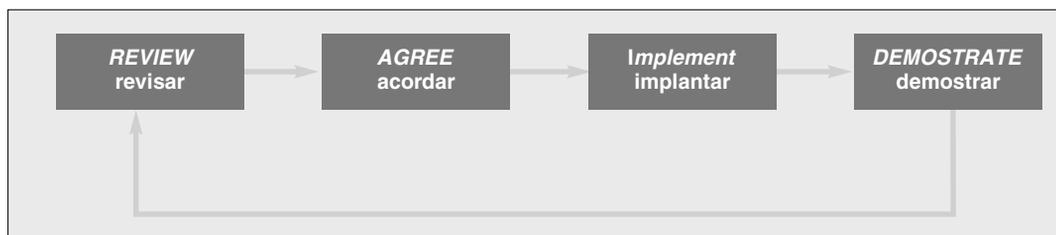


Figura 2.10. Modelo de aplicación RAID. Fuente: Halligan y Donaldson (2001).

Además de los modelos de implementación del gobierno clínico existen dos guías conceptuales. Estas guías son aproximaciones para la aplicación efectiva del gobierno clínico: se trata de los métodos SPOCK y CIA.

El SPOCK es un método de análisis del gobierno clínico, una aproximación para revisar de una forma práctica sus elementos principales: estructura, proceso, resultados, cultura y gestión del conocimiento (SPOCK: **S**tructure, **P**rocess, **O**utcome, **C**ulture y **K**nowledge Management). Esta técnica se utilizó en la región de West Midlands para analizar cómo se estaba desarrollando el gobierno clínico en la región. Los autores se basaron en un cuadro donde cada elemento de análisis del SPOCK se relaciona con aspectos del gobierno clínico y con indicadores que permitirían una medición de cada uno de los aspectos (Tabla 2.1).

Por su parte, Desmond Lawrence recurre al CIA (*Critical Incident Analysis*) o análisis de los incidentes críticos donde propone una metodología para aplicar el gobierno clínico mediante la detección de los incidentes críticos: «un incidente que tiene un impacto importante en el paciente y en su vida». Esta técnica, que fue desarrollada por John Flanagan en 1954, ha sido rescatada por Lawrence, quien sostiene su vigencia y

TABLA 2.1 *Análisis SPOCK.*

Análisis SPOCK	Aspectos de gobierno	Factores medibles
<i>Estructura</i>	Evaluación	Reuniones entre los comités y la dirección. Informes anuales
<i>Proceso</i>	Investigación y desarrollo	Frecuencia, minutos dedicados, inclusividad, acumulación de datos, implicación de la sociedad
<i>Resultado</i>	Formación	Comparar instituciones, resultados internos anteriores, <i>benchmarking</i> , cambios en la práctica
<i>Cultura</i>	Riesgo y acontecimientos adversos	Cultura «sin culpa», aprendizaje, inclusividad
<i>Gestión del conocimiento</i>	Quejas	Disponibilidad de información, tecnología, continuidad en los datos, marco de confidencialidad

Fuente: *West Midlands Public Health Group* (2002).

eficacia. La técnica del análisis de incidente crítico consiste en establecer una serie de procedimientos que identifiquen sistemáticamente las prácticas que contribuyen al éxito, o al fracaso, de las organizaciones ante ciertas situaciones. Se debe averiguar si las situaciones que provocaron un incidente son evitables, y si no lo son, ver cómo se pueden paliar. Lawrence sostiene que así se cumplirían los siguientes atributos del gobierno clínico:

- Trabajo en equipo de forma interprofesional.
- Evitar que se repitan errores a partir de una correcta investigación y revisión de los ya cometidos.
- Formación continua de los profesionales.
- Responsabilidad y probidad.
- Monitorización de los estándares.
- Humanización del proceso, orientado a las personas.

De entre los problemas y obstáculos que los expertos han detectado en las experiencias y propuestas para la aplicación efectiva del gobierno clínico, destaca sobremanera la necesidad de establecer mecanismos para configurar la responsabilidad (*accountability*). Las dificultades con el principio de responsabilidad provienen, por un lado, de que no está bien definido frente a quién se es responsable (¿frente a los pacientes o frente a la Administración?). El problema es claro, puesto que los distintos sujetos ante los que se puede definir esa responsabilidad no tienen por qué compartir unos mismos objetivos e intereses. Por otro lado, no se ha definido la relación entre el proceso de *accountability* y la autonomía del profesional. Esto constituye un obstáculo considerable, dada la naturaleza multidisciplinaria de la atención sanitaria y la marcada tendencia a la autonomía de los profesionales sanitarios. La última dificultad relevante radica en la necesidad de que las iniciativas del gobierno clínico cuenten con los recursos necesarios y el tiempo de dedicación pertinente para llevarlas a cabo.

Elementos del gobierno clínico

Responsabilidad (*Accountability*)

La responsabilidad es, sin duda, uno de los principales elementos en la definición de «gobierno clínico». A pesar de ello el término de *accountability* en el gobierno clínico ha sido tratado fundamentalmente en su vertiente teórica más que en su contrapartida práctica. Así, por ejemplo, en su análisis de la aplicación del gobierno clínico en la atención primaria Allen trata exclusivamente el concepto de *accountability* y lo sitúa explícitamente en el centro del gobierno clínico (Fig. 2.11). Allen entiende que en la atención primaria, la responsabilidad se establece a dos niveles: la responsabilidad individual de los profesionales y la responsabilidad como grupo.

Para Allen, el gobierno clínico se centra en la gestión de la responsabilidad por parte de este segundo grupo. Así, el desarrollo del gobierno clínico requiere aumentar la responsabilidad horizontal, es decir, la responsabilidad de los profesionales, y no la responsabilidad vertical, que ya debe estar articulada por los reglamentos y códigos deontológicos de la profesión. Además, según el propio Allen, el desarrollo del gobierno clínico refuerza la responsabilidad vertical mediante la participación de los ciudadanos y los acuerdos anuales de gestión y actividad establecidos entre los directivos del centro y la administración sanitaria. La responsabilidad horizontal, entre profesionales, es especialmente importante cuando las relaciones dentro de la organización no obedecen estrictamente a una jerarquía, como ocurre en las organizaciones sanitarias.



Figura 2.11. Responsabilidad en la atención primaria. Fuente: Allen (2000).

Allen entiende que debe garantizarse la participación de los profesionales en las actividades que comporte la implantación del gobierno clínico. Esto se puede conseguir combinando la persuasión y la obligación y, cuando sea posible, introduciendo incentivos económicos.

Allen considera cuatro vertientes en el principio de responsabilidad: una de responsabilidad fiscal, otra relativa a las prioridades, una tercera relativa al proceso y, finalmente, una concerniente al programa. Estas dos últimas son las que mayor relevancia tienen en el gobierno clínico. La vertiente relativa al proceso está asociada a la utilización de los sistemas de actuación apropiados mediante el seguimiento de los estándares preestablecidos. El aspecto relativo a los programas se refiere a la calidad de las actividades ejercidas y evaluadas a través de auditorías, informes anuales, participación ciudadana, etcétera.

Por su parte, James también desarrolla el concepto de responsabilidad en el ámbito del gobierno clínico y considera que la responsabilidad reside en dos agentes: individuos y organizaciones. A cada uno de ellos le asigna un tipo de responsabilidad:

- Los individuos (profesionales) son responsables de los estándares de su práctica, del desarrollo personal y de participar en las estrategias locales.
- Las organizaciones son responsables de desarrollar una cultura de calidad, promoviendo el liderazgo, proporcionando información sobre la actividad, garantizando el acceso a la información y dando respuesta a los problemas que surgen.

Calidad y mejora continua

Como se ha mencionado antes, Scally y Donaldson consideran que la calidad es un elemento central dentro de la reforma del *National Health Service*. En su propuesta de gobierno clínico, los autores definen la calidad a partir de los elementos propuestos por la Organización Mundial de Salud. Para la OMS, la calidad en el ámbito de la salud está formada por cuatro dimensiones:

- Desempeño profesional (calidad técnica y eficacia de las práctica clínica).
- Utilización de los recursos (eficiencia).
- Gestión del riesgo.
- Satisfacción del paciente.

En *A First Class Service-Quality in the New NHS* el *National Health Service* compromete a su organización en la responsabilidad de la mejora continua de la calidad del servicio prestado. Distintos autores han considerado que el NHS asegura esa «mejora continua de la calidad» a través de distintas actividades. Malcom y Mays identifican cinco actividades clave para la mejora continua de la calidad:

- Evaluación de la práctica clínica (*clinical audit*).
- Gestión del riesgo clínico (*risk management*).
- Aseguramiento de la calidad (*quality assurance*).
- Eficacia clínica (*clinical effectiveness*).
- Desarrollo del personal y de la organización.

A estas cinco actividades Rosen añade dos métodos para mejorar la calidad del servicio:

- Práctica médica basada en la evidencia.
- Mecanismos para monitorizar los resultados.

Finalmente Donaldson y Halligan, por una parte, y Baker, Lakhani, Fraser y Cheater, por otra, añaden otras dos actividades que, unidas a las anteriores, configurarían el marco que permite al NHS asegurar la mejora continua de la calidad:

- Calidad centrada en el paciente (*patient centred*).
- Investigación y desarrollo.

Eficacia de la práctica médica

A los dos elementos fundamentales del gobierno clínico hasta ahora presentados; responsabilidad y calidad, cabe añadir un tercer elemento, la eficacia clínica, que aunque no ha sido desarrollado con la misma profundidad por la mayoría de analistas de la reforma sanitaria, es tratado con detalle en dos trabajos. Uno de estos trabajos es el de Ayres, Wright y Donaldson, quienes consideran que, para alcanzar la eficacia clínica (*clinical effectiveness*), ésta debe relacionarse con una delimitación precisa de la responsabilidad—concepto de responsabilidad que ya ha sido presentado. Ayres, Wright y Donaldson entienden que para alcanzar la eficacia clínica se necesitan recursos, y que al mismo tiempo debe formularse una estrategia global bajo una gestión competente. En su opinión, la eficacia clínica se fundamenta en nueve componentes básicos:

1. **Acceso a la evidencia:** bibliotecas, bases de datos.
2. **Aplicación de la evidencia.** Los profesionales deben reconocer el desajuste entre sus conocimientos y la evidencia médica disponible, así como saber cómo y dónde acceder a esas pruebas para poder usarlas.
3. **Utilización de las tecnologías de la información** (historia clínica electrónica).
4. **Desarrollo de la evaluación clínica** (*clinical audit*).
5. **Utilización de guías clínicas.**
6. **Gestión del riesgo clínico.** Búsqueda del equilibrio entre la formación y la penalización.
7. **Formación profesional eficaz.** Formación continua basada en la evidencia y desarrollada a lo largo de toda la carrera profesional.
8. **Comunicación entre los profesionales.**
9. **Involucración de los pacientes.**

Por su parte, el trabajo realizado por Redfern, Bynoe, Connor, O'Halloran y Pokora también destaca el papel de la eficacia (*effectiveness*) en el concepto de gobierno clínico.

co del NHS. La eficacia sólo se puede lograr a través de la actitud de los profesionales; es en el ámbito individual donde el gobierno clínico será eficiente y se mantendrá o, por el contrario, fallará. Para lograr una correcta actitud de los profesionales es necesario que cada médico lleve a cabo una revisión anual de su trabajo y tenga un plan de desarrollo personal. Para que esto sea posible es necesario: promocionar y garantizar la formación de los profesionales; permitir que éstos sean capaces de identificar sus carencias para corregirlas y ayudarles en su evolución profesional y liderar un cambio de cultura en la organización que favorezca estas actividades. El médico, además de mantener y controlar los niveles de calidad de su práctica médica, se enfrenta, tal y como señalan los autores, a otros retos importantes:

- Atención individualizada, en un contexto en el que los pacientes quieren acceder a la información y participar de forma activa en su proceso asistencial (*evidence based* para pacientes, aumento de quejas, participación adecuada de los pacientes).
- Mantener su competencia en un entorno de alta presión asistencial y con un nivel de información difícilmente manejable (aprendizaje continuado, superar la cultura de la culpabilidad, inexperiencia de los residentes, etc.).
- Gestionar el entorno de trabajo, en el que existe un grado elevado de aislamiento que dificulta la relación con otros profesionales para contrastar criterios clínicos o pautas diagnósticas y de tratamiento.

Información, conocimiento y aprendizaje

La mayoría de los expertos comparten la opinión de que estos tres elementos, información, conocimiento y aprendizaje, desempeñan un papel importante en la configuración del gobierno clínico. Aparecen como principales conceptos la medicina basada en la evidencia, la información para la monitorización y la formación continuada.

Nick Black es el que con mayor rotundidad afirma la importancia de estos elementos. Asegura que no es posible implantar el gobierno clínico sin potenciar una base muy completa y fiable de datos clínicos de ámbito nacional. Black sostiene que:

«No se puede eludir que cualquier modelo organizativo que se adopte para implementar el Clinical Governance requerirá una información sobre la calidad que será mucho más costosa que la necesaria para la mera gestión económica. A menos que cada nivel del NHS esté dispuesto a aceptar y proveer de los fondos adecuados para generar y analizar la información clínica, las buenas intenciones del White Paper no podrán llevarse a cabo» (Black, 1998).

Por su parte, Wattis y McGinnis consideran que el escaso éxito de algunos programas de calidad o eficacia anteriores, como el ya citado *Clinical Audit*, se debe a las dificultades de establecer sistemas de información que satisfagan verdaderamente las necesidades de los pacientes y de los clínicos y al mismo tiempo las de los responsables y gestores. Precisamente en el ámbito sanitario existe un acusado antagonismo entre gestores y profesionales que debe solventarse. Según estos autores, la gestión del conocimiento resuelve dichos problemas potenciando actitudes adecuadas, como por ejemplo el trabajo en equipo, un cambio en la relación entre los clínicos y los gestores, y la inversión en tecnología que permita disponer de sistemas de información de calidad.

Para Wattis y McGinnis, los activos del conocimiento son tres:

1. **Capital humano.** La práctica basada en la evidencia, la educación y la formación en investigación.

- 2. Capital estructural.** La capacidad de proporcionar información:
- Al personal clínico, acerca de los pacientes, la evidencia médica, las políticas sanitarias relacionadas con la práctica médica y las lecciones aprendidas a raíz de las quejas.
 - A la organización, acerca de los controles y mejoras de calidad, de la aplicación efectiva de las lecciones aprendidas, de la calidad de la información y del cumplimiento de las guías y protocolos clínicos.
- 3. Capital del cliente.** El contacto con las necesidades de los pacientes y el grado de satisfacción de éstos.

También Hopkinson considera esencial la creación de una base de datos de calidad. Para ello recomienda disponer de información computarizada sobre la actividad de las organizaciones sanitarias implicadas en el proceso de gobierno clínico, así como la codificación precisa de esa información. Según Hopkinson, la participación de las distintas unidades de la organización en proyectos de *benchmarking* es una garantía de que disponen de la información necesaria para evaluar la calidad de sus actividades y servicios.

Cultura y estándares

Los dos últimos elementos que deben añadirse al análisis de los principales atributos del gobierno clínico son la cultura y los estándares. Ambos han aparecido hasta ahora relacionados con otros aspectos destacados del gobierno clínico como la calidad y la eficacia clínica, pero merecen una mención aparte.

La cultura de la organización es un aspecto que a menudo se ha abordado, y los analistas coinciden en otorgarle un papel muy destacado dentro del gobierno clínico. Autores ya mencionados como Scotland o Redfern, Bynoe, Connor, O'Halloran y Pokora, y trabajos como el de Degeling, Hill y Kennedy, señalan que en el gobierno clínico se trata de promocionar una cultura libre de culpa (*blame-free*), una cultura del aprendizaje y de la participación. Estos autores plantean que ese cambio cultural ha de permitir que se superen los conflictos entre gestores y médicos.

En lo que respecta a la importancia de establecer estándares, Scotland considera que en el gobierno clínico, la definición de estándares debe tener la máxima prioridad. Para este autor existen dos clases de estándares en el gobierno clínico:

Estándares de competencia clínica: Su objetivo es garantizar un nivel aceptable de conocimiento y aptitudes de los profesionales sanitarios. Aunque son difíciles de cuantificar, se debe hacer el esfuerzo de establecerlos en relación con la práctica clínica y la ciencia médica.

Estándares de comportamiento clínico: Estos estándares deben permitir saber en qué medida el profesional dispone de las actitudes apropiadas de autocontrol, aprendizaje, sentido del deber y capacidad de gestionar el poder y la responsabilidad, para el ejercicio de su función.

Atención integrada y gobierno clínico

David Hands define la integración como:

«...el diseño cuidadoso y la combinación óptima de los diversos elementos y perspectivas de una actividad para conseguir el objetivo propuesto y los mejores resultados posibles» (Hands, 1999).

CUADRO 2.3 Dimensiones de la integración. David Hands (1999)

1. Entre las partes que componen el sistema.
2. Entre los diferentes estadios en el proceso de tratamiento de una causa concreta.
3. Entre las distintas partes de la misma organización que prestan el servicio.
4. Entre los distintos profesionales sanitarios o entre profesionales de distinta especialidad.
5. Entre los proveedores de los mismos servicios, pero procedentes de otras organizaciones.
6. Entre el SNS y otras organizaciones.
7. Entre financiadores y proveedores de servicios.
8. Entre gestores y clínicos.
9. Entre diferentes tratamientos o cuidados para diferentes enfermedades en un mismo paciente.
10. Entre pacientes, sus familias y su contexto social.

Fuente: David Hands, «Integrated Care». En: *Clinical Governance*, Lugon y Secker.

La integración asistencial es el elemento esencial de la eficacia clínica y, por tanto, del gobierno clínico. En su opinión, en los servicios sanitarios el concepto de integración tiene dos dimensiones: por un lado, la relacionada con el hecho de que el paciente reciba un diagnóstico y tratamiento efectivo que le resuelva su problema de salud; y por otro, la relacionada con la coordinación de acciones que permitan promover estilos de vida y entornos saludables. En este sentido, la planificación y gestión de un sistema integrado debe abarcar la identificación, análisis y soluciones de los problemas de salud individuales y colectivos. La integración puede ser de dos tipos: la integración vertical, que supone el diseño cuidadoso de las distintas fases del proceso de diagnóstico y tratamiento, y la integración horizontal, que incorpora los cuidados que otros profesionales o servicios puedan estar proporcionando a un paciente. Hands identifica diez perspectivas en las que la integración es importante (Cuadro 2.3).

La integración de los cuidados ha sido una preocupación constante en los sistemas sanitarios. Sin embargo, tanto por el diseño de la provisión de servicios como debido a la ordenación de la actividad asistencial, el proceso asistencial está fraccionado, lo que tiene un impacto importante en la calidad de la atención sanitaria y en su coste. Muchas han sido las iniciativas orientadas a superar las consecuencias del fraccionamiento del proceso asistencial. El gobierno clínico introduce entre sus principios la atención integrada, y plantea un desafío importante a la planificación y gestión asistencial así como a la cultura profesional. Hands identifica ocho estadios en el desarrollo de programas integrados de cuidados:

- Identificación del problema.
- Identificación de los agentes clave implicados (*stakeholders*).
- Identificación del conocimiento existente.
- Establecimiento de objetivos y estándares.
- Reingeniería del tratamiento y del proceso de cuidados.
- Rediseño de las estructuras organizativas.
- Rediseño del proceso de evaluación y de los sistemas de registro y de información.
- Implantación del programa y revisión.

Son numerosas las iniciativas destinadas a potenciar la integración de los cuidados. En los apartados siguientes se presentan algunas de las más relevantes.

Grupo de cuidados (The care group)

Surgen en el Reino Unido en 1974. Se trataba de servicios basados en el análisis de las necesidades específicas de distintos grupos de población, del que se derivaban las habilidades que eran necesarias para atenderlas y el lugar más idóneo para hacerlo.

Auditoría médica y auditoría clínica (Medical and clinical audit)

La auditoría médica forma parte de la práctica médica, en el *National Health Service*, desde 1991, aunque todavía no se ha incorporado a la rutina hospitalaria. Al principio la auditoría médica se vio más como un componente del proceso de formación que como un elemento para el diseño proactivo de mejores procesos terapéuticos. Una definición reciente de la auditoría clínica es la que proporciona el *Department of Health* (1996): «La auditoría clínica es una iniciativa clínicamente liderada que busca mejorar el resultado en la atención a través de estructuras de «revisión entre iguales» (*peers review*) donde los clínicos examinan su propia práctica respecto a unos estándares acordados y modifican su praxis cuando así se indica». El *Leicestershire Primary Care Audit Group*¹⁰ define *clinical audit* como: «...un proceso estructurado que asegura que estamos realizando la mejor “revisión entre iguales” (*peers review*) en comparación con lo que se debería estar haciendo». La auditoría clínica requiere una serie de pasos que configuran el ciclo de la auditoría:

- Identificar y seleccionar el problema o situación que se quiere analizar.
- Elegir y establecer los criterios y estándares idóneos.
- Recopilar la información adecuada.
- Analizar la información.
- Implantar los cambios.
- Realizar una nueva auditoría para evaluar si los cambios han supuesto una mejora.

Gestión del riesgo (Risk management)

La gestión del riesgo debe entenderse como:

«...una aproximación particular a la mejora de la calidad de la atención que presta especial atención en aquellas ocasiones en las que los pacientes son afectados negativamente por el tratamiento que han recibido» (Vincent, 1995).

En Estados Unidos la presión legal sobre la práctica médica ha dado lugar al desarrollo de mecanismos de evaluación, indicadores clínicos y medidas para el control del riesgo. La extensión de esta presión a otros países ha hecho que las autoridades sanitarias promuevan estándares y desarrollen los medios necesarios para controlar el riesgo que se deriva de la asistencia. Los mecanismos para el control del riesgo requieren el establecimiento de procedimientos estandarizados de cuidados y la monitorización de las variaciones sobre parámetros definidos.

Procedimientos de cuidados integrados (Integrated care pathways)

Es un instrumento de la gestión clínica que sirve para diseñar una atención integrada vertical y horizontalmente. Se ha definido como:

«...planes de cuidados orientados por actividad en los que se detallan los pasos esenciales en el cuidado de los pacientes con un problema clínico específico y se describe el curso clínico esperado del paciente» (Campbell y cols. 1998).

¹⁰ El propio *Leicestershire Primary Care Audit Group* define así el término *clinical audit* en su página web: <http://www.leicester-pcag.org.uk>

Los procedimientos de cuidados integrados permiten desarrollar e implantar, de forma estructurada, protocolos y procesos definidos de cuidados. También se conocen como mapas de cuidados (*care maps*), algoritmos clínicos (*clinical algorithms*) y procesos de cuidados multidisciplinares (*multidisciplinary pathways of care*). Los ICP requieren historias clínicas integradas, en las que todos los profesionales que intervienen en el programa reflejan la información necesaria. Son muy utilizados en el ámbito americano del *managed care*. En el Reino Unido se ha constituido un grupo (*UK National Pathway User Group*) para extender y desarrollar esta iniciativa.

Gestión de cuidados (Managed care) y gestión de la enfermedad (Disease management)

El *managed care* es una iniciativa surgida en Estados Unidos, que el *Institute of Medicine* define como:

«...un conjunto de técnicas utilizadas o al servicio de los compradores de servicios sanitarios para gestionar los costes de los mismos mediante la influencia en las decisiones de cuidados a los pacientes, a través de evaluar, caso a caso, y antes de prestar el servicio, su oportunidad».

Aunque el *managed care* es un concepto difícil de precisar, las numerosas definiciones que se han dado coinciden, según Madhok, en el estudio de las relaciones que se establecen entre el sujeto que necesita un servicio, el financiador/empleador, el proveedor del servicio, la agencia intermediaria y el escenario en el que se presta el servicio. Según Madhok, estos agentes se interrelacionan de varias formas con el objeto de proteger y maximizar sus intereses (Fig. 2.12).

En relación con el concepto de *managed care*, Curie sostiene que se trata de:

«...una aproximación planificada a la provisión de servicios de salud cuyo objetivo es controlar los costes mientras simultáneamente se mejora la calidad de la atención al paciente» (Curie, 1998).

La caracterización del *managed care* como una «aproximación planificada» lo convierte en un proceso de gestión activa. Tal como especifica Madhok, hay dos tipos de gestión: el activo («dirigir activamente hacia una dirección predeterminada») y el pasivo («hacer frente a aquello que se te viene encima»). Para Madhok, sin duda, la gestión en el *managed care*, es del primer tipo, y la dirección que se toma conduce hacia la eficiencia y la calidad.

Los autores coinciden en que tras las iniciativas de *managed care* está la voluntad de introducir el principio de eficiencia dentro de los servicios sanitarios. Citando a Norris:

«La idea que hay detrás del Managed Care es sencilla: aquellos que pagan facturas médicas quieren estar seguros de que su dinero es gastado de la manera más eficiente posible. Un sistema de Managed Care, por tanto, organiza la atención de un grupo específico de pacientes determinando exactamente qué tratamiento se necesita para conseguir los resultados deseados. Un objetivo principal es ajustar la atención sanitaria al reducir el número de pasos que se dan en la rutina de los procedimientos de diagnóstico, tratamiento y cuidados» (Norris, 1998).

Como se puede apreciar, la eficiencia es el principal motor del *managed care* y las fórmulas para alcanzarlo se basan especialmente en la orientación del comportamiento de los médicos hacia prácticas más eficientes.

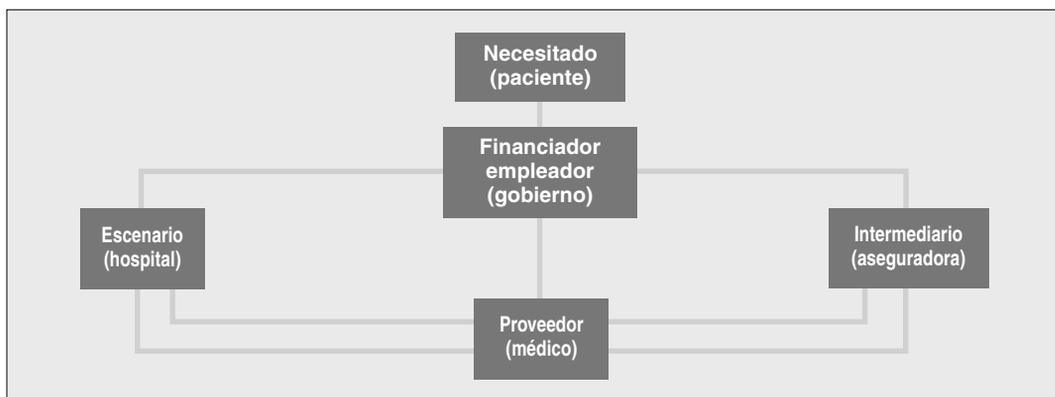


Figura 2.12. Agentes e interrelaciones en el *managed care*. Fuente: Madhok (1999).

Según Myles y Wyke, hay diferentes herramientas en el *managed care* que pueden ser clasificadas en dos niveles: el nivel macro y el nivel micro. Curie relaciona a su vez estos dos niveles con el nivel político y el nivel de gestión del sistema:

Nivel macro (*nivel político*). En este nivel se engloban aspectos tales como:

- Evaluación de las necesidades y las prioridades.
- Evaluación de la eficacia clínica y coste-efectividad.
- Asistencia integrada.

Nivel micro (*nivel de gestión del sistema*). Este segundo nivel englobaría los aspectos relacionados con:

- Concordancia entre las decisiones clínicas y económicas.
- Técnicas de microgestión, como *benchmarking*, estándares de calidad y sistemas de acreditación. Autores como Hunter, Fairfield y Semple Piggot añaden, a los anteriores, las guías y protocolos clínicos.
- Gestión de las enfermedades (*disease management*). Lynne Curie considera éste como un nivel en sí mismo, separado del nivel de gestión del sistema, y del cual forman parte las guías clínicas y la medicina basada en la evidencia.

Esta clasificación muestra el lugar que ocupa el gobierno clínico británico respecto al *managed care* de EEUU, ya que gran parte de los instrumentos del *managed care* se incorporan a los planes de modernización del NHS, aunque centrándose fundamentalmente en el nivel de *microgestión*.

En contraposición a la clasificación compartida por Curie y Myles y Wyke, Meter Hatcher propone una clasificación diferente de los elementos principales del *managed care*. En esta clasificación se distinguen los elementos estructurales de los elementos funcionales:

Elementos estructurales:

- Acceso a unos proveedores de atención primaria de calidad.
- Atención primaria como puerta de acceso a la sanidad.

- Priorizar las demandas y necesidades; libertad de selección y negociación con los proveedores.
- Incentivos económicos para los proveedores de atención primaria.

Elementos funcionales:

El *managed care* tiene dos componentes funcionales: la mejora de la utilización de los recursos y la gestión de la calidad.

- Mejora de la utilización de los recursos (*utilization management*). El *managed care* intenta reducir costes disminuyendo los ingresos hospitalarios innecesarios y reduciendo el tiempo de estancia en el hospital. Sus componentes más significativos son: la autorización previa para el uso de tecnología cara, la revisión del período de internamiento y de terapias caras, la gestión de aquellos casos que supongan elevados costes y los programas de segunda opinión.
- Gestión de la calidad. Este elemento comporta metodologías y mecanismos tales como la aplicación de estándares, la formación profesional permanente, la implantación de la gestión de la calidad total, la evaluación y el *benchmarking*.

En general las iniciativas de *managed care* puestas en práctica en el Reino Unido y en otros países europeos difieren del modelo norteamericano. Autores como Hunter Fairfield, Semple Piggot y Myles y Wyke definen la versión europea del *managed care* citando a Rosleff y Lister:

«...el managed care es un proceso para maximizar la ganancia en salud de una comunidad a partir de unos recursos limitados, a través del aseguramiento de un conjunto y un nivel de servicios proporcionados y a través del seguimiento caso a caso que asegure la mejora continuada para alcanzar los objetivos nacionales de salud, así como las necesidades individuales de salud» (Myles y Wyke, 2000).

En el estudio elaborado por Rosleff y Lister para *Coopers and Lybrand (European healthcare trends: towards managed care in Europe)* se apunta que la principal diferencia entre el modelo norteamericano y el modelo europeo de *managed care* es la visión más integral del modelo europeo (mejora en la salud de la comunidad) por parte de los diferentes agentes (proveedor, financiador, gobierno y paciente). Según este estudio, en la interpretación europea del *managed care*, aparecen tres dimensiones de cuidados: la relacionada con la política sanitaria y la estructura del sistema sanitario, los modelos de gestión, y la dimensión de la propia gestión de la enfermedad (*disease management*), que algunos autores relacionan con los tres paradigmas dominantes en Europa con respecto a la atención sanitaria: el paradigma del mercado en la eficiencia microeconómica de las organizaciones (demanda individual y elección de los consumidores), el paradigma relacional de la teoría de sistemas (integración de los sistemas) y el paradigma social del bienestar (las necesidades de la población y la salud pública).

El *disease management*, o gestión de enfermedades, surge en 1993 en Estados Unidos como un proceso basado en la información, que introduce la mejora continua en todas las facetas de la atención, a través de todo el espectro de prestaciones de servicios sanitarios. Se trata de un proceso cuyo eje es mejorar la relación coste-efectividad y coste-eficiencia en la prestación de cuidados sanitarios mediante una aproximación global al tratamiento de una enfermedad determinada.

Los elementos y medios necesarios para la gestión de enfermedades son los siguientes:

- Guías y protocolos clínicos.
- Formación.
- Colaboración de los médicos.
- Colaboración de los pacientes.
- Gestión por procesos.
- Sistemas de información integrados.

Como señala R. Gálvez, el origen del *disease management* en Estados Unidos es la compra de organizaciones proveedoras de servicios sanitarios por parte de la industria farmacéutica, con el propósito inicial de captar los canales de marketing de las organizaciones de *managed care*. Este propósito pronto adquirió valor añadido en la distribución de sus medicamentos (valor añadido al marketing farmacéutico). Gálvez recoge los pasos que deben darse en el proceso de gestión de enfermedades:

- Identificar a los agentes clave en el proceso de gestión de enfermedades: compradores, pagadores, pacientes, políticos, médicos, proveedores, compañías farmacéuticas, etcétera.
- Determinar las necesidades y expectativas de los agentes clave, así como sus prioridades.
- Establecer la definición de «éxito»; por ejemplo, identificar y tratar, al menos, al 50% de los diabéticos no conocidos en la población que se atiende.
- Establecer estándares de calidad que reflejen las expectativas de los pacientes y que no sean contrapuestos.
- Identificar los factores principales (clínicos, económicos, humanísticos y de resultados) valorados por los agentes clave.
- Elaborar, sobre la base de encuestas, datos extraídos de los pacientes y algoritmos para estratificar a éstos identificando factores de riesgo.
- Determinar grupos de riesgo específico y la adecuada actuación terapéutica.
- Estimar cuál es el beneficio de llevar a cabo una intervención con éxito, teniendo en cuenta:
 - Valor económico del beneficio obtenido.
 - Conocer el impacto en el mejor, peor y menos favorable escenario mediante test de sensibilidad de varias hipótesis.
 - Calcular el coste del diseño, desarrollo e implantación del programa de gestión de enfermedades.
 - Determinar el mejor, peor y más probable retorno en las inversiones por nivel de riesgo y programa total.
 - Implantación de programas piloto.
 - Medida de resultados y costes.
 - Comparación de resultados y costes antes y después de la implantación del programa.
 - *Feed-back* de resultados para la mejora continuada de todos los aspectos de la gestión de enfermedades.

Otras iniciativas con notable repercusión sobre la integración de cuidados son la mejora continua de la calidad (*continuous quality improvement*), los programas de cuidados (*care programme approach*) y, sin duda, la medicina basada en la evidencia (*evidence-based medicine*).

Sumario

A modo de resumen, la Figura 2.13 presenta ordenados los principales elementos y propuestas que comprende la gestión clínica. Los resultados de la implantación de la gestión clínica (efectividad o eficacia, eficiencia, calidad y satisfacción), tienen su origen en tres tipos de cambios interrelacionados: cambios organizativos, cambios en la práctica médica y cambios de orden tecnológico.

Cambio organizativo

- 1. Cultura de la organización.** La necesidad de un cambio en la cultura de la organización es un requisito esencial en la aplicación efectiva del gobierno clínico. Adquiere especial relevancia la necesidad de orientar la organización hacia una cultura sin culpas (*blame free*), de aprendizaje, liderazgo, participación y trabajo en equipo.
- 2. Gestión del conocimiento.** El conocimiento es el principal activo en los servicios sanitarios y, evidentemente, la calidad y eficiencia del servicio están directamente relacionadas con la buena gestión de este activo. Se debe gestionar el capital humano (conocimiento de los profesionales), el capital estructural (información que se produce y que circula en la organización) y el capital del cliente (percepciones, expectativas y satisfacción). Lamentablemente, se trata de un aspecto en el que no se hace especial hincapié al abordar el gobierno clínico.
- 3. Gestión por procesos.** Es un instrumento de la gestión de operaciones (*operations management*), cuya aportación al cuerpo de conocimiento de la gestión es el concepto de



Figura 2.13. Atributos que incorpora el concepto de gobierno clínico. Fuente: Elaboración propia.

organización como un conjunto de procesos que vinculan a las distintas actividades que se realizan. Se entiende como proceso una secuencia de actividades (actividades ligadas al proceso asistencial) dirigidas a dar un valor añadido (tratamiento) a una entrada (paciente enfermo), obteniendo como salida un resultado que satisface al cliente. La gestión de operaciones está enfocada a garantizar que todos los procesos de apoyo (gestión económica, infraestructura, sistemas de información, política de recursos humanos, etc.) están diseñados y orientados para respaldar el llamado proceso principal, o proceso base, que en el caso de las organizaciones sanitarias es el proceso de diagnóstico y tratamiento. Toda la actividad que se realiza en la organización y que no aporta «valor» a este proceso principal, se considera un «desperdicio». Como punto de partida, la gestión de operaciones sitúa las necesidades del cliente (paciente) en el centro de todo el proceso de toma de decisiones; por tanto, el diseño y el análisis de sus procesos se realizan desde la perspectiva de la mejor respuesta al cliente (paciente) con la mejor utilización de los recursos. La gestión de operaciones, y por tanto la gestión por procesos, supone un cambio sustancial en la gestión de las organizaciones, cambio que en el entorno sanitario se define como «orientar la asistencia sanitaria al paciente».

4. **Descentralización/responsabilidad.** La literatura sobre gobierno clínico coincide en considerar que la principal consecuencia de su implementación es la descentralización de las organizaciones, que otorga a los profesionales mayor grado de autonomía y responsabilidad en la gestión. Esta propuesta implica, pues, una redistribución de las tareas y responsabilidades dentro del servicio. Por una parte, la dirección tendrá nuevas funciones: gestión global del conocimiento, coordinación de los patrones del trabajo médico (evidencia científica, evaluación de tecnologías, práctica clínica, calidad), evaluación y estandarización de los procesos, productos y servicios. Por otra parte, se potencia la figura del jefe de servicio como verdadero director de éste, haciéndolo responsable de sus propios procesos, de la gestión de los recursos humanos y del presupuesto. Finalmente, el médico también se convierte en el responsable de optimizar sus áreas de conocimiento, del desarrollo asistencial y de la gestión ligada a su servicio.
5. **Herramientas para la mejora continuada de la calidad.** La mejora continua de la calidad es el principal objetivo del gobierno clínico. En la literatura sobre gobierno clínico se exponen varias técnicas orientadas a la consecución de este objetivo, de entre las cuales merecen ser destacadas dos: el *benchmarking* (proceso de mejora de la calidad a partir de un patrón de referencia con el que se compara la propia actividad) y la gestión del riesgo.

Cambio en la práctica médica

1. **Medicina basada en la evidencia.** La práctica de los médicos se debe efectuar a través de una evaluación sistemática de la mejor evidencia disponible. Para ello el centro sanitario debe proporcionar la infraestructura necesaria para el acceso a la evidencia: biblioteca, publicaciones, buena base de datos clínicos...
2. **Auditorías clínicas.** Esta técnica está siendo usada desde hace años como medio de garantizar la calidad. Esencialmente, la función de las auditorías es permitir a los profesionales sanitarios efectuar el seguimiento de su propia práctica clínica. Las auditorías pueden ser muy útiles para que el profesional descubra sus propias carencias.
3. **Guías clínicas.** Ayudan a mejorar la práctica médica proporcionando a los profesionales sanitarios recomendaciones para la correcta toma de decisiones en situaciones clínicas concretas. Estas recomendaciones están basadas en la mejor evidencia disponible.
4. **Formación continua.** Para que la implantación del gobierno clínico sea efectiva es necesario que los profesionales sanitarios reciban formación en las nuevas técnicas y adap-

ten sus conocimientos a la nueva evidencia científica. A tal fin, la organización debe poner al alcance del profesional los medios que garanticen un aprendizaje continuo.

Cambio tecnológico

1. Investigación y desarrollo. El cambio tecnológico, cuyo principal instrumento es el programa I + D, es el que menos se tiene en cuenta en el gobierno clínico. Sin embargo, si queremos tener una visión global de los elementos necesarios para mejorar la eficacia y calidad, debemos tener en cuenta las innovaciones tecnológicas. El gobierno clínico debe dar especial importancia a las nuevas tecnologías de la información, que pueden permitir una gestión de la información y el conocimiento más eficiente, con incidencia en las demás esferas de la atención sanitaria.

GESTIÓN CLÍNICA EN ESPAÑA

Lola Ruiz Iglesias, Lluís Orriols i Galve, Pere Picorelli Riutord

Evolución del marco de gestión en el Sistema Nacional de Salud

El término «gestión clínica» surge en España en el contexto de las reformas sanitarias de los años noventa, estrechamente ligado al debate sobre la autonomía de los centros sanitarios, la introducción de los nuevos modelos de gestión y la participación de los clínicos en la gestión de las organizaciones.

Hasta mediados de los años noventa, la política sanitaria se había centrado en los aspectos estructurales del sistema sanitario. La Ley General de Sanidad, el Tratado de Maastricht, la aprobación del Plan de Convergencia¹¹, la introducción de los «contratos-programa»¹² y las recomendaciones del Informe Abril sobre el análisis y evaluación del Sistema Nacional de Salud, constituyen el marco de las actuaciones en política y gestión sanitaria. Estas actuaciones se materializan en la creación del Sistema Nacional de Salud, la descentralización de las competencias en materia sanitaria a las Comunidades Autónomas, la separación de las funciones de financiación y compra en el sistema sanitario, y la introducción de los «contratos-programa». En lo relativo a la oferta y ordenación de los servicios sanitarios, el esfuerzo en estos años se centra en las áreas menos desarrolladas como eran la de la atención primaria (reforma de la atención primaria) y la de la salud mental (reforma de la salud mental), así como en la ordenación del mapa sanitario (con un claro impacto sobre los flujos de derivación de los pacientes).

En estos años se introduce una serie de medidas que transforman la relación de los médicos con la estructura administrativa o de gestión de las organizaciones sanitarias, especialmente en los hospitales:

- La incorporación de gerentes en los hospitales.
- El Decreto de Estructura de 1987.

¹¹ Para alcanzar la Unión Económica y Monetaria propuesta en el Tratado de la Unión Europea (1992) se requería una convergencia económica entre los futuros miembros que debía comprobarse a partir de cinco criterios macroeconómicos.

¹² Los «contratos-programa» son introducidos en el Real Decreto 858/1992 de organización de Ministerio de Sanidad.

- La introducción de los contratos de gestión entre la entidad financiadora con el organismo autónomo correspondiente o con el Insalud, de éste con sus centros y en cada centro con los distintos servicios.
- La introducción de los primeros indicadores de gestión y, posteriormente, de los modelos de *case-mix*.

En la Tabla 2.2 se presentan las principales modificaciones que introduce la Ley General de Sanidad en la reforma de la atención especializada.

El modelo de organización de los hospitales, con la excepción del entorno de Cataluña (con una amplia tradición de provisión mixta en la atención especializada), se

TABLA 2.2 *Esquema de las modificaciones organizativas introducidas por la reforma de la asistencia especializada aprobada por la Ley General de Sanidad.*

	Antes de la Ley General de Sanidad	Después de la Ley General de Sanidad
<i>Sistemas sanitarios</i>	Varios: Instituto Nacional de Previsión	Uno: Sistema Nacional de Salud
<i>Ordenación funcional</i>	Dos niveles: – hospitales – especialistas de cupo	Un nivel: asistencia especializada
<i>Ordenación territorial</i>	Hospitales comarcales, provinciales, regionales y ciudades sanitarias	Hospitales de área y servicios de referencia
<i>Equipo directivo</i>	Director médico, Administrador, Jefatura de Enfermería	Gerente, Director médico, Director de Enfermería, Director de Gestión y Servicios Generales (en Insalud G.D.)
<i>Junta de gobierno</i>	Mayoría Administración, participación estamental	Desaparece
<i>Junta facultativa</i>	Mayoría médicos; asesora a la Dirección en múltiples aspectos	Mayoría médicos; asesora a la Dirección en lo relativo a la actividad asistencial y en otros aspectos (en Insalud G.D.)
<i>Jornada de trabajo médicos</i>	Hospitales: 42 h/semana- «Cupo»: 2.5 h. consulta/día	Jornada completa (37.5 h/semana)
<i>Retribución médicos</i>	Hospitales: salario «Cupo»: capacitación	Salario, dedicación exclusiva (más del 70% de los médicos jerarquizados)
<i>Jefes de servicio</i>		Responsables de la gestión Sistemas de promoción a JS durante períodos renovables de 4 años

Fuente: Ramón Gálvez, sobre texto de la LGS.

mantiene como un modelo homogéneo, jerárquico, centralizado, ordenado por especialidades clínicas, con un grado importante de autonomía funcional de los jefes de servicio y muy poco flexible.

En la última década, el Acuerdo de la Subcomisión de Sanidad del Congreso de los Diputados sobre consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud¹³, la introducción y desarrollo de las nuevas formas de gestión, la elaboración de los planes estratégicos de los servicios de salud, la culminación del proceso de transferencias sanitarias a las Comunidades Autónomas y la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, marcan el escenario de gestión de las organizaciones sanitarias y de la participación de los médicos en las mismas.

La cultura de gestión por procesos y calidad apenas se introduce en el sistema sanitario hasta bien entrada la década de los noventa, momento a partir del cual, la participación de los clínicos en la gestión de las organizaciones empieza a adquirir relevancia en la política sanitaria. Se abre el debate sobre los nuevos modelos de gestión y con él aparece la gestión clínica, que, al igual que en otros países, aunque en su concepción teórica recoge los fundamentos de calidad asistencial y de gestión que la fundamentan, en su desarrollo práctico está estrechamente ligada al ahorro y al control del gasto. La eficiencia económica es de hecho el rasgo más notorio de estas iniciativas, y como tal es percibido por los clínicos, que no por ello rechazan esta forma de participación, sino que en muchos casos se vuelcan con entusiasmo en la iniciativa con el fin de alcanzar la calidad asistencial, a veces difícilmente conjugable con una estrategia de ahorro a corto plazo.

En lo que se refiere a la introducción de nuevas formas de gestión en el sector sanitario (la novedad está en su utilización en el sector sanitario, ya que la Administración hace años que utiliza estas fórmulas jurídicas previstas tanto en el derecho administrativo como en el derecho mercantil), tal como indica Javier Sánchez Caro, se debe fundamentalmente a dos razones: la necesidad de aumentar la eficiencia mediante una gestión adecuada y la seguridad jurídica necesaria tras la proliferación de normas que se habían elaborado en todas las Comunidades Autónomas y que modificaban el modelo organizativo establecido por la Ley General de Sanidad, modelo de gestión directa sin figuras jurídicas intermediarias.

Se establecen dos tipos de gestión: la gestión directa y la gestión indirecta. La diferencia fundamental en la definición de gestión directa o indirecta se basa en la teoría del riesgo económico, que es inexistente en el primer supuesto. Javier Sánchez Caro analiza los dos tipos de gestión en los siguientes términos.

Formas de gestión directa

Las formas concretas de gestión directa se pueden enumerar sobre la base de lo dispuesto en la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas¹⁴, la legislación de Régimen Local¹⁵, la legislación sobre Fundaciones¹⁶, las normas que regulan las Sociedades Estatales¹⁷ y la regulación de las Fundaciones Públicas Sanitarias¹⁸.

¹³ Aprobado por la Comisión de Sanidad el 21 de octubre de 1997 y por el Pleno de la Cámara el 18 de diciembre de 1997 con los votos del PP, PNV, CiU y Coalición Canaria. Los partidos IU, PSOE y BNG no participaron en la elaboración de las conclusiones.

¹⁴ Ley 13/1995, de 18 de mayo, de Contratos de las Administraciones Públicas, modificada por la Ley 53/1999, de 28 de diciembre.

¹⁵ Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases del Régimen Local (art. 85) y disposiciones de desarrollo (en particular, el Texto Refundido de las disposiciones legales vigentes en materia de Régimen Local, aprobado por Real Decreto legislativo 781/1986, de 18 abril).

¹⁶ Ley 50/2002, de 26 de diciembre, de Fundaciones.

¹⁷ Ley 47/2003, de 26 de noviembre, General Presupuestaria.

¹⁸ Art. 111 de la Ley 50/1998, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social, además de la Ley 6/1997, de 14 de abril, sobre Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado, que rige con carácter supletorio.

De acuerdo con lo expuesto, la clasificación de las formas de gestión directa se puede hacer de la forma que sigue:

- Gestión directa por la Administración de forma indiferenciada, esto es, sin órgano especial de interposición.
- Gestión a través de la propia Administración, pero con un establecimiento interpuesto sin personalidad.
- Gestión a través de un servicio público personificado, esto es, a través de un organismo autónomo u otras entidades de Derecho público con personalidad.
- Gestión a través de una sociedad cuyo capital pertenezca íntegramente a la entidad. Ésta es la situación actual, que modifica la anterior en la que se consideraba gestión directa a la mera participación mayoritaria.
- Gestión a través de Fundaciones, a las que se refiere la Ley 50/2002, de 26 de diciembre.
- Gestión a través de las Fundaciones Públicas Sanitaria, a que se refiere el Artículo 111 de la Ley 50/1998.

En relación con estas formas de gestión directa, el autor comenta:

1. Es un lugar común la afirmación de que la creación de un nuevo ente personificado no implica la gestión indirecta del servicio. Por el contrario, se trata de un fenómeno de gestión directa. La definición de la gestión directa incluye, por tanto, la teoría del riesgo económico, que es inexistente en los casos señalados, ya que refiere inevitablemente al ente fundante. Por otro lado, una demostración evidente de lo que decimos se contiene en la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas¹⁹, que establece que no son aplicables las disposiciones del contrato de gestión de servicio públicos a aquellos supuestos en que la gestión se efectúa mediante la creación de entidades de Derecho público destinadas a este fin, ni aquéllas en las que la misma se atribuya a una sociedad de Derecho privado, en cuyo capital es exclusiva la participación de la Administración o de un ente público de la misma. En otras palabras, la Ley en estos casos asume que se trata de una gestión directa. Estamos en presencia de una mera ficción personificadora, obligando a rasgar el velo de la personalidad por entender que se trata de una misma Administración en ambos casos.
2. La existencia de un establecimiento o empresa propia interpuesta, sin personalidad, es una consecuencia natural y derivada del carácter técnico de la actividad prestadora a la Administración Pública. En concreto, ésta es la situación generalizada en el Sistema de Salud, ya que existen muchos centros sanitarios y hospitalarios que son gestionados directamente, pero con establecimientos sanitarios diferenciados y con órganos especializados en grado sumo.
3. Las nuevas formas de gestión, tanto las directas como las indirectas, están, en principio, tasadas. Esto es, no hay más formas de gestión que las previstas en las leyes. Claro es que por la fuerza innovadora de la ley puede surgir una distinta o diferente de la existente con anterioridad (éste es el caso de las Fundaciones Públicas Sanitarias).
4. En el caso de las sociedades de titularidad pública, ya hemos dicho que la gestión directa se refiere a los casos en que el capital pertenece íntegramente a la entidad

¹⁹ Art. 155 de la Ley citada, además de su Art. 3, que excluye de su ámbito de aplicación a los convenios de colaboración suscritos por las Administraciones Públicas y sus entidades públicas entre sí y los celebrados con personas físicas o jurídicas sujetas al Derecho privado, siempre, en este último caso, que su objeto no esté comprendido en los contratos regulados en dicha Ley o en normas administrativas especiales.

fundante. Por el contrario, estaremos en presencia de una gestión indirecta, con todas las consecuencias en orden a su adjudicación (concurso, etc.), cuando la participación no reúna tal característica²⁰.

5. Las normas jurídicas por las que se rija la gestión pueden ser de Derecho público o de Derecho privado. En este sentido, puede decirse que algunas formas de gestión, directa o indirecta, presuponen la aplicación del Derecho público necesariamente (p. ej., el organismo autónomo en la gestión directa, o la concesión en la indirecta). En cambio, hay otras formas de gestión que fundamentalmente requieren el régimen jurídico privado (p. ej., la Sociedad Mercantil o la Fundación).
6. Dado que lo que llevan a cabo las nuevas formas de gestión se refiere a las prestaciones sanitarias, parece también evidente que dicha gestión no implica en principio ejercicio de la autoridad de los poderes públicos y, dicho sea de paso, esto es lo que permite que se acuda a figuras de gestión indirecta, cuya práctica está consolidada en el Sistema (el convenio o concierto, previstos en la Ley General de Sanidad y en la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas).

Formas de gestión indirecta

- La concesión.
- La gestión interesada.
- El concierto.
- El arrendamiento, que sólo está previsto en la Ley de Bases de Régimen Local.
- La sociedad cuyo capital no pertenezca, de acuerdo con lo expuesto anteriormente, en exclusiva a la entidad.

Sobre esta enumeración Sánchez Caro hace una serie de comentarios:

1. En principio, se puede decir que la concesión se refiere a los servicios de carácter económico, por el contrario, los de tipo asistencial parecen requerir la gestión directa. Sin embargo, no puede efectuarse una afirmación apodíctica y, por tanto, la adecuación expuesta ha de entenderse de una manera relativa.
2. Es una característica de la gestión indirecta, y también de la gestión mixta, la utilización de la fórmula contractual, como puede observarse en la más típica de todas ellas, que es la concesión, y la que más se aplica en el ámbito sanitario, que es el concierto.
3. Como ya hemos visto anteriormente, la gestión indirecta se admite siempre que los servicios «tengan un contenido económico que los haga susceptibles de explotación por empresarios particulares» y se prohíbe expresamente en los servicios que impliquen ejercicio de la autoridad inherente a los poderes públicos²¹. También quedó establecido que la gestión de las prestaciones sanitarias no implica, por sí misma, ejercicio de autoridad.
4. No tiene sentido alguno hablar de gestión indirecta en los centros y establecimientos de titularidad pública, ya que al ser medios con que ya cuenta la Administración no necesita recurrir a los propios de los agentes privados. El problema que aquí se plantea es decidir la forma de gestión directa más adecuada y su implantación.
5. No todas las formas de gestión enumeradas, por unas u otras razones, son de utilidad y tienen proyección en el ámbito del Sistema Nacional de Salud. Se puede de-

²⁰ El trabajo de ÁNGEL MENÉNDEZ REXACH, *Las nuevas formas de gestión sanitaria ante el Derecho Administrativo*. En: Asociación Española de Derecho Sanitario, *IV Congreso Nacional de Derecho Sanitario*, editado por Fundación MAPFRE Medicina, pp. 243 y ss.

²¹ Art. 156.1 de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas.

cir, de acuerdo con las normas en vigor y con su proyección en el Sistema, que las que tienen más posibilidades, con personalidad jurídica y patrimonio propio, son las Fundaciones los Consorcios, las Sociedades Estatales y las Fundaciones Públicas Sanitarias. No obstante, aunque con ciertos matices, también se ha utilizado en un caso la concesión, (caso ALCIRA, en el ámbito de la comunidad Valenciana).

6. Se observará que no hemos incluido el consorcio entre las formas de gestión que hemos enumerado (directas e indirectas). Debe tenerse en cuenta que el consorcio no es una forma de gestión, sino un organismo público personificado que puede adoptar cualesquiera de las formas de gestión admitidas por el derecho vigente. En otras palabras, la decisión de crear un consorcio no prejuzga la opción por una determinada forma de gestión, que sólo puede decidirse en un momento posterior a la vista del correspondiente convenio. Puede decirse, por tanto, que el ente consorcial puede adoptar cualquiera de las formas de gestión de servicios para garantizar la prestación eficaz de los mismos. Se trata de una afirmación que está bastante asumida en la doctrina española, aunque históricamente ha sido objeto de mucha controversia. No obstante, aunque en abstracto puedan resultar idóneas las formas de gestión directas o indirectas, parece, en principio, que las primeras se adecuan mejor al ámbito sanitario²².

Cataluña ha sido, con diferencia, la Comunidad Autónoma con una oferta de servicios sanitarios más diversificada, en la que coexisten tres subsistemas: el formado por los centros de la Seguridad Social, transferidos a la Comunidad Autónoma y que constituyen el Instituto Catalán de la Salud; el constituido por un conjunto de centros de diversa titularidad jurídica y dependencia patrimonial (Ayuntamientos, Iglesia, entidades sin ánimo de lucro, Mutuas de Previsión Social), y el subsistema formado por organizaciones privadas que complementan, a través de acuerdos específicos con el Departamento de Sanidad, la red de provisión de servicios pública. La figura del consorcio ha sido ampliamente utilizada en Cataluña para la gestión de centros creados para completar las previsiones establecidas por el propio gobierno autonómico. La titularidad patrimonial de estos centros es de la Generalitat. Esta diversidad de la provisión en Cataluña la ha convertido en un referente para el resto del Estado, no sólo en lo que a modelos de gestión se refiere, sino también en el liderazgo en iniciativas de modernización de la gestión.

La primera experiencia que se pone en marcha, aparte de las existentes en Cataluña, es la del Hospital de Verín, en la Comunidad Autónoma de Galicia, para el que la Administración sanitaria utiliza la figura de fundación. Posteriormente es en Andalucía donde se introducen nuevas formas de gestión, optando por la figura de empresa pública, creándose las empresas públicas del Hospital Costa del Sol de Marbella y de Emergencias Médicas. El desarrollo de estas iniciativas no llega a las organizaciones gestionadas por el Insalud, hasta 1997, con la Ley de 25 de abril sobre habilitación de nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud.

Con el Real Decreto 29/2000, de 14 de enero, sobre nuevas formas de gestión en el Insalud, se desarrolla la Ley 15/1997 y el artículo 111 de la Ley 50/1998 estableciendo, en su ámbito de competencia, las nuevas formas de gestión sanitaria, que incluyen: las funda-

²² La monografía de EVA NIETO GARRIDO: *El consorcio administrativo*. CEDESCS Editorial S.L., Barcelona, 1997.

La amplitud de formas se recoge, por supuesto, en el plano normativo. A este respecto, se puede citar el artículo 110.5 del texto refundido de las Disposiciones Legales vigentes en materia de Régimen Local, de 18 de abril de 1986; el artículo 40 del Reglamento de Servicios de las Corporaciones Locales, de 17 de junio de 1955; el artículo 85 de la Ley de Bases de Régimen Local, Ley 7/1985, de 2 de abril, y el artículo 7.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de la Administración Pública y del Procedimiento Administrativo Común.

ciones de la Ley 30/1994, de Fundaciones y de Incentivos Fiscales a la participación privada en actividades de interés general (hoy sustituidos por la nueva Ley 50/2002); los consorcios; las sociedades estatales y las fundaciones públicas sanitarias, reguladas por la Ley 50/1998 (Tabla 2.3). Por otra parte, en este decreto se configura un modelo de gestión orientado a dar una respuesta coordinada al paciente, ya que estructura la asistencia en torno a áreas clínicas o agrupaciones funcionales de unidades asistenciales.

Las Comunidades Autónomas con competencias sanitarias han sido más activas que el Gobierno central en la modernización de la gestión de sus organizaciones sanitarias, de forma que cuando éste las empieza a desarrollar en el ámbito del Insalud, existe ya una cifra considerable de iniciativas en marcha. La literatura sobre las nuevas formas de gestión es abundante y refleja la diversidad de opiniones al respecto. Autores como Núñez Feijoo y Sánchez-Caro analizan su justificación dentro del marco jurídico existente; otros lo hacen desde la perspectiva de su aportación a la mejora del SNS, en relación al modelo de gestión de los hospitales tradicionales, y cuestionan su eficacia real, y otros rechazan las Fundaciones Públicas Sanitarias y proponen otras alternativas.

Resulta muy ilustrativa la tabla de modelos de organización hospitalaria confeccionada por Juan Bestard Perelló, en su ponencia presentada en el *IV Congreso Nacional de Derecho Sanitario* (1998) (Tabla 2.4).

TABLA 2.3 *Formas de gestión previstas en el marco del Insalud.*

	Fundaciones Ley 30/1994	Consorcios	Sociedades Estatales	Fundaciones Públicas Sanitarias
<i>Definición</i>	Organizaciones sanitarias sin ánimo de lucro, constituidas por el Insalud 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 el Insalud suscriba con otras administraciones o instituciones	Sociedades en cuyo capital sea mayoritaria o única la participación del Insalud	Organismos públicos adscritos al Insalud (entidades públicas empresariales adaptadas 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, laborales o estatutarios) Principios (ídem)	Laboral Principios (ídem)	Estatutario Principios (ídem)

Fuente: Insalud en su folleto de divulgación sobre nuevas formas de gestión en enero de 2000.

TABLA 2.4 *Características de los distintos modelos de gestión.*

	Tipos	Modelo 0	Modelo A
Referencia	Hospital tradicional	Modelo del Hospital Clínico de Barcelona Modelo de la Unidad de Cardiología del Hospital Juan Canalejo	* Modelo NHS * Modelo catalán * Modelo Alcorcón, Manacor
<i>Esquema</i>	Servicios clínicos	Institutos, unidades	Fundaciones. Empresas públicas, consorcios, etc.
(Aspectos básicos de los modelos)	Sin presupuesto propio No cuenta de resultados	Presupuesto propio (asignación) No cuenta de resultados Presupuesto global prospectivo (PGP)	Presupuesto de ingresos, gastos e inversiones Cuentas de resultados Presupuesto global prospectivo o contrato de gestión o contrato de prestación de servicios
<i>Situación contractual</i>	Estatuto	Situación de partida	Ley de A. a. PGE´97 Excedencia Contratos laborales o estatuto
<i>Sistema retributivo</i>	Estatuto	Situación de partida A explorar alternativas	Salarios y complementos normalizados Incentivos propios
<i>Nivel de autonomía</i>	Bajo	Relativo Dependiente de la relación jerárquica de partida	Completa por su personalidad jurídica propia
<i>Estructura organizativa</i>	RD 521/1987	Director de instituto o unidad	Consejo de Gobierno y Director de la persona jurídica
(Niveles de toma de decisión)		Funcional propia y jerárquica de partida	Funcional y jerárquica propias
<i>Relación con otro personal</i>	RD 521/1987	Situación de partida	Nuevas relaciones jerárquicas y funcionales
(Vinculación jerárquica o funcional)		Adscripción funcional Relación cliente-proveedor con repercusión presupuestaria	Relación cliente-proveedor con facturación interna
<i>Relación con hospital</i>	La actual	Funcional Relación cliente-proveedor	Facturación de servicios Valores internos de transferencia
<i>Relación con terceros</i>	No	No	Sí
<i>Situación de excedentes de explotación</i> (Vinculados a incentivos)	No	Situación actual A explorar alternativas	Propios

Fuente: Juan Bestond Perelló, *IV Congreso Nacional de Derecho Sanitario*, 1998.

Modelo transaccional (modelo A) en donde, manteniendo la naturaleza jurídica de carácter administrativo, se facilita la estructura de relaciones y se delimitan los niveles de toma de decisiones en función de la naturaleza de las tareas llevadas a cabo por la organización. La base del modelo se sustenta en transacciones internas de carácter funcional.

Modelo dotacional (modelo B), en el cual se persiguen los mismos objetivos que en el modelo A, pero cambiando la naturaleza jurídica de la organización y dotándola de personalidad jurídica propia. El modelo se basa en la dotación de personalidad jurídica propia a la unidad organizativa correspondiente.

Modelo administrativo (modelo 0), que se rige por coordinadas weberianas (funcionamiento burocrático, igualitarismo, homogeneidad a través de la normativa, etc.) siguiendo el principio de que la norma administrativa está por encima de la persona y de su motivación individual, y es ajena a las peculiaridades (tamaño, ubicación, complejidad, entorno, etc.) de la organización provisoras. El modelo se sustenta en el Derecho Administrativo y en el funcionamiento burocrático.

Además del desarrollo de los nuevos modelos de gestión en todas las Comunidades Autónomas, los últimos años de la década de los noventa han estado marcados por el desarrollo de distintas experiencias de gestión clínica, y por la culminación del proceso de transferencia de las competencias en materia de sanidad a las Comunidades Autónomas. En el Cuadro 2.4 se recogen algunos de los acontecimientos más relevantes en el desarrollo de la gestión en el Sistema Nacional de Salud.

Introducción y desarrollo de la gestión clínica

Como se ha comentado la gestión clínica se introduce en la política sanitaria ligada a las propuestas de modernización de la gestión de las organizaciones sanitarias, que consistían en dotar de mayor autonomía a los centros y potenciar la participación de los clínicos en su gestión. Aunque el marco teórico de la gestión clínica incorpora los valores de las iniciativas, desarrolladas en otros países, concretamente en el Reino Unido, relativas a la calidad de la asistencia y a la potenciación de las buenas prácticas profesionales, en su desarrollo estos valores quedan relegados a la necesidad más inmediata de comprometer a los clínicos en la gestión eficiente de los recursos, potenciando el ahorro y el control del gasto.

Desde esta perspectiva de ahorro presupuestario, la gestión clínica pierde los valores y contenidos que la aproximan a la iniciativa del gobierno clínico y, al poco tiempo de su implantación, se pone de manifiesto (como ya ocurrió en otros países con las experiencias de participación de los profesionales en la gestión de los presupuestos), su repercusión relativa en el control del gasto. Efectivamente, una vez producido el impacto inicial, el margen de ahorro se hace cada vez menor, la optimización de los recursos se traduce en un aumento de actividad (lo que, a corto plazo, incrementa el gasto) y los profesionales dejan de tener incentivos, en los casos en que éstos estaban ligados al ahorro.

En el conjunto del Sistema Nacional de Salud se han desarrollado distintas experiencias de participación de los clínicos en la gestión, todas ellas bajo la denominación de gestión clínica. Estas iniciativas se producen sin apenas experiencia previa de participación de los profesionales en la gestión. La referencia del gobierno clínico se introduce en la cultura sanitaria en un marco de gestión muy inadecuado para albergarla. Una vez puestas en marcha, el choque entre los requisitos estructurales y organizativos para que puedan desarrollarse, y la realidad del marco organizativo y de gestión, hace que estas iniciativas corran el peligro de vaciarse de contenido apenas iniciadas.

CUADRO 2.4 Principales hitos en la reforma de la gestión en España.

- **1980.** Introducción de los conciertos por Resolución del 11 de abril de 1980, que ordena, en su momento, la asistencia con medios ajenos a la Seguridad Social (antecedente de los contratos en Sanidad).
- **1981.** Transferencia de las competencias en materia sanitaria a la Generalitat de Cataluña (RD 1517/1981, de 8 de julio).
- **1984.** Transferencia de las competencias en materia sanitaria a la Comunidad Autónoma de Andalucía (RD 400/1984, de 22 de febrero).
- **1984.** Nuevo modelo de gestión de los centros dependientes del Insalud con la introducción del Conjunto Mínimo de Datos (CMBD).
- **1986.** Publicación de la Ley General de Sanidad.
- **1987.** Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el Insalud (RD Ley 521/1987, de 15 de abril). En este reglamento se establecen «las fórmulas administrativas precisas tendentes a proporcionar al hospital mayor autonomía en la gestión y utilización de sus recursos» y se definen los órganos de estructura y gobierno de los hospitales.
- **1987.** Transferencia de las competencias en materia de Sanidad a la Comunidad Autónoma del País Vasco (RD 1536/1987, de 1 de noviembre), y a la Comunidad Autónoma de Valencia (RD 1612/1987, de 27 de noviembre).
- **1988.** Universalización efectiva de la sanidad en el País Vasco y establecimiento del Plan de Salud como marco para la toma de decisiones.
- **1989.** Modificación en la financiación del Sistema Nacional de Salud, Ley de Presupuestos Generales del Estado para 1989, entre cuyos objetivos destacan:
 - Universalización de la asistencia con carácter prioritario a la población sin recursos o de menor renta.
 - Nuevo esquema de financiación de la sanidad pública, con ampliación de las aportaciones del Estado.
 - Implantación de criterios de calidad asistencial.
 - Mejora de los instrumentos de gestión financiera y control contable.
 - Dotación informática de las áreas sanitarias e implantación de una red de comunicaciones.
 - Mejora de los instrumentos de participación social de la gestión del Insalud.
- **1990.** Transferencia de las competencias sanitarias a la Comunidad Autónoma de Galicia (RD 1679/1990) y Comunidad Foral de Navarra (RD 1680/1990, de 28 de diciembre).
- **1990.** Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria), que crea el Sistema Catalán de la Salud y el Instituto Catalán de la Salud, sumándose a las líneas generales de las reformas sanitarias en Europa, con la separación de las funciones de financiación y provisión y con la introducción de herramientas de gestión en las organizaciones sanitarias.
- **1991.** Elaboración del Informe Abril en julio de 1991, a cargo de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud, comisión constituida en enero del año 1990 por instancia del Congreso de los Diputados al Gobierno, para la revisión del Sistema Nacional de Salud y su adecuación a las nuevas tendencias. El informe se hace eco de las tendencias de las reformas europeas, especialmente de las del Gobierno británico, y formula recomendaciones sobre la organización del sistema, con especial énfasis en la descentralización; sobre la gestión, proponiendo la gestión del presupuesto como herramienta de gestión y planteando la «participación responsable del médico en la gestión», y sobre la financiación, respecto a la cual propone continuar bajo un sistema de financiación pública pero definiendo las «prestaciones básicas» de éste.
- **1991.** Creación del Servicio Riojano de la Salud, con la Ley 4/1991, de 25 de marzo.
- **1992.** Tratado de Maastricht, de 7 de febrero, que establece el marco económico y político de los Estados miembros que, en el ámbito económico dispone que el déficit público no podrá superar el 3% del PIB; el volumen de la deuda pública no podrá superar el 60% del PIB;

Fuente: Elaboración propia

(Continúa)

CUADRO 2.4 (Cont.)

la inflación no podrá ser superior en 1.5 puntos a la media de los tres países que la tengan más baja; durante dos años se mantendrán los márgenes normales de fluctuación del Sistema Monetario Europeo, y los tipos de interés a largo plazo no deberán exceder en más de dos puntos a la media de los tres países con menor inflación.

- **1992.** Plan de Convergencia, aprobado por el Parlamento el 9 de junio de 1992, en el que la sanidad forma parte de las reformas de carácter estructural y cuyas prioridades son la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, la mejora de los servicios ofertados y la mejora de la equidad del sistema. Para que estas líneas estratégicas se desarrollen, se propone un paquete de medidas de carácter organizativo, presupuestario y de gestión.
- **1992.** Ley 30/1992 (Art. 13) de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas. Delegación por competencias.
- **1992.** Creación del Servicio Balear de la Salud por la Ley 4/1992, de 15 de junio.
- **1992.** Creación del Servicio de Salud del Principado de Asturias mediante la Ley 1/1992, de 2 de julio.
- **1992.** Separación de la autoridad sanitaria, financiación y provisión de servicios entre el Ministerio de Sanidad y el Insalud. Real Decreto 858, de 10 de julio de 1992, que establece la subordinación de la actividad del Insalud al logro de los objetivos del Ministerio a través de un Plan de Gestión que elabora el propio Ministerio. Los agentes del «contrato-programa» marco son el Ministerio y la Dirección General del Insalud y las instituciones que intervienen en el resto de los «contratos-programa» son la Dirección General del Insalud, las gerencias de hospitales y las gerencias de atención primaria.
- **1992.** Creación en Andalucía, mediante la Ley 4/1992, de 30 de diciembre, de empresas públicas para gestionar el Hospital Costa del Sol.
- **1993.** Osasuna Zainduk, en 1993, en el País Vasco, en el que se establece el marco estratégico de la sanidad vasca.
- **1993.** Constitución de la Fundación Hospital Verín el 15 de septiembre.
- **1993.** Ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León mediante la Ley 1/1993, de 6 de abril.
- **1994.** Transferencia de las competencias sanitarias a la Comunidad Autónoma de Canarias (RD 446/1994, de 11 de marzo).
- **1994.** Ordenación Sanitaria de Canarias mediante la Ley 11/1994, de 26 de julio.
- **1994.** Establecimiento de las normas reguladoras del Servicio de Salud de la Región de Murcia con la Ley 4/1994, de 26 de julio.
- **1994.** Ley de Fundaciones Privadas (Ley 30/1994).
- **1994.** Ley 2/1994, de 24 de marzo, por la que se crean empresas públicas en Andalucía para gestionar los Servicio de Emergencias Sanitarias.
- **1996.** Real Decreto-Ley 10/1996, de 17 de junio, dictado en el marco del primer paquete de medidas liberalizadoras del Gobierno y a cuyo amparo se constituyen las fundaciones Hospital de Alcorcón y Hospital de Manacor.
- **1997.** Habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud mediante la Ley 15, de 25 de abril, que sustituye al anterior decreto. Aprobada por consenso con el principal grupo de la oposición, deja de mencionar en su artículo único a las fundaciones (sólo se refiere a ellas en la exposición de motivos), e introduce una cláusula de «servicio público» y un mandato de desarrollo reglamentario.
- **1997.** Constitución de Osakidetza como ente público de Derecho privado a través de la Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi, cuyos estatutos sociales se aprueban mediante el Decreto 255/1997, de 11 de noviembre.
- **1997.** Aprobación, por el Pleno del Congreso, de las recomendaciones de la Subcomisión de Sanidad del Congreso de los Diputados sobre consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud, el 18 de diciembre.
- **1998.** Ley de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social, de 30 de diciembre (Ley de acompañamiento a la Ley de Presupuestos para 1999), que en su artículo 111, introducido me-

(Continúa)

CUADRO 2.4 (Cont.)

dian te enmienda en el Senado, prevé la posibilidad de crear fundaciones públicas sanitarias y establece la regulación básica para que se creen en el Sistema Nacional de Salud.

- **1998.** Primer Plan Estratégico de Osakidetza como ente público, en abril. En él se establecen cinco objetivos que reflejan la aparición de una nueva cultura de gestión y servicio: servicio al cliente, implicación del personal, calidad, desarrollo empresarial y desarrollo tecnológico. En este contexto, Osakidetza apuesta por el desarrollo del modelo europeo de Calidad como sistema de gestión de la red, e identifica la gestión clínica como *«una codirección de clínicos y gestores, integrando ambas culturas para mejorar la calidad y eficiencia de las prestaciones sanitarias. La gestión clínica compromete a los profesionales sanitarios en la gestión de los recursos de la unidad clínica, requiriendo una descentralización en la toma de decisiones y una exigencia de responsabilidad en los resultados»*.
- **1998.** Plan Estratégico del Insalud.
- **1999.** En enero se establece el marco de referencia de las áreas clínicas y en julio el Reglamento sobre nuevas formas de gestión. Proyecto de Gestión Clínica del Insalud en el que se contemplan dos formas organizativas: las unidades de gestión clínica y otra forma que incluye institutos y áreas funcionales o áreas clínicas, y sobre el que su entonces director, J.M. Bonet, dice: *«La esencia del proyecto de Gestión Clínica es la agrupación de especialidades y servicios en torno al proceso asistencial. Se garantiza así una respuesta integral al paciente, al que se acerca la toma de decisiones. Al mismo tiempo, unidades clínicas e institutos son unos excelentes catalizadores para desarrollar la implicación de los profesionales en la gestión de los recursos»*.
- **2000.** Aprobación del Real Decreto 29/2000, de 14 de enero, sobre nuevas formas de gestión directa del Instituto Nacional de la Salud, desarrollando la Ley 15/1997 y el Art. 111 de la Ley 50/1998. Introduce las siguientes figuras:
 - Consorcio. Ya existía y estaba previsto por la legislación reguladora del régimen jurídico básico de las Administraciones Públicas; de hecho, en Cataluña y Castilla y León ya se aplicaba en el ámbito de la gestión sanitaria.
 - Sociedad Mercantil.
 - Fundación. Hospitales de Verín, Alcorcón, Manacor, Calahorra y Son Llàtzer.
 - Fundación Pública Sanitaria.
- **2000.** Es el último año en que se firman los contratos de gestión. En 2001 se realizan las transferencias y en 2002 no se retoma por las Comunidades Autónomas con competencias sanitarias.
- **2001.** Decreto de transferencias sanitarias por el que se hacen efectivas todas las Comunidades Autónomas que aún no las tenían: Castilla y la Mancha, Cantabria, Madrid, Murcia, Castilla y León, Aragón, Asturias, La Rioja y Baleares.
- **2001.** Entre diciembre de este año y enero de 2002, creación de las Fundaciones de Investigación con la cobertura legal del artículo 68 de la LGS y el Proyecto de Nueva Ley de Fundaciones, se constituyen las de los hospitales de Puerta de Hierro, Ramón y Cajal, Clínico de San Carlos, Getafe, La Princesa y Son Dureta.
- **2002.** Proceso de recepción de competencias y puesta en marcha de los nuevos Servicios Autonómicos de Salud.
- **2003.** Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ley de ordenación de las profesiones sanitarias. Estatuto Marco.

Las iniciativas de participación de los profesionales en la gestión de los recursos tienen dos dimensiones: la relacionada con la evolución de la estructura organizativa y de gestión de las organizaciones hacia modelos más eficientes, y la relacionada con la evolución de la calidad de la práctica clínica hacia una práctica más efectiva. En este contexto, existen una serie de elementos diferenciales entre el enfoque de la gestión clínica en España y la de otros países como, por ejemplo, Estados Unidos y el Reino Unido, en *managed care* o gobierno clínico.

Desde el punto de vista organizativo y de gestión, las organizaciones sanitarias en países como Estados Unidos parten de modelos de gestión desarrollados con un grado considerable de autonomía y con mayor receptividad de las organizaciones hacia la introducción de los conocimientos y sistemas de gestión, como, por ejemplo, la gestión por procesos, la gestión de la calidad o, en el enfoque asistencial, la atención integrada. En el caso de países como el Reino Unido, se partía de modelos organizativos menos evolucionados (si bien la gestión por objetivos y la planificación estratégica ya se desarrollaron en los años setenta). Por esta razón, durante más de dos décadas el foco principal de la Administración sanitaria, al margen de otras consideraciones, está en la modernización de la gestión de estas organizaciones; así, se cambia la estructura organizativa de los centros, se desarrolla una gestión por procesos, se desarrollan los sistemas de información, y se experimentan formas de participación de los clínicos en la gestión.

En cuanto a la calidad en la práctica clínica, en EEUU, como ya se ha comentado, la propia dinámica del mercado y el control social sobre la práctica médica obligan a buscar formas que permitan, por un lado, optimizar el gasto sanitario y, por otro, responder a las exigencias externas de calidad. Esto se traduce en el desarrollo de iniciativas, mencionadas en el apartado anterior, como el *managed care*, el *risk management*, el *disease management*, etcétera. En el Reino Unido, los procesos de auditoría médica sistemática se introducen en 1991, si bien los colegios profesionales ya tenían un papel relevante en los procesos de evaluación y control de la calidad de la práctica médica.

En este contexto, en el Reino Unido el gobierno clínico corresponde a una fase evolutiva de los modelos de organización, gestión y gobierno, por un lado, y de la cultura de calidad de la práctica clínica (medicina basada en la evidencia, guías clínicas, etc.), por otro, sin olvidar la evolución de la propia sociedad, que exige un sistema de calidad y sin riesgo. El gobierno clínico, como se ha señalado, incorpora por tanto los principios de la buena gestión de las organizaciones, la eficacia de la práctica clínica, la provisión de servicios sin riesgo para el paciente y, fundamentalmente, uno de los principios del buen gobierno: la responsabilidad social corporativa. Esta confluencia de todas las dimensiones que configuran la prestación del servicio bajo la responsabilidad del equipo de gobierno (del que forman parte los médicos), es lo que da un carácter diferente a esta iniciativa.

En el caso del Sistema Nacional de Salud español, la innovación de la gestión se plantea partiendo de la dotación de personalidad jurídica a los centros sanitarios, lo que significa que aquellos centros que siguen el «modelo tradicional» (la mayoría) mantienen un modelo organizativo, de gobierno y de gestión que, por sus características (jerárquico, homogéneo, sin posibilidad de diferenciar e incentivar el conocimiento y las buenas prácticas profesionales, administrativista, basado en sistemas de oposición sin evaluación de competencias, con carreras administrativas más que profesionales), es prácticamente incompatible con los principios que fundamentan el *integrated care* o el gobierno clínico (entre otros, foco en el paciente, gestión por procesos, competencias profesionales, incentivos ligados a la buena práctica, gestión del riesgo, movilidad, adecuación de las competencias profesionales al puesto, formación continuada ligada a los requisitos del puesto, evaluación continua de la calidad técnica y de servicio, flexibilidad organizativa).

Por lo que se refiere a los planteamientos estratégicos de todas las comunidades autónomas y del propio Insalud, la gestión clínica se enmarca en planes estratégicos que hacen suyos todos los principios de la gestión eficiente de las organizaciones y de la responsabilidad social del buen gobierno del conjunto del sistema sanitario. El problema estriba en cómo llevar a cabo, en las organizaciones con un modelo tradicional de gestión, los cambios necesarios para la viabilidad de los principios que informan la gestión clínica.

Desplazado el debate sobre las nuevas formas de gestión al terreno de la confrontación política, se mantiene el modelo tradicional de gestión en la mayor parte de los centros sanitarios, y se utiliza la gestión clínica como el «camino neutral» para la gran

transformación de las organizaciones sanitarias, tanto desde la perspectiva organizativa y de gestión, como desde la perspectiva de calidad de la práctica clínica. Con la gestión clínica se aspira a transformar el marco organizativo de los centros, y se deposita en los profesionales sanitarios la responsabilidad de liderar el proceso.

Tomemos, por ejemplo, el caso de la coordinación entre atención primaria y especializada: los profesionales sanitarios dedican cada vez más tiempo y esfuerzo a establecer protocolos de derivación, guías clínicas, etcétera; sin embargo, el problema fundamental de la falta de coordinación está en el diseño del circuito asistencial, que sigue impregnado de la cultura administrativa de la organización y gestión de las instituciones abiertas de la Seguridad Social, por un lado, y de la ordenación de niveles asistenciales, fraccionada entre atención primaria, especializada ambulatoria y especializada hospitalaria, por otro. Las repercusiones de este modelo en la calidad asistencial y en la eficiencia económica son notables, y su solución exige un nuevo diseño del circuito asistencial (lo que supone un cambio profundo de todos los procesos de apoyo).

Para analizar el desarrollo de la gestión clínica en España, así como los elementos que la definen, se ha estudiado, por un lado, su tratamiento en el marco de las políticas sanitarias y, por otro, el enfoque que se le ha dado en la bibliografía sanitaria. En los apartados siguientes se presenta el enfoque y las características que se ha dado a la gestión clínica en distintas Comunidades Autónomas y en el propio Insalud.

La gestión clínica en las políticas sanitarias del Sistema Nacional de Salud

La participación de los clínicos en la gestión, y la gestión clínica como estructura organizativa, han formado parte de los planteamientos estratégicos y operativos de la política sanitaria, tanto en los Gobiernos autonómicos con competencias sanitarias como en el territorio gestionado por el Insalud, hasta la culminación del proceso de transferencias. Si bien todos comparten un marco conceptual similar en sus líneas generales, existen diferencias de enfoque y, sobre todo, de aplicación. En los apartados siguientes se expone brevemente el enfoque que se ha dado a la gestión clínica en algunos de los entornos que configuran el Sistema Nacional de Salud, concretamente en el Insalud, País Vasco, Andalucía, Galicia y Cataluña.

La gestión clínica en el marco del Insalud

La gestión clínica en los centros gestionados por el desaparecido Insalud, se enmarca en su Plan Estratégico, en el que se concretan las orientaciones en materia de organización y gestión de servicios sanitarios públicos, dispuestas en la Ley 15/1997 sobre nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud y en las «Recomendaciones de la Subcomisión Parlamentaria para la Mejora y Modernización del Sistema Nacional de Salud». De las once líneas estratégicas que configuran el Plan, son de especial relevancia, a los efectos que nos ocupan, las directrices estratégicas relacionadas con la transformación de la estructura y organización, y las relacionadas con la autonomía de los centros hospitalarios, que contienen las siguientes líneas de actuación:

- *«Orientación de los hospitales hacia el paciente.*
- *Actuaciones permanentes sobre las listas de espera.*
- *Potenciación de los sistemas de información.*
- *Diseño e implantación del nuevo modelo de contrato de gestión. El contrato de gestión del hospital reflejará la suma de las distintas actividades pactadas en los contratos funcionales entre la gerencia y los responsables de los servicios.*
- *Potenciación de la participación e implicación de los profesionales en la gestión.*
- *Nuevas fórmulas de gestión en los hospitales.*

- *Elaboración de un plan estratégico en cada hospital. Todos los hospitales realizarán un exhaustivo análisis interno, así como un planteamiento de nuevos modelos de organización ajustados a la historia y características de cada uno de ellos, con el fin de mejorar la organización interna, la motivación y participación de los profesionales del centro, y la orientación hacia la atención integral del paciente, situando a éste como eje central de la organización, calidad total, eficacia y eficiencia.»*

Un objetivo importante del Plan era dotar de personalidad jurídica a los centros sanitarios *«para que éstos se responsabilicen de los resultados de su gestión, generen actitudes que tiendan a mejorar la calidad y eficiencia de los servicios, y flexibilicen sus relaciones con terceros, introduciendo una auténtica mentalidad de servicio en el sector sanitario público»*. En este contexto, se deja abierta la posibilidad de que todos los centros con gestión directa puedan adquirir personalidad jurídica, siempre y cuando pasen previamente por un proceso de homologación. Se insta a todos los centros de asistencia especializada a que elaboren su propio plan estratégico. En diciembre de 1999, los ochenta y dos hospitales gestionados entonces por el Insalud habían elaborado su plan estratégico o estaban en vías de hacerlo.

La participación de los clínicos en la gestión es el punto en el que coinciden los entonces dirigentes del Insalud y los sectores más críticos con sus planteamientos. Esa participación se articula en el marco de la gestión clínica y se concreta en las distintas experiencias de organización que se desarrollan en los centros sanitarios:

- *«Unidades de gestión clínica, compuestas por una unidad básica asistencial, diagnóstica o de cuidados. Pueden coincidir con un servicio clínico, una unidad funcional, un área de apoyo o una unidad de cuidados. Disponen de un contrato de gestión propio, pactado con la Gerencia del hospital, tienen asignados unos recursos definidos y un presupuesto anual, gestionan sus recursos materiales y humanos con organización y normas propias y se someten a una evaluación continua sobre resultados clínicos, económicos y de calidad. No tienen personalidad jurídica propia.»*
- *Institutos, áreas funcionales o áreas clínicas. Agrupaciones de servicios o especialidades en una única unidad de gestión estructurada siguiendo criterios de asistencia y orientadas a un tipo concreto de proceso. Tienen las mismas características que las unidades. Deben funcionar mediante equipos interdisciplinarios.»*

En cualquiera de las dos opciones organizativas, los objetivos son los mismos:

- *«Garantizar la atención integral al paciente, procurando una atención en las mejores condiciones y en el menor tiempo posible.»*
- *Mejorar la eficacia, la eficiencia y la calidad, mediante el uso de protocolos basados en la evidencia científica en los procedimientos de asistencia.»*
- *Descentralizar la organización del hospital.»*
- *Facilitar la implicación y responsabilidad de los profesionales en la gestión, incrementando su intervención en la toma de decisiones no clínicas e incentivando el esfuerzo y los resultados tanto en su vertiente clínica como de gestión y de desarrollo de la promoción profesional.»*
- *Acercar la gestión de los profesionales a los ciudadanos.»*

En el marco del Insalud la gestión clínica se entiende como:

«...la gestión de las acciones, tareas y los recursos disponibles para mejorar los niveles de salud de los pacientes, realizada con la implicación activa y responsable

de los profesionales. Se basa en la toma de decisiones con criterios de adecuación y coherencia en la utilización de recursos, respecto a sus propios objetivos sanitarios y los institucionales. Entiende que la Gestión Clínica incorpora conceptos de calidad y eficiencia en la práctica clínica, maximizando la eficacia de la asistencia y la satisfacción de los usuarios a un coste social razonable y sostenible, y aceptando que la ética médica individual debe asumir la preocupación por el bien común, consistente en que no debe considerarse sólo el bienestar individual del paciente actual, sino el bienestar de todos los pacientes de otros médicos, e incluso, de los pacientes potenciales del sistema» (Insalud, 1998).

Con el proyecto de gestión clínica se pretendía:

«...responder a la necesidad de modernizar el modelo de organización y la gestión de los hospitales, buscando mayor eficiencia y calidad en la asistencia sobre la base de impulsar una forma de organización que oriente la actividad hacia el proceso asistencial y a la atención integral al paciente e implicar a los profesionales en la gestión de la Unidad o Instituto al que pertenecen» (Insalud, 1998).

Las áreas clínicas se plantean como parte del proceso de transformación y adecuación de las estructuras de gestión y gobierno de los centros sanitarios, considerado como un proceso global y progresivo de cambio, y así se establece en el documento elaborado por la Dirección General de Organización y Planificación Sanitaria *Áreas Clínicas en los Hospitales del Insalud*, de enero de 1999. En este documento, las áreas clínicas se definen como un modelo organizativo interno diseñado para facilitar la gestión clínica y la atención integral del paciente, cuya situación y justificación se establecen en los siguientes términos:

«Las Áreas Clínicas se enmarcan en los Nuevos Modelos de Organización y en los planteamientos del Plan Estratégico del Insalud, como una alternativa a la tradicional configuración de nuestros hospitales. Se pretende dar respuesta a varias cuestiones:

- *La prioridad de diseñar organizaciones enfocadas y centradas en el paciente.*
- *La necesidad de «devolver» a los profesionales un marco organizativo adecuado al desarrollo de su misión.*
- *La optimización, eficacia, eficiencia y calidad como elementos característicos del sistema sanitario gestionado por el Insalud.*
- *El diseño coherente y armónico de las estructuras organizativas. Flexibilizar y aplanar el organigrama, como respuesta a las necesidades de organización ágil del centro; y establecer la coordinación necesaria con el resto de estructuras del hospital.*

Las Áreas Clínicas se estructuran como elemento organizativo intermedio entre el Servicio Clínico y las organizaciones con autonomía de gestión; se enmarcan en el ámbito de un hospital, estructuradas en base a los procesos clínicos; con participación, implicación, cesión de riesgo y ejercicio de responsabilidad; y cumplimentación de sistemas de información como elemento de evaluación de coste-efectividad y calidad. El control, garantía de eficiencia y garantía de legalidad se establece a través de la Dirección Gerencia del hospital en el que está integrado.» (Dirección General de Organización y Planificación Sanitaria, 1999).

Las áreas clínicas tienen como referencia el modelo de los *Clinical Directorates*; diferenciándose de la organización tradicional por servicios o de los antiguos departamentos; si

bien comparten con este modelo la agrupación de servicios y el hecho de centrarse en el proceso asistencial del paciente, pero se diferencian claramente en la autonomía de gestión.

«La analogía con el modelo americano concluye en el concepto de agrupación de servicios, ya que en nuestro medio, los Institutos y Áreas Clínicas del Insalud son entes sin personalidad jurídica propia y con una autonomía de gestión limitada» (Dirección General de Organización y Planificación Sanitaria, 1999).

El proyecto de áreas clínicas del Insalud queda sin marco de referencia y continuidad a raíz de las transferencias sanitarias. El año 2000 es el último en el que se firman contratos de gestión; posteriormente su continuidad ha quedado al criterio de los gerentes de los centros, sin que exista por el momento, en las Comunidades Autónomas que acaban de recibir las transferencias, un nuevo marco que acoja esta experiencia, bien para desarrollarla y mejorarla o, al contrario, para desarticlarla. La situación actual de muchos centros y directivos es de un «vacío» que no se corresponde con el esfuerzo que muchos profesionales y gestores han dedicado a este proceso.

La gestión clínica en el marco del Servicio Vasco de Salud

El Plan Estratégico del Servicio Vasco de Salud 1998-2002, refleja la nueva cultura de gestión, con una notable influencia de los términos propios del ámbito de la gestión empresarial. En este plan, los responsables de la Administración sanitaria apuestan por la modernización de la gestión y por la gestión de la calidad, concretamente a través de la metodología que propone el Modelo Europeo de la Calidad. La gestión clínica se presenta dentro del objetivo estratégico de «Desarrollo empresarial», y dentro del objetivo específico de «Desarrollar la autonomía de gestión de los centros y unidades», y se describe así:

«Las unidades de gestión clínica, a desarrollar tanto en centros hospitalarios como en atención primaria, implican una codirección de clínicos y gestores, integrando ambas culturas para mejorar la calidad y eficiencia de las prestaciones sanitarias. La gestión clínica compromete a los profesionales sanitarios en la gestión de los recursos de la unidad clínica, requiriendo una descentralización en la toma de decisiones y una exigencia de responsabilidad en los resultados» (Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, 2002).

El planteamiento inicial de la gestión clínica en Osakidetza se inserta en la estrategia iniciada de calidad y gestión por procesos, y define el concepto de gestión clínica como:

«Otra forma de gestionar las unidades asistenciales basada fundamentalmente en la codirección de clínicos y gestores de manera integradora de las dos culturas para conseguir:

- *Potenciar las actividades que mejoran los resultados: niveles de salud, eficiencia clínica, uso de tecnologías y utilización de recursos humanos;*
- *Descentralizar la organización y el funcionamiento operativos de las unidades clínicas (autonomía);*
- *Basar el núcleo del modelo organizativo en el Flujo de Información;*
- *La asunción por parte del Responsable clínico de la gestión de todo el personal de su unidad, y*
- *Enfocar la gestión económica del centro a la producción y línea del producto»* (Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, 1997).

La gestión clínica se vincula a la existencia de unidades asistenciales con contrato de gestión, que pueden constituirse bien por agregación (función de servicios con actividad de especialidades afines) o por áreas asistenciales (agrupación de unidades del área médica, agrupación de servicios quirúrgicos, etc.). Para suscribir un contrato de gestión clínica se tienen que dar una serie de condiciones:

- *«Existencia de un líder-gestor.*
- *Compromiso de corresponsabilidad de todos o de la mayoría de sus miembros; presupuesto clínico.*
- *Sistema de información sólido, que permita gestionar con datos.*
- *Existencia de un Plan de Gestión de la unidad.*
- *Gestión de Recursos Humanos.*
- *Programa de Mejora y Rediseño de Procesos.*
- *Sistema de autoevaluación.*
- *Líneas de incentiación.»*

El planteamiento que propone el Sistema Vasco de Salud para la gestión clínica deposita en estas unidades responsabilidades que, para ser asumidas por parte de los responsables médicos, necesitarían un marco organizativo muy descentralizado, con alto grado de autonomía de sus responsables. En la misma línea, para que estos responsables puedan asumir las responsabilidades que se les atribuye en los términos en que se plantea, la organización tendría que garantizar el soporte de gestión para que el responsable de la unidad pueda realizar su trabajo, lo que abarcaría aspectos tales como herramientas para la representación, diseño y reingeniería de procesos; sistemas para calcular capacidad, desempeño y hacer previsiones; sistemas de información que ofrezcan la información necesaria para la toma de decisiones en cada nivel; modelos de dirección de recursos humanos basados en perfiles de puesto y competencia, etcétera.

Una contribución importante del proyecto de gestión clínica de Osakidetza, es la vinculación que establece entre la buena práctica médica y las buenas prácticas de gestión. Éste es el punto en el que los clínicos (responsables del mejor diseño del proceso base: diagnóstico y tratamiento) y los gestores (responsables de diseñar de forma eficiente las organizaciones y los procesos de apoyo) convergen para asegurar que la atención sanitaria se preste en los términos de calidad deseados. En este marco, los médicos responsables de las unidades clínicas adquieren una gran responsabilidad en el diseño y organización de éstas y deben aumentar sus conocimientos sobre gestión, pues ello les permite un mejor entendimiento con los responsables de que los procesos de apoyo funcionan: los gestores.

La gestión clínica en el Servicio Andaluz de Salud

El Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud establece tres ámbitos estratégicos para su organización: trasladar poder al ciudadano, otorgar mayor autonomía al profesional y consolidar, innovándolo, el sistema sanitario público. Para aumentar la autonomía de los profesionales, el Plan propone un conjunto de iniciativas:

- *«Descentralizar las responsabilidades.*
- *Incrementar los niveles de implicación y participación de los profesionales.*
- *Potenciar la gestión clínica.*
- *Facilitar el acceso a los sistemas de información clínica disponibles.*
- *Otorgar mayor autonomía en la organización de la actividad clínica.*
- *Facilitar la adaptación y actualización constante de los conocimientos.*

- *Adecuar la formación a las necesidades de la organización y a las preferencias de los profesionales.*
- *Acompasar las mejoras globales de la actividad clínica con la mejora en la utilización de los recursos.*
- *Fomentar una cultura profesional en la que se armonicen la responsabilidad clínica hacia el paciente y la responsabilidad económica hacia la sociedad.*
- *Desarrollar la cartera de servicios como instrumento de gestión.*
- *Adaptar la cartera de servicios a las nuevas demandas y conocimientos.*
- *Adecuar los sistemas de información para la toma de decisiones clínicas.»*

La gestión clínica en el SAS es considerada dentro de su Plan Estratégico como una:

«...herramienta de innovación necesaria en la gestión de los servicios de cara a mejorar la eficacia, efectividad y eficiencia en la prestación de los mismos, partiendo de la premisa de la capacidad de los profesionales para ser responsables y autónomos, entendiendo que son las Unidades Clínicas de Gestión el espacio organizativo donde esto puede desarrollarse» (Servicio Andaluz de Salud, 1999).

En esta línea, se identifica la gestión clínica con un «proceso de rediseño organizativo» a través del cual se incorpora a los profesionales sanitarios a la gestión de los recursos que utilizan en su práctica clínica. Para el SAS, los atributos de la gestión clínica son los siguientes:

- *«Capacidad de planificación y gestión de sus actividades a las unidades clínicas.*
- *Relacionar autonomía con responsabilidad.*
- *Acometer de manera integrada las actividades de prevención, promoción, asistencia, cuidados y rehabilitación.*
- *Reforzar otras herramientas que influyen de forma positiva en la actitud de los profesionales.*
- *Profundizar en la continuidad de cuidados.»*

En el apartado dedicado a «Innovaciones en gestión», el Plan diferencia tres funciones: la función de gestión clínica, la función de gestión de recursos y la función reguladora:

«La función de gestión clínica se desarrolla en las unidades clínicas, consideradas el nivel básico y principal de gestión, y para cuyo correcto funcionamiento se propone:

- *Que posean el mayor grado de autonomía y responsabilidad.*
- *Optimizar los sistemas de información para conseguir una relación transparente entre las unidades clínicas y los centros de gestión.*
- *Facilitar la integración de los profesionales que actualmente mantienen una relación estatutaria, en los nuevos sistemas de gestión de las unidades clínicas.*

La función de gestión de recursos no reside en las unidades clínicas²³ sino en los distritos (de los que dependen las unidades clínicas de atención primaria), hospitales (de los que dependen las unidades clínicas de atención especializada) y centros de diagnóstico (que realizan los procedimientos diagnósticos solicitados desde los hospitales y distritos).

²³ Lo que diferencia la aproximación del SAS a cualquier otra de gobierno clínico que pretenden acercar la gestión de recursos al punto donde se toman las decisiones clínicas.

La función reguladora es ejercida por la dirección corporativa, y debe asegurar la equidad y la solidaridad a través de su facultad normativa y del Plan Andaluz de Salud. La función reguladora comprende:

- *La definición de la cartera de servicios.*
- *El establecimiento de criterios de ordenación de los recursos.*
- *Un sistema de información que relacione recursos, responsabilidades y resultados.*
- *La política de compras.»*

El Plan Estratégico define la financiación como la asignación presupuestaria que la Dirección del SAS establece para que los centros de gestión (distritos, hospitales y centros de diagnóstico) presten asistencia sanitaria a los ciudadanos mediante acuerdos o contratos con las Unidades de Gestión Clínica. Los criterios para la financiación de todos los centros de gestión se basan en la accesibilidad y en el nivel de actividad.

Entre los centros se establecerán dos tipos de relaciones: las relaciones no sujetas a intercambios financieros y las relaciones que suponen intercambios financieros.

La financiación es mediatizada finalmente por otro elemento consagrado en el Plan Estratégico: la libertad de elección. Para que el usuario pueda elegir centro y médico han de darse cuatro condiciones:

- *«Información suficiente. Con ella se debe paliar la asimetría informativa del usuario.*
- *Oferta adecuada y accesible. El derecho de elección debe prevalecer, en general, sobre sistemas organizativos que sean susceptibles de constreñirlo.*
- *Relación de «cliente». Este aspecto es esencial para que el usuario pueda ejercer la regulación y el control de los servicios.*
- *Repercusión de la elección. La libertad de elección es estéril si no influye en:*
 - *La ordenación de la oferta de servicios.*
 - *La valoración de los resultados de las unidades.*
 - *La valoración de los profesionales.*
 - *Los ajustes financieros de centros y unidades.»*

La gestión clínica en el marco del Servicio Gallego de Salud

Tras las primeras experiencias de implantación de la gestión clínica en Galicia, en el Área de Corazón del Complejo Hospitalario Juan Canalejo (cuyo referente estaba en la experiencia del Instituto Cardiovascular del Mount Sinai Medical Center), y en los centros de atención primaria, el Servicio Gallego de Salud (Sergas) elabora un documento que establece criterios para la puesta en marcha de proyectos de gestión clínica en el marco del propio Sergas.

Este documento permite conocer cuáles son los elementos y características que propugna el Servicio Gallego de Salud al abordar la gestión clínica. Sin embargo, y a diferencia del Servicio Andaluz de Salud, se presentan los proyectos de gestión clínica como experiencias autónomas. No se proyecta una reforma integral del sistema sanitario que afecte a todos los niveles de atención, sino que se establece el marco y los elementos que deben tener aquellos proyectos de gestión clínica que se quieran impulsar en el ámbito del Sergas.

En este ámbito, todo proyecto de gestión clínica ha de tener como objetivo fundamental situar al paciente en el centro de la organización. El propósito es:

«...el llevar a cabo una reorganización interna de los hospitales que ponga en el centro de la atención a los pacientes y al tratamiento integral de las patologías afines, así como la fijación de nuevas políticas de calidad que atiendan a la integridad de la asistencia.» (Consellería de Sanidad del Gobierno de Galicia, 2002).

A partir de los criterios propuestos por el Sergas, los proyectos de gestión clínica han de constar de los siguientes elementos:

- *«Modelo de gestión participativo e integrador. El proyecto debe permitir que todos los miembros participen en la definición y establecimiento de objetivos, así como en los mecanismos de control de éstos. Además, los servicios implicados en un proyecto deben conseguir que participen todas las personas que los integran.»*
- *Estructura de organización. Tras la constitución de la unidad se establecerá un organigrama que delimite claramente responsabilidades en el funcionamiento y objetivos acordados.*
- *Cartera de servicios. Cada proyecto de gestión clínica determinará una cartera de servicios.*
- *Actividad. La Dirección del hospital establecerá la actividad que debe realizar la unidad a partir de la cartera de servicios, que incluirá actividad asistencial, investigación y formación.*
- *Financiación de la actividad. Las unidades constituidas recibirán financiación a través del presupuesto de su hospital, pero serán responsables de la financiación de su actividad. Sin embargo, no concreta hasta qué punto la unidad será responsable financiera.*
- *Calidad. La preocupación por la calidad se concreta en cinco elementos:*
 1. *Guías clínicas y protocolos de actuación, que garantizan la homogeneidad de la atención estableciendo pautas de atención.*
 2. *Listas de espera. El proyecto definirá procedimientos para conocer su demanda de servicios y para poder establecer plazos y controles en la atención de esa demanda.*
 3. *Calidad percibida. Se debe analizar el grado de satisfacción de los pacientes.*
 4. *Calidad interna. Se debe estudiar el grado de satisfacción de los profesionales que trabajan en la unidad.*
 5. *Sistema de información. Para garantizar el funcionamiento de los demás elementos es preciso contar con un sistema de información que sea fiable, accesible a todos y compatible con los sistemas generales. Dentro del sistema de información se incluye el cuadro de mando, que informará sobre el grado de cumplimiento de los acuerdos en lo relativo a actividad y calidad.*
- *Gestión económica y de servicios generales. La unidad diseñará, junto con la dirección del hospital, un sistema que informe sobre los ingresos y gastos, así como sobre los costes de actividad de la unidad.»*

Entre la unidad y el hospital se pactará un contrato de gestión que establecerá los niveles de actividad, la calidad, los recursos disponibles y el modo de financiación de la unidad de gestión clínica. El Sergas considera que la gestión clínica supone un alto grado de autonomía. Esta autonomía se ejerce en un marco compuesto por:

- *«Autocontrol. Se trata de definir un modo claro de evaluación de los resultados alcanzados y de los recursos empleados. Será ejercido dentro de la propia unidad.»*
- *Control externo. La dirección del hospital seguirá ejerciendo el control de los aspectos clave del funcionamiento, que servirá para medir el grado de cumplimiento de los acuerdos entre el hospital y la unidad.*
- *Intervención. Sin menoscabo de los acuerdos contenidos en el contrato de gestión, la actividad de la unidad de gestión clínica seguirá bajo la supervisión de la intervención administrativa.»*

Finalmente, dentro de los proyectos de gestión clínica se atribuye la máxima importancia a la gestión de los recursos humanos de la unidad. La dirección de la unidad debe-

rá ejercer un liderazgo activo que fomente la participación y el compromiso con los objetivos. La gestión de los recursos humanos abarcará los siguientes aspectos:

- *«Selección del personal que pueda incorporarse a la unidad.*
- *Formación, que debe combinar la mejora de la capacidad de la unidad con el desarrollo personal.*
- *Comunicación. Es necesaria una política de comunicación acorde con los objetivos.*
- *Evaluación de los logros alcanzados respecto a los objetivos de la organización.*
- *Incentivación. Se han de establecer mecanismos claros, consensuados, que abarquen aspectos económicos y emocionales.»*

La gestión clínica en el marco del Servicio Catalán de Salud

En el Institut Catalá de la Salut (ICS), la aproximación a la gestión clínica se hace desde la perspectiva del gobierno clínico. En 1997 se constituyen una serie de grupos de trabajo que establecen el marco conceptual y operativo del proyecto. Se opta por utilizar la denominación «dirección clínica» (en lugar de «gobierno clínico», traducción directa del término inglés) y se entiende que el desarrollo de este modelo supone:

«...un cambio profundo que ha de producir modificaciones en la manera de pensar y actuar de todos los profesionales implicados en el modelo, la Dirección Clínica es la base de los fundamentos que tienen que guiar la toma de decisiones en el sistema de prestación de servicios sanitarios.»

La dirección clínica se define como:

«Integración, a nivel descentralizado, de la toma de decisiones sobre actividad asistencial, utilización de recursos y control de la calidad total a través de un acuerdo entre la dirección del centro y el director clínico correspondiente.»

Los valores, principios y objetivos de las direcciones clínicas se recogen en el Cuadro 2.5. Un elemento clave y diferencial del enfoque del ICS es que otorga a los responsables de las decisiones clínicas la responsabilidad sobre la utilización de los recursos, lo que supone un avance importante en la participación de los clínicos en las decisiones operativas y estratégicas de la organización. Éste es un factor determinante, tal como se ha visto antes, en la evolución desde los modelos organizativos hacia otros más cercanos a los de las organizaciones del conocimiento, en los que la corresponsabilización de los profesionales es decisiva para el éxito del conjunto de la organización. Por otra parte, la credibilidad del proyecto entre los médicos, y por tanto su participación activa en él, quedaría muy mermada si no pudieran tomar decisiones al respecto.

El proceso de desarrollo de la dirección clínica en Cataluña ha sido acogido con entusiasmo por la Dirección de Atención Primaria del Institut Catalá de la Salut y por los profesionales de atención primaria, iniciándose en el año 2000 un proyecto que abarca tanto a los hospitales como a la atención primaria. J. Gené y M. Marzo evalúan los casi cuatro años de experiencia en atención primaria y concluyen:

«La Dirección Clínica, a diferencia de las estrategias basadas en la productividad y en la contención de los costes, aporta un lenguaje comprensible tanto para los profesionales como para los gestores y los ciudadanos. La Dirección Clínica es una técnica adecuada para modernizar las organizaciones sanitarias públicas y complejas como el ICS, está bien aceptada por los profesionales y sus resultados son satisfactorios para los usuarios. La informatización, la transparencia y el rigor meto-

CUADRO 2.5 Características de las direcciones clínicas propuestas por el Institut Català de la Salut

Valores

- Centrada en las necesidades del paciente y orientada al proceso de atención.
- Participación, implicación y motivación de los profesionales.
- Sentimiento de pertenencia a la organización y al equipo.
- Modernización en la organización de los centros.
- Potenciación de la corresponsabilidad.
- Es ético utilizar eficientemente los recursos.
- La calidad asistencial es un atributo básico del modelo.
- Define niveles de toma de decisión partiendo de los conceptos de integración, operatividad y sostenibilidad.

Principios

- Coherencia entre el discurso de valores y la toma de decisiones.
- Autonomía de gestión de los centros.
- Profundización de la descentralización hacia las unidades asistenciales.
- Delegación y cesión de la capacidad de toma de decisiones a través de la responsabilidad de los directores clínicos.
- Confianza mutua como base para la transferencia de capacidades y de riesgo.
- Trabajo en equipo como medio para conseguir la participación, implicación y motivación de los profesionales.
- Control por resultados.
- Soporte y tutela administrativa.

Objetivos estratégicos

- Autonomía de gestión.
- Reorganización asistencial.
- Descentralización.
- Gestión integral: quien decide sobre el diagnóstico, tratamiento y cuidados debe poder decidir sobre la utilización de los recursos.
- Potenciación de la calidad asistencial.
- Satisfacción de los clientes/pacientes.

Objetivos operativos

- Organizativos, definición de: unidades asistenciales, proceso asistencial, procesos de selección de los directores clínicos, equipos, contenido y límite de la delegación de responsabilidades.
- Estructurales: sistemas de información y definición del soporte.
- Desarrollo profesional: formación en las nuevas funciones, formación profesional, motivación e incentivación.
- Resultados: de actividad asistencial, económicos y de calidad.
- Seguimiento y control: establecimiento de los mecanismos, definición de los métodos de evaluación y definición del cuadro de mandos.

Fuente: Elaboración propia sobre documento de trabajo del ICS para el desarrollo de las direcciones clínicas.

dológico de la gestión de las evidencias científicas y de la información clínica son imprescindibles para conseguir su implantación. La mejora de la actividad profesional únicamente se puede conseguir con una combinación de las actuaciones que incluyan medidas organizativas, formativas y de relación entre todos los profesionales» (J. Gené y M. Marzo, 2003).

CASO

El caso del Hospital Clínico de Barcelona

Joan Grau Sociats, gerente del hospital 1983-2003

El Hospital Clínico de Barcelona cuenta con una larga historia de participación de los médicos en su gestión, ciertamente defendiendo su posición económica, pero también aceptando y colaborando en las formas de gestión que entendían mejores para llevar al centro hasta una de las posiciones más elevadas entre los de nuestro país. Por otra parte, su peculiar situación legal ha permitido desarrollar iniciativas que en otros hospitales se han visto coartadas por su pertenencia a grandes instituciones que imponen un control burocrático y limitan la capacidad de gestión de la dirección y también la de participación de los empleados.

Así, el año 1995 el Hospital decidió comenzar el proyecto Prisma de reorganización de su estructura. Simultáneamente, ese mismo año se negoció con el estamento médico un nuevo sistema de promoción consistente en la creación de una carrera profesional. Las dos iniciativas fueron consideradas complementarias por la Dirección, partiendo del análisis previo de la situación.

Todos sabíamos que los costes sanitarios se habían incrementado notablemente a causa de los tres factores conocidos: envejecimiento de la población, aparición de nuevas y caras tecnologías y falta de financiación adecuada.

Pero en la última década habían surgido nuevos factores que habían de ser considerados al enfocar la planificación de los sistemas de salud para orientarlos al paciente:

- Aparición de los Grupos Relacionados de Diagnóstico, no sólo como sistema de pago, sino también como base para el análisis de los procesos.
- Tradicional organización de los hospitales según la organización de la docencia, ahora en proceso de cambio.
- Desencanto de los profesionales médicos ante la falta de expectativas.
- *Managed care*, la gestión de los cuidados.
- La medicina basada en la evidencia.

A partir de estos factores se pactó una carrera profesional que, separando la función de mando de la categoría, promovió la participación de los médicos en el desarrollo del proyecto Prisma, ya que ésta podía ayudarles en su valoración al optar a nuevas categorías.

El proyecto Prisma diseñó un hospital orientado al paciente de acuerdo con los principios siguientes:

- Estructuración de los servicios para satisfacer de la mejor manera posible las necesidades de los pacientes y de los profesionales.
- Agrupación de los pacientes según requerimientos y características comunes.
- Descentralización de los servicios médicos tanto como fuese posible y práctico.
- Eliminación o simplificación de los procesos y de las estructuras que no aportasen valor.
- Aumento de la autonomía y responsabilidad de los profesionales.

Con estas premisas se procedió al rediseño radical de los procesos asistenciales desde el punto de vista del paciente, para mejorar drásticamente la calidad controlando al mismo tiempo los costes. En el área de hospitalización se analizaron los GRD contrastándolos por

servicio, y se formaron grupos homogéneos de pacientes, creando lo que después se llamarían Institutos, según criterios cuantitativos que exigían: un volumen de actividad significativo, que el número de servicios que se agrupaban fuese manejable, que se concentrara la actividad de estos servicios en el grupo, que los recursos diagnósticos y terapéuticos fuesen compartidos y que hubiese interrelación significativa entre los servicios médicos y quirúrgicos involucrados en hospitalización y consulta externa.

La primera delimitación de los Grupos fue contrastada con los criterios cualitativos: existencia de un liderazgo claro, compatibilidad de las personas clave, coherencia con los planes de estudio, número razonable de profesionales implicados, condicionantes físicos no limitadores o con un nivel de inversión asumible y buena aceptación por el resto de la organización.

Así se llegó a la definición inicial de los Institutos y se procedió a su diseño que comportaba dos partes: el diseño organizativo que fijaba su misión y objetivos, al tiempo que la estructura de gobierno y grado de autogestión, dentro de las directrices generales, y el diseño de la gestión clínica.

En el área de la gestión clínica se constituyeron, en cada instituto, grupos de médicos y enfermeras que, partiendo de los GRD de mayor incidencia en el propio instituto, y con la ayuda de consultores externos y de un grupo interno formado previamente, tenían como objetivo el desarrollo de las llamadas Guías Clínicas.

Estas guías, desarrolladas después de analizar las variaciones de la práctica clínica, los estudios de efectividad, las decisiones de diagnóstico y terapéuticas, etcétera, debían ser la base no sólo de una práctica médica estandarizada del mejor nivel, sino también de la formación de los residentes, que se vería así enriquecida con la experiencia de sus antecesores.

La metodología utilizada tuvo la ventaja de aumentar la participación de los facultativos que, al tiempo que participaban en una tarea creativa, contemplaban la posibilidad de progresar en su carrera profesional. Desde el punto de vista de la institución, los resultados fueron buenos, ya que la estancia media de los pacientes se redujo, al tiempo que se controlaba el coste por GRD, lo que permitió que el Hospital fuera el único que se mantuvo entre los cuatro mejores grandes hospitales universitarios los tres primeros años que se estableció la clasificación TOP 20, pese a que las deficiencias de su contrato con la Administración hacían que alguno de los aspectos que se valoraban no pudiese cumplirse satisfactoriamente (implantación de la cirugía mayor ambulatoria, no contratada).

Aproximación a la gestión clínica desde la literatura sanitaria

Las experiencias de gestión clínica que se han desarrollado en España son muy heterogéneas en cuanto al grado de descentralización de la toma de decisiones y al nivel de participación efectiva de los clínicos en la gestión. Por otra parte, la información disponible suele ser descriptiva, no analítica, y habla más de «lo que debería ser» que de lo que realmente es.

Del análisis de la literatura se desprende que la gestión clínica en España se relaciona, principalmente, con la autonomía de gestión de los clínicos, y que con frecuencia significa conceptos distintos para los clínicos y para los gestores. Mientras que los primeros entienden la gestión clínica como la recuperación de un espacio propio en el que adquieren el protagonismo necesario para dirigir sus servicios, los gestores ven en

la gestión clínica un compromiso de los clínicos en la gestión eficiente de los recursos y en el control del gasto sanitario a través del cumplimiento de los contratos.

En el Sistema Nacional de Salud, la cultura y métodos de la gestión por procesos se han introducido tarde, y no como parte del conocimiento de gestión de operaciones, sino a través de la gestión de calidad y de la gestión clínica, por lo que en muchas ocasiones se han tomado como sinónimo de éstas.

Aunque a nivel teórico se han introducido los principios y componentes de la gestión excelente de las organizaciones, en la práctica, la gestión de las organizaciones sanitarias poco o nada se ajusta al modelo de gestión por procesos. Las experiencias denominadas de gestión clínica no están suponiendo, por el momento, una transformación del modelo global de la gestión del centro sanitario hacia una gestión por procesos, elemento clave para conseguir los objetivos que justifican el desarrollo de estas iniciativas, que trasciende a los profesionales y es responsabilidad de la Administración sanitaria y de sus gestores.

Analizando la bibliografía resulta difícil reconocer elementos comunes que permitan definir qué se entiende actualmente por «gestión clínica», más allá de la gestión por procesos que, por otra parte, forma parte de la esencia de la responsabilidad de una gestión eficiente y, por tanto, del trabajo de los gestores. Esta disparidad se pone de manifiesto en las publicaciones sobre esta materia. Para algunos autores la gestión clínica:

«...trata del diseño, ejecución y evaluación de los procesos de cuidado directo del paciente, de forma adecuada y eficiente sustentada en tres objetivos: 1-implicación de los profesionales en la gestión (...); 2-la implantación de una nueva forma de trabajo enfocada hacia la gestión de los procesos (...); 3-(...) contemple el proceso en su totalidad y gire, por tanto, en torno al paciente» (García y cols. 2001).

En esta línea, algunos autores coinciden en destacar como elementos centrales de la gestión clínica la orientación de las organizaciones hacia el paciente y la atribución de la toma de decisiones a los servicios, dotando a los profesionales clínicos de más responsabilidad. Para ello, se considera que el rediseño de la organización debe facilitar la adopción de decisiones clínicas eficaces y eficientes:

«...es necesario centrar la discusión en términos clínicos, ya que cualquier mejora de la eficiencia económica tiene que venir de la mano de decisiones clínicas eficientes y nunca de restricciones presupuestarias» (Carreras Viñas y Caramés Bouzan, 1999).

Este planteamiento de la gestión clínica se acerca a los principios que fundamentan el gobierno clínico, pues sitúa la calidad de las decisiones clínicas en el centro de la eficiencia económica, y no el control del gasto.

A pesar de que todos los autores coinciden en que la gestión clínica es un método que permite una óptima toma de decisiones clínicas, los aspectos que más destacan de ella son los relacionados con la faceta más organizativa de estos cambios, sin resaltar otros más vinculados a la práctica clínica, tales como la importancia del conocimiento (medicina basada en la evidencia, guías clínicas...) o la relevancia de la mejora continua a través de la monitorización o la autoevaluación.

En cualquier caso, la literatura sobre la gestión clínica en España es muy descriptiva, y se centra sobre todo en las nuevas formas de gestión y en sus implicaciones en las organizaciones. Son muy escasos los artículos que presentan experiencias y que mues-

tran y analizan los problemas que se detectaron, las soluciones que se aplicaron y, finalmente, un balance de sus resultados.

La mayor parte de los artículos coinciden en considerar la gestión clínica como una propuesta que se sitúa en la vanguardia de las tendencias actuales en gestión de centros sanitarios, y que busca mejorar la eficiencia económica a través de las decisiones clínicas eficientes, y no a través de meras restricciones presupuestarias, si bien se reconoce que:

«...hasta el momento, muchas propuestas y debates sobre gestión clínica son especulaciones teóricas» (Cosialls i Pueyo, 1999).

La dimensión organizativa de la gestión clínica ocupa un lugar importante en la literatura, y son muchos los autores que hacen hincapié en esta dimensión más que en los aspectos ligados al cambio de la propia práctica clínica, lo que es comprensible si se tiene en cuenta la situación de partida de las organizaciones sanitarias en España. En este sentido, se señala la necesidad de introducir cambios importantes en la organización, como descentralizar la toma de decisiones, potenciar el liderazgo de los clínicos y hacer la información más accesible y relevante, de forma que estos cambios organizativos favorezcan las buenas prácticas de los profesionales.

Otros autores consideran que la gestión clínica tiene como principal objetivo permitir que los profesionales tomen sus decisiones clínicas en condiciones óptimas y con esta perspectiva centran su análisis en la buena práctica médica, donde destacan como principales elementos la autonomía y la responsabilidad profesional, la participación de los profesionales en la gestión, el conocimiento, la motivación, la satisfacción de los usuarios y la relación personalizada. En esta línea, se considera que hay tres elementos que tienen un papel destacado en las buenas decisiones clínicas: el buen conocimiento científico, los buenos sistemas de información y coordinación, y la integración asistencial.

De la revisión de la literatura se desprende que son tres las características que se juzgan esenciales en la concepción de la gestión clínica y en su desarrollo:

- Descentralización, participación, autonomía y responsabilidad.
- Gestión por procesos.
- Sistemas de información: gestión de la información.

Descentralización, participación, autonomía y responsabilidad

Los autores coinciden en considerar que la principal propuesta de esta reforma es la descentralización de las organizaciones, otorgando a los profesionales un mayor grado de autonomía y responsabilidad en la gestión:

«La gestión clínica en su concepto más simple consiste en que el que realiza la práctica clínica también gestiona sus recursos en base a la configuración de unidades asistenciales de mayor o menor envergadura que constituyen una empresa o unidad de negocio» (López Arbeloa, 2000).

Se trata, por tanto, de dar autonomía de gestión a los niveles de organización más cercanos al paciente, evitando así la burocratización del servicio. Esta descentralización y autonomía provoca una redistribución de las tareas y responsabilidades dentro del servicio. Por una parte, la dirección deberá adecuar su actividad a nuevas tareas: gestión

global del conocimiento, coordinación de los patrones del trabajo médico (evidencia científica, evaluación de tecnologías, práctica clínica, calidad), y evaluación y estandarización de los procesos, productos y servicios. Por otra parte, se potenciará la figura del jefe de servicio como director real del servicio prestado y se le hará responsable de sus propios procesos, de la gestión de los recursos humanos y del presupuesto. Finalmente, el médico también se convertirá en responsable de optimizar las áreas de conocimiento, desarrollo asistencial y gestión ligadas a su servicio. Sin duda, estos cambios provocarán el aumento de la responsabilidad que se exige a los profesionales sanitarios, así como el diseño de modelos para el control de la gestión adecuados a la estrategia de descentralización y que pueden seguir o bien un modelo según centros de responsabilidad (se divide la organización en centros de responsabilidades, sean unidades o servicios, y se controla que cumplan el plan o la dirección pactada) o bien un control de gestión orientado hacia los procesos.

Gestión por procesos

El conocimiento, herramientas y metodologías que la gestión de las organizaciones ha tomado de la gestión de operaciones (*operations management*), basada en la visión y gestión de las organizaciones partiendo de sus procesos operativos, no penetra en el sistema sanitario como tal, sino a través de la gestión de la calidad y de la gestión clínica. Esto constituye un problema, porque la gestión por procesos es *previa y necesaria* para que pueda desarrollarse una gestión de calidad y para orientar las organizaciones sanitarias hacia el paciente, adaptando sus procesos operativos al proceso base o principal: diagnosticar y tratar, tal y como propone la gestión clínica. Al introducir la gestión por procesos a través de la gestión clínica, y no al revés, se deposita en estas unidades una responsabilidad que corresponde a los gestores de los centros y no a los clínicos (sin olvidar, por supuesto, que una gestión por procesos requiere, por sí misma, una participación de todos los profesionales y agentes que intervienen en ellos).

Como resultado de ello, muchos artículos, más que analizar la contribución de la gestión clínica como tal, describen los principios en los que se basa la gestión de operaciones. No es de extrañar, pues, que todos los autores coincidan en señalar la relación entre la gestión clínica y la necesidad de orientar la organización y la gestión de las organizaciones sanitarias hacia una gestión por procesos, ya que se considera que éste es el instrumento principal para conseguir una buena práctica clínica y una mejora continua de la calidad. En tal sentido, los autores señalan que se debe orientar la organización hacia el proceso asistencial, es decir, hacia el conjunto de actividades que se realizan para diagnosticar o tratar la enfermedad de un paciente. Es preciso satisfacer las necesidades de los pacientes a través de la gestión del producto, agrupando a los que presenten características comunes. Estas afirmaciones reflejan la visión de la gestión de operaciones desarrollada en otros sectores hace varias décadas.

En la bibliografía sobre gestión clínica en España se abordan los criterios y medidas necesarias para conseguir una gestión por procesos; entre ellos destaca la necesidad de flexibilizar la organización y crear equipos multidisciplinares que traten a los pacientes siguiendo unos protocolos asistenciales en los que cada una de las actividades ha de ser evaluada desde el punto de vista de la eficacia, la eficiencia y la calidad. Para López Arbeloa y colaboradores, el protocolo debe constar de tres partes:

1. Contenidos: contemplar el proceso asistencial de forma integral (objetivo clínico, describir y planificar los componentes del diagnóstico).
2. Sistemas de supervisión.
3. Introducir al usuario en estas funciones.

Sistemas de información: gestión de la información

La necesidad de sistemas de información y su gestión es la tercera cuestión más mencionada en los artículos. Ello se debe a que la incorporación de la gestión clínica implica cambios fundamentales en la función desempeñada por la información. El hospital se puede considerar una empresa de conocimiento y, por tanto, es necesario introducir técnicas de gestión del conocimiento. La institución debe promocionar su principal activo: el conocimiento de sus profesionales. En consecuencia, es necesario dotar a los profesionales de instrumentos para la mejora de sus conocimientos científicos y facilitarles su acceso a la información.

Según López Arbeloa, los sistemas de información cambiarán en dos aspectos: en primer lugar, es necesario que clínicos y gestores compartan información; en segundo lugar, la información debe ser un instrumento clave para la práctica clínica. Además, los sistemas de información son básicos para la gestión de procesos, ya que contribuyen a definir los procesos clínicos y a evaluar la eficiencia en su gestión.

Resumen

Las interpretaciones del término «gestión clínica» en España son muy dispares, no tanto en lo que se refiere a sus aspectos teóricos sino en cuanto a sus aplicaciones prácticas, por lo que resulta difícil señalar cuáles son los elementos que la configuran. En el plano teórico, la gestión clínica introduce las nuevas tendencias sobre calidad en la gestión de las organizaciones y en la práctica clínica; sin embargo, su desarrollo casi nunca ha ido acompañado de una transformación real de la gestión del centro sanitario o de sus órganos de gobierno. Éste es un elemento esencial, ya que la propia gestión por procesos se basa en una visión sistémica de la organización, alineada, estratégica y operativamente, en torno a un objetivo común: el cliente o, en este ámbito, el paciente. Esta situación tiene, cuando menos, dos consecuencias: por un lado, una simplificación considerable del proceso de incorporación de los médicos a la toma de decisiones estratégicas y operativas en las organizaciones sanitarias, y por otro, delegar la responsabilidad de una buena gestión (lo que en la actualidad significa gestión por procesos) en los clínicos. La gestión por procesos, y por tanto el diseño y la buena gestión de los procesos de apoyo, es responsabilidad de los gestores, que tienen que garantizar el buen funcionamiento de la organización (y ello significa medidas muy concretas en planificación estratégica, control de gestión, sistemas de información, diseño de procesos, compras, recursos humanos, etc.), para que los profesionales sanitarios puedan hacer bien su trabajo: diagnosticar, tratar y cuidar. Una buena gestión por procesos lleva aparejado un nivel alto de participación de los agentes implicados en la ejecución de tales procesos, de manera que los médicos, y especialmente aquéllos con responsabilidad en la organización y gestión de su servicio, participan y asumen la responsabilidad de su área de competencia. Pero el que la organización esté bien gestionada es responsabilidad de los gestores, de la misma manera que es responsabilidad de los médicos el que en la organización se tomen buenas decisiones clínicas, y responsabilidad del personal de enfermería que se presten buenos cuidados. Quizá sea ésta la razón por la que las experiencias de gestión clínica son aisladas y un tanto voluntaristas (lo que no merma su valor), sin que se hayan producido los cambios estructurales y culturales necesarios para su desarrollo y sin que formen parte de un marco estratégico y operativo que transforme el modelo tradicional de toma de decisiones o el propio diseño de los procesos asistenciales.

EL GOBIERNO DE LAS ORGANIZACIONES²⁴

Lola Ruíz Iglesias, Lluís Orriols i Galve

Dirección estratégica y gobierno de las organizaciones

El gobierno de las organizaciones es un tema de interés creciente en el seno de la sociedad. Durante esta última década, los elementos esenciales de la gobernabilidad y los valores éticos en los que se debe fundamentar ocupan un lugar central en el debate social. Así lo pone de manifiesto el importante número de publicaciones e informes sobre el tema –entre los que cabe destacar por su impacto el Cadbury Report, los informes Greenbury y Hampel y, en España, el Informe Olivencia– o documentos tales como el Libro Blanco de la Comisión de las Comunidades Europeas sobre «La Gobernanza Europea».

El gobierno de las organizaciones es un componente decisivo de la dirección estratégica de éstas, y su análisis debe tomar en consideración un conjunto de factores sin los cuales es difícil, si no imposible, su valoración. El primer factor, desencadenante del proceso estratégico, es la definición de la misión y de los valores de la organización, definición que necesariamente tiene que traducirse en objetivos operativos y cuantificables que permitan una evaluación precisa de su cumplimiento.

Otro factor clave es la elaboración del modelo de gobierno de la organización y la constitución, en consonancia con él, de sus órganos directivos. En este proceso, los órganos de gobierno y sus miembros deben fijarse teniendo en cuenta la definición previa del grado y contenido de la participación en él de los distintos agentes de la corporación. A estos aspectos, tradicionales en el diseño estratégico, se añade otro más reciente, que constituye el núcleo del debate sobre el gobierno de las organizaciones. Se trata de la responsabilidad social de la organización y de las implicaciones éticas que de ella se desprenden.

Es bien sabido que la dirección estratégica debe considerar, al menos, cuatro dimensiones: el análisis del entorno interno y externo; la formulación de la estrategia; su aplicación, y su evaluación y control. Estas dimensiones configuran un proceso sistemático que, para que sea eficiente, tiene que tener coherencia y solidez, interna y externa. Es en este marco en el que se define el modelo de gobierno, y, en consecuencia, el proceso de toma de decisiones de los órganos de gobierno.

La formulación de la estrategia de una organización es una tarea compleja que, en el caso de grandes corporaciones o sistemas, como es el caso del Sistema Nacional de Salud, tiene que articular eficazmente aspectos tales como la misión de la corporación, los objetivos alcanzables, el desarrollo de las estrategias para conseguirlos y las directrices de las políticas operativas.

El gobierno de las organizaciones requiere la concordancia entre la estrategia corporativa, la estrategia de negocio y la estrategia funcional. En el ámbito de la sanidad, en España, nos referimos a la coherencia entre la estrategia del Sistema Nacional de Salud, la estrategia de las organizaciones sanitarias, que constituyen su red de provisión de servicio, y las estrategias de todas y cada una de las unidades donde éstos se prestan. El engarce estratégico, en los términos establecidos, es el fundamento de su gobernabilidad.

²⁴ Texto presentado por el autor como ponencia en las *VI Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios*. Madrid, junio 2002.

Éste es el marco del gobierno de las organizaciones y, en consecuencia, el marco en el que se definen y operan los órganos de gobierno y en el que se determina la función de las personas que los constituyen.

Los principios del buen gobierno de las organizaciones

En el debate social sobre el gobierno de las organizaciones, surge el concepto de gobierno corporativo que, tal como señala *The Encyclopedia about Corporate Governance*, a pesar de lo complejo de su definición, debido a la variedad de fenómenos a los que refiere, ha suscitado un gran interés público por su relevancia en la situación económica de las organizaciones y en la sociedad en general.

Entre las distintas definiciones que se ofrecen, la propuesta por la OCDE (abril 1999), parece la más clara y, según este organismo, la más congruente con la que presenta Cadbury (1992). En esta definición se plantea el gobierno corporativo como el sistema a través del cual son dirigidas y controladas las organizaciones.

La estructura del gobierno corporativo especifica la distribución de los derechos y las responsabilidades entre los diferentes participantes en la organización –como, por ejemplo, directivos, gestores, accionistas, etc.– y establece las reglas y los procedimientos para la toma de decisiones en las actividades de la organización. De esta forma, queda establecida la estructura a través de la cual se consiguen los objetivos de la organización, y los medios para conseguir estos objetivos, así como para controlar su funcionamiento.

Una corporación define, por tanto, al mecanismo que permite a distintas «partes» contribuir al beneficio mutuo a través de la aportación de elementos tales como capital, trabajo, capacidad y experiencia. El Sistema Nacional de Salud podría entenderse como una corporación, en la que ciudadanos, políticos, administradores, profesionales y otros agentes, establecen y articulan un mecanismo a través del cual reciben una serie de beneficios. Las relaciones entre estos grupos a la hora de fijar la dirección y funcionamiento de la corporación, es lo que define el tipo de gobierno.

Tradicionalmente, en el entorno empresarial las corporaciones han sido gobernadas por un equipo directivo que controla a los gestores, con la participación, mayor o menor, de los accionistas. En la última década, se han lanzado críticas importantes sobre la eficiencia de las formas de gobierno y de las prácticas de los equipos directivos, críticas que proceden tanto de los accionistas como de los distintos grupos afectados, y que han puesto en entredicho el conocimiento, la capacidad técnica y el compromiso de los directivos para dar directrices correctas a los gestores y situar adecuadamente a las organizaciones en el entorno actual.

Por otra parte, el público en general ha desarrollado su capacidad crítica ante las organizaciones, a las que exige responsabilidad (*accountability*) y equipos directivos más profesionalizados. En el sistema sanitario, por ejemplo, es evidente el papel que está adquiriendo el conjunto de la sociedad, que exige un sistema sanitario eficiente, en términos económicos y de calidad técnica y de servicio. Esta exigencia, en los Sistemas Nacionales de Salud, se traduce en una presión sobre los responsables políticos para que gestionen con eficiencia los recursos, en los términos de calidad de servicio exigibles en una sociedad con un determinado nivel de desarrollo.

Víctor Pérez-Díaz llama la atención sobre la convergencia que se está observando entre las formas organizativas de las sociedades actuales y las de las unidades organizativas que las componen. En su estudio *Legitimidad y Eficacia: Tendencias de Cambio en el Gobierno de las Empresas*, afirma que:

«...los agentes de unas y otras [empresas y gobierno], buscan nuevos equilibrios entre los criterios de legitimidad y de eficacia a la hora de valorarlas» (Pérez Díaz, 1999).

En la búsqueda de este nuevo equilibrio, está teniendo lugar una «*reflexión crítica sobre la situación de las empresas y sus estructuras, y sus prácticas de gobierno*». La gobernabilidad se enfoca desde el punto de vista de la organización como autoridad fiduciaria, con un conjunto de «*deberes u obligaciones morales de decencia, fidelidad y prudencia, que aproximan la figura de la autoridad empresarial a la de una profesión, con la implicación de considerarla sujeta a un código de moral profesional*», todo ello enmarcado en una concepción de la autoridad basada en la «confianza» (*trust*).

Esta nueva tendencia en el gobierno de las organizaciones, de fuerte influencia anglosajona, dejó su impronta en el *National Health Service* británico, al introducirse el concepto de gobierno clínico (*clinical governance*).

Son estos nuevos valores los que impregnan documentos como el *Informe Oliven- cia* (Comisión Especial para el Estudio de un Código Ético de los Consejos de Administración de las Sociedades, 1998) que, al igual que otros ya mencionados, destacan, según Pérez-Díaz, por sus planteamientos sobre el contenido de las reglas que proponen, el carácter del aparato sancionador al que confían su cumplimiento y el tipo de cultura que tratan de promover.

En este contexto, el Libro Blanco elaborado por la Comisión de las Comunidades Europeas sobre «La Gobernanza Europea», se hace eco de este debate y establece cinco principios como base del buen gobierno: apertura, participación, responsabilidad, eficacia y coherencia, principios que indudablemente son válidos para el buen gobierno de las organizaciones y sistemas sanitarios (Cuadro 2.6).

El gobierno de las organizaciones sanitarias

Al abordar el gobierno de las organizaciones sanitarias, lo primero que llama la atención es el escaso número de publicaciones sobre la materia y el claro predominio del mundo anglosajón en este campo. De entre este escaso volumen de investigaciones, destacan las que ha realizado Florence Eid para el Banco Mundial. En sus estudios, Eid

CUADRO 2.6 Los principios del buen gobierno según la Comisión Europea

Apertura: Las instituciones deberían trabajar de una forma más abierta (...), desarrollar una comunicación más activa.

Participación: La calidad, la pertinencia y la eficacia de las políticas de la Unión implican una amplia participación de los ciudadanos en todas y cada una de las distintas fases del proceso, desde la concepción hasta la aplicación de las políticas.

Responsabilidad: Es preciso clarificar el papel de cada uno en los procesos legislativo y ejecutivo. Cada una de las Instituciones de la UE debe explicar su acción en Europa y asumir la responsabilidad que le incumba.

Eficacia: Las medidas deben ser eficaces y oportunas, y producir los resultados buscados sobre la base de unos objetivos claros, de una evaluación de su futuro impacto, en su caso, de la experiencia acumulada.

Coherencia: Las políticas desarrolladas y las acciones emprendidas deben ser coherentes y fácilmente comprensibles (...). La coherencia requiere un liderazgo político y un firme compromiso por parte de las Instituciones con vistas a garantizar un enfoque coherente dentro de un sistema complejo.

analiza las nuevas tendencias en el gobierno de hospitales, en especial el modelo de gobierno corporativo, al que nos hemos referido en el apartado anterior.

En el primer artículo de una serie publicada por el Banco Mundial, «*Understanding good institutional design in hospital corporatization: a decision rights approach*», este economista hace un breve repaso de las formas de gobierno que han adoptado los hospitales. En su análisis, Eid destaca tres formas de gobierno que preceden al modelo de gobierno corporativo:

1. **La filantrópica o benefactora.** Es la forma más tradicional. En ella los fondos provenían de los donativos de notables que buscaban, así, cierto prestigio social.
2. **La representativa.** Aunque ahora esta fórmula ha sido abandonada por muchos países, fue muy popular en los años sesenta. En este sistema, los representantes son elegidos democráticamente. Este modelo resultó ineficiente, puesto que las elecciones demostraron que no garantizaban la selección de los gestores más capacitados, sino de aquellos que gozaban de mayor popularidad. Además, las propuestas con mayor rédito electoral no siempre comportaban una mayor calidad del servicio.
3. **La «carrera alternativa» o la de gestión.** En este modelo el problema estaba en articular las ambiciones profesionales y personales de los gestores en el desarrollo de su carrera profesional, con los objetivos de la organización y su gestión eficiente.

A pesar de la ineficiencia de estas fórmulas para el gobierno de las organizaciones sanitarias, su existencia se justificaba por los escasos incentivos al cambio o a la eficiencia del entorno en el que operaban. Sin embargo, los retos a los que actualmente se enfrenta la sanidad, en especial debido a los elevados costes y a la exigencia de calidad del servicio, han forzado a buscar nuevas formas de gobierno. Según Eid, estos nuevos retos llevan a la aparición del modelo corporativo como cuarta forma de gobierno.

Eid plantea que el Estado tiene tres formas de intervenir en el gobierno de la sanidad: la regulación, la financiación y la provisión. Con la regulación se determina qué papel tienen tanto el sector público como el privado en los servicios sanitarios; la financiación determina el alcance de la cobertura de la sanidad; por último, la provisión depende de la intervención del Gobierno en la propiedad y la gestión de los servicios sanitarios. Es en este último terreno, en la provisión, donde se plantea el debate acerca de la corporativización del gobierno de las organizaciones sanitarias.

Tradicionalmente en la discusión sobre qué tipo de provisión pública es eficiente ha habido dos corrientes. Por un lado, algunos sostienen que la buena gestión es la clave para un sistema eficiente, y que la propiedad del servicio no es un factor relevante. Por otro lado, existe una posición contraria que sostiene que la propiedad sí es una variable de importancia. Según esta corriente, el sector público ha demostrado ser ineficiente y, por tanto, la privatización de la provisión aparece como una forma de mejorar la eficiencia en el sector sanitario.

Frente a estas dos corrientes, la fórmula de la corporativización aparece como posición intermedia. Esta forma de gobierno parte de la evidencia de que tanto la provisión privada como la pública están sujetas a ineficiencias. En consecuencia, se trata de identificar los factores que inciden en el buen gobierno y en la eficiencia de las organizaciones, y de asumirlos superando viejas estructuras e incorporando nuevos agentes, sobre la base de la transparencia, la buena gestión y la responsabilidad (*accountability*).

En el caso de los hospitales públicos, por ejemplo, existe un amplio consenso sobre la necesidad de desligar su funcionamiento de viejos lastres organizativos y funcionales a través de un buen gobierno. Entre estos lastres, el principal sin duda es la falta de co-

herencia entre las distintas partes de un hospital, es decir, la ausencia de un funcionamiento organizativo sistémico, imprescindible para un buen servicio asistencial.

Si consideramos los hospitales como un modelo principal/agente, se identifica fácilmente una serie de incoherencias, con gran repercusión sobre su eficiencia. Por un lado, las prioridades de los gestores del hospital (agentes) no coinciden a menudo con los intereses y prioridades del Gobierno, de los usuarios y de sus trabajadores (los principales). Además, como los servicios sanitarios públicos tienen una gran variedad de directivos, aparecen desajustes entre los objetivos, intereses e incentivos de todos ellos. Por último, también se produce una falta de coherencia entre los objetivos y su diseño institucional que, en gran parte, es consecuencia de los dos desajustes anteriores.

Así, el modelo de gobierno corporativo pretende mantener la provisión pública, pero corrigiendo estos problemas de ineficiencia y falta de coherencia. Para ello, en el proceso de corporativización es esencial modificar la estructura organizativa. Eid delimita cuatro factores decisivos para la organización y gobierno de los hospitales, que ayudan a eliminar los lastres e incoherencias existentes en los sistemas sanitarios: descentralización, coordinación, responsabilidad e incentivación.

La *descentralización* es la principal medida que propone la corporativización como forma de lograr una organización más flexible y adaptable al entorno en el que opera. Además, la descentralización permite emplazar la autoridad donde mejor convenga y contribuye a aumentar la motivación. No obstante, la descentralización crea, como efecto no deseado problemas de control. Para remediar este problema se propone fomentar la coordinación como valor primordial.

En efecto, la *coordinación* se convierte en uno de los problemas clave a los que se debe enfrentar el gobierno de las organizaciones sanitarias. Algunas de las soluciones a estos problemas de coordinación que han puesto en práctica los países anglosajones son el *managed care*, en Estados Unidos, y el *integrated care*, en el Reino Unido.

La descentralización de la autoridad debe ir acompañada de la descentralización del riesgo, la *responsabilidad*. En los hospitales públicos se ha intentado implantar métodos como el sistema de contrato, pero estas fórmulas no consiguen que el riesgo financiero sea asumido por el hospital. La falta de riesgo y responsabilidad genera problemas de incentivos a la eficiencia que sólo pueden ser atenuados con un buen gobierno del hospital.

Finalmente, es necesario contemplar los *incentivos* que genera la forma de organización. Las organizaciones sanitarias públicas tienen pocos incentivos para definir eficientemente su actividad, especialmente debido a la multiplicidad de principales. Por tanto, se debe crear una estructura de incentivos que faciliten una mayor eficiencia y que potencien la coherencia de intereses entre principales y agente.

El estudio de Eid es un claro ejemplo de la dirección que está tomando el debate sobre el gobierno de las organizaciones en el campo sanitario. En el sector sanitario, esta tendencia se ha manifestado en la aparición del *clinical governance* o el gobierno de lo clínico. Bajo este término laten conceptos de un enorme calado estratégico. Por primera vez se define una organización «bien gestionada» como aquella en la que control económico, funcionamiento del servicio y calidad clínica están completamente integrados a cada nivel de la organización. La impregnación del debate sobre el gobierno de las corporaciones en el gobierno clínico, es clara. La línea abierta por el Cadbury Report, y continuada por los informes Greenbury y Hampel, ha tenido en el *National Health Service* un impacto incuestionable:

«...si se quiere que el Gobierno Clínico tenga éxito, éste debe adoptar los mismos puntos fuertes del gobierno corporativo: debe ser riguroso en sus funciones, con la

visión global de la organización, responsable en su provisión, esforzándose en su perfeccionamiento, y positivo en sus connotaciones» (Eid, 2000)²⁵.

La introducción de estos principios en el gobierno clínico no está exenta de importantes obstáculos. La pluralidad de «propietarios» (*stakeholders*) que tienen las organizaciones sanitarias es el principal problema. Mientras que las empresas tienen unos propietarios bien definidos, el accionariado, que comparten los mismos objetivos, los sistemas sanitarios públicos tienen propietarios de muy distinta naturaleza: pacientes, ciudadanos, instituciones públicas, políticas, etcétera. Los objetivos, prioridades y formas de medir e interpretar los resultados de los servicios sanitarios suelen ser diferentes, e incluso contradictorios, entre los diversos «propietarios». Por tanto, parece claro que para el buen funcionamiento de los valores del gobierno corporativo en el campo sanitario es necesario, primero, invertir esfuerzos en esclarecer las líneas de responsabilidad entre los gestores del servicio y sus «propietarios».

La concreción de las líneas de mando es el segundo problema que hay que tomar en consideración. Mientras que las empresas tienen claramente definidas las líneas de autoridad, las de los servicios sanitarios responden a complejas interrelaciones. Parece claro que el gobierno clínico debe redefinir estas líneas de mando, haciendo especial hincapié en el papel de los jefes de servicio, en los que se debe delegar poderes tales como la gestión de los recursos humanos.

La Organización Mundial de la Salud ha especificado las características que debe tener una buena «conducción» (*stewardship*), término claramente relacionado con lo que se ha comentado a propósito del «buen gobierno». La OMS define «*stewardship*» como la gestión cuidadosa y responsable del bienestar de la población, y como la verdadera esencia de un buen gobierno. Es interesante comprender los principios de una buena conducción, puesto que es, precisamente, lo que buscan las reformas en los sistemas sanitarios.

Según los criterios de la OMS, una buena «conducción» es aquella que cumple seis funciones: generar inteligencia, formular políticas estratégicas, asegurar sistemas para la aplicación, crear y mantener relaciones, mantener coherencia entre objetivos políticos y estructura organizativa y, finalmente, garantizar la responsabilidad, la receptividad y la protección del consumidor (véase el Cuadro 2.7).

En este punto es importante detenernos en la naturaleza de las organizaciones sanitarias. Su «producto» o servicio está basado estrictamente en el «conocimiento»: saber diagnosticar y tratar, y por ello constituyen un paradigma de las llamadas organizaciones del conocimiento.

Este tipo de organizaciones, para ser eficientes, es decir, para responder a sus objetivos estratégicos, necesitan una estructura organizativa —ampliamente analizada— cuyas características las sitúan en cabeza del desarrollo y maduración organizativos. Se trata de una situación paradójica si tenemos en cuenta que son precisamente las organizaciones sanitarias las que, en términos generales, mantienen unas estructuras más tradicionales y menos permeables a la evolución organizativa que ha ido teniendo lugar a lo largo del tiempo.

En este sentido, es importante introducir en el debate sobre el gobierno de las organizaciones sanitarias las implicaciones que se derivan de su naturaleza como organizaciones del conocimiento. La eficiencia de las organizaciones del conocimiento requiere una estructura organizativa que comprometa a los profesionales dándoles responsabilidad, tanto en la dirección estratégica como en el diseño e implantación de los flujos

²⁵ «...for if clinical governance is to be successful it must be underpinned by the same strengths as corporate governance: it must be rigorous in its application, organisation-wide in its emphasis, accountable in its delivery, developmental in its thrust, and positive in its connotations» Traducción del autor.

CUADRO 2.7 Una buena «conducción» según la Organización Mundial de la Salud

1. **Generar inteligencia.** Identificar e interpretar la información apropiada. En el caso de la sanidad, la OMS sugiere los siguientes campos: tendencias presentes y futuras de los sistemas sanitarios (gasto, desigualdades, recursos humanos, grupos de riesgo, diseño organizativo, entre otros); conocer los actores y factores importantes como, por ejemplo, los pacientes; conocer las políticas factibles analizando las experiencias internacionales.
2. **Formular una política estratégica.** Proporcionar un sentido claro de la dirección estratégica que se toma. Los objetivos deben ser a medio y largo plazo y articulados entre sí. Los papeles de los actores que participan en la política deben estar claramente definidos. Se debe determinar el diseño institucional y los instrumentos necesarios. Y es necesario establecer sistemas de seguimiento.
3. **Asegurar instrumentos para su aplicación.** El principal instrumento consiste en dotarse de poderes o competencias (regulación, sanción e incentivos) y ejercerlos.
4. **Crear y mantener relaciones.** Son muchos los actores que influyen en la sanidad y, por tanto, un gobierno no puede actuar solo; necesita establecer redes entre ellos (asociaciones de consumidores, otros ministerios, empresa privada, gobiernos locales...).
5. **Mantener la coherencia entre los objetivos políticos y la estructura organizativa.** Un buen gobierno debe garantizar que la configuración del sistema sanitario refleje los objetivos políticos con conexiones y líneas de comunicación claras. La cultura de la organización también debe ajustarse a los objetivos.
6. **Asegurar la responsabilidad, la receptividad y la protección del consumidor.**

de trabajo y las actividades. Por el contrario, en las organizaciones jerárquicas tradicionales, es la dirección la que asume la responsabilidad de la dirección estratégica, así como del diseño operacional.

Pasar de un modelo a otro, supone una transformación profunda de la cultura, estructura y gobierno de las organizaciones y, lo que es decisivo, la definición e identificación de la responsabilidad y el riesgo de todos y cada uno de los agentes que participan en el gobierno.

La incorporación de los profesionales a la gestión de las organizaciones, asunto capital de las reformas sanitarias, se ha planteado en dos niveles: el de la participación en el gobierno de las organizaciones y el de la participación en el marco del gobierno clínico. El gobierno clínico se propone como un marco organizativo óptimo en el que converge la buena práctica asistencial con las buenas prácticas de gestión en el punto donde se «toca» al paciente. Si la estrategia de desarrollo de la gestión clínica está bien diseñada y es coherente, se abre un espacio innovador y con considerable repercusión potencial en la eficiencia global de la organización.

Uno de los rasgos que llaman la atención sobre la estrategia de implantación de la gestión clínica en España es su falta de adecuación a la estructura organizativa existente, difícilmente compatible con los principios que la inspiran y con la cultura y estructura organizativa necesaria para su viabilidad.

La gestión clínica, como modelo de gobierno interno, tiene que ir ligada a un proceso evolutivo de la organización, que implica cierta maduración de la gestión por objetivos, y una transformación de sus formas de operar. Si no se tiene en cuenta que es necesaria la transformación del marco global de la organización, se corre el riesgo de dar falsas expectativas a los profesionales, además de «quemar» el proceso y a las vanguardias que lo encabezan.

Aunque en España este debate ha impregnado el pensamiento sobre la sanidad, no ha causado el mismo impacto sobre la estructura de las organizaciones. Son muchas las razones que explican este hecho, y entre ellas cabe destacar el propio modelo organizativo, la cultura administrativista y el marco de relaciones que establece la función pública vigente. En el sistema sanitario español el debate sobre las formas de gobierno ha formado parte de otro debate: el de las formas de gestión. Posiblemente, como se ha señalado antes, el profundo arraigo de la cultura administrativa, centrada en la «gestión del proceso administrativo» más que en la prestación del servicio a los ciudadanos, hace difícil introducir cambios reales en la organización y gestión de los hospitales públicos y en su gobierno.

El Real Decreto 29/2000, de 14 de enero, sobre nuevas formas de gestión del Instituto Nacional de la Salud, cerró un proceso iniciado con la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión. El objetivo de este decreto era otorgar personalidad jurídica a los centros prestadores de servicios, así como desarrollar y delimitar la creación, organización y competencias de cada nueva forma gestora: fundaciones, consorcios, sociedades estatales, fundaciones públicas sanitarias y demás formas admitidas en derecho público.

Tal como expone Francisco Alfonso Ferrándiz Manjavacas en *«Comentarios y reflexiones en torno al Real Decreto 29/2000, sobre nuevas formas de gestión del Instituto Nacional de la Salud»*, en cuanto al gobierno de las organizaciones, el decreto crea un órgano de gobierno colegiado y una Dirección-Gerencia, que queda establecida como el órgano superior de dirección del centro. En cada centro se crea una Comisión de Dirección, presidida por el director gerente, quien es designado y cesado libremente por el órgano de gobierno correspondiente, excepto en las fundaciones públicas sanitarias, en las que esta competencia la conserva la Presidencia Ejecutiva del Insalud. El resto de los directivos son nombrados y destituidos por el órgano de gobierno, a propuesta del director gerente. En definitiva, como subraya el autor, se mantiene una clara tutela sobre las fundaciones públicas sanitarias, que se ejerce mediante la discrecionalidad en el nombramiento y cese de sus directivos.

El Real Decreto da entrada a los nuevos agentes (ciudadanos y clínicos) mediante la creación de dos órganos de participación: la Comisión de Participación y Garantías de los ciudadanos y la Junta Asistencial. Igualmente, se prevé que en los centros hospitalarios exista una Comisión Clínica y una Comisión de Cuidados, manteniéndose diferenciadas las dos esferas de poder profesional: los médicos y la enfermería.

Al margen de las peculiaridades de cada forma de gestión y de sus respectivos modelos de gobierno, como señala el autor, la clave es que las nuevas formas de gestión están sujetas al sistema de reclamación por daños y perjuicios dispuesto en la Ley 30/1992 de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común y por sus normas de desarrollo, por lo que las reclamaciones de los interesados se dirijan al Insalud. Esto significa que las organizaciones y sus directivos no son «responsables» de sus prácticas de gestión, siendo inexistente el riesgo individual.

Este lastre estructural impide la entrada efectiva de otros agentes y valores sociales y potencia un «miedo cultural» al cambio que hace todavía más impermeable el sistema y sus organizaciones. En consecuencia, un debate de tanto calado como el del gobierno de las organizaciones sanitarias se ha planteado, básicamente, en términos de diseño de organigramas, al margen del gran debate estratégico, todavía pendiente.

El diseño de los organigramas hospitalarios ha intentado responder a los intereses de los agentes tradicionales, estableciendo líneas de mando pero sin entrar en aspectos clave como la responsabilidad y el riesgo. Se trata de una posición que, por otra parte, no suele satisfacer a ninguno de los agentes involucrados.

No es menos cierto que, tal como se pone de manifiesto en la legislación citada, se han creado espacios para la incorporación de nuevos agentes, pero el inmovilismo institucional es grande, y sigue marcado por una mentalidad en la que los intereses de los agentes tradicionales dominan sobre los intereses de los pacientes. El resultado es el mantenimiento de estructuras organizativas y «formas de hacer» ineficientes, con un impacto evidente en el proceso asistencial y un considerable despilfarro de recursos en el conjunto del sistema.

Como se ha indicado, aunque es cierto que en el debate teórico, o en el espíritu de la ley, se introducen algunos de los principios de más reciente aparición, no es menos cierto que, en la práctica, éstos se distorsionan y acaban como enunciados desnaturalizados, difícilmente comprensibles y con contradicciones importantes. Esta incoherencia entre teoría y práctica crea un marco organizativo confuso que, en términos reales, poco se diferencia de los modelos más tradicionales de gestión y gobierno, y que ancla a las organizaciones sanitarias en un *statu quo* inmovilista y poco satisfactorio para todos los implicados.

Por unas razones u otras, lo cierto es que en la actualidad la dirección estratégica del Sistema Nacional de Salud, y la adaptación consecuente con la dirección estratégica de las organizaciones sanitarias y de sus servicios asistenciales, se enfrenta a desafíos importantes cuya resolución aportará mayor eficiencia al conjunto del sistema y a su gobierno.

La efectiva incorporación a los valores tradicionales del sistema (la libertad de pago en el momento de uso, la equidad y universalidad, del valor de la «calidad técnica y de servicio»), entraña un proceso de transformación en la cultura, la organización y el gobierno de las organizaciones sanitarias.

Aspectos clave, como situar al paciente en el centro del proceso de toma de decisiones y rediseñar los procesos organizativos de acuerdo con las necesidades derivadas de un proceso de diagnóstico y tratamiento eficiente, implican una transformación profunda en la cultura de gobierno de las organizaciones. En esta nueva cultura, las necesidades de los pacientes y las que se derivan de la calidad del proceso asistencial se anteponen a los intereses de grupo de los agentes tradicionales: gestores, médicos, enfermeras, etcétera.

Cuando la sociedad «mira» a los sistemas y organizaciones sanitarias, y les exige transparencia, responsabilidad y eficiencia, se desencadena un proceso que obliga a una revisión estratégica, y en consecuencia a la redefinición de sus órganos de gobierno, con un solo objetivo: responder con más eficiencia a su función social. Se trata de un proceso que enriquece al conjunto de la sociedad, y no sólo al sector sanitario, en este caso, y que actúa como motor de la evolución y maduración de sus organizaciones.

Nos encontramos, por tanto, frente a un profundo proceso de cambio que desplaza poderes, los redefine, introduce intereses nuevos desplazando a otros y, en definitiva, cristaliza en un nuevo equilibrio de intereses y poderes internos y externos.

Existen experiencias notables en países como el Reino Unido, Nueva Zelanda o Australia, dedicados a la reingeniería de sus políticas sanitarias, para centrarlas en las buenas prácticas profesionales. Estas experiencias revisten un interés incuestionable al abordar este proceso. Igualmente, en España, las organizaciones que están desarrollando una nueva cultura de servicio centrada en la calidad del proceso asistencial, constituyen una referencia de gran valor para el conjunto del sistema y ofrecen nuevas fórmulas de gobierno que es importante conocer y valorar.

En resumen, puede afirmarse que si bien es cierto que en el conjunto del sistema sanitario español existe un debate sobre el marco de gestión de los centros sanitarios públicos y sobre su gobierno, no es menos cierto que los aspectos decisivos de la gobernabilidad están todavía pendientes. Parece que el gobierno corporativo puede ser un

referente válido para el buen gobierno de los hospitales, pero su viabilidad pasa, necesariamente, por la definición de los aspectos que lo configuran: descentralización, coordinación, responsabilidad e incentivos. Estos aspectos son, hoy por hoy, un asunto pendiente que es necesario abordar.

BIBLIOGRAFÍA

- ALFONSO FERRÁNDIZ F. Las Fundaciones como nuevas formas de gestión eficiente. Ventajas e inconvenientes respecto al modelo tradicional de gestión. *Revista de Administración Sanitaria*, enero/marzo, 1999.
- ALLEN P. Accountability for Clinical Governance: developing collective responsibility for quality in primary care. *British Medical Journal*; 321: 608-11, 2000.
- AYRES PJ, WRIGHT J, DONALDSON LJ. Achieving clinical effectiveness: the new world of Clinical Governance. *Clinician in Management*; 7: 106-111, 1998.
- BAKER R, LAKHANI M, FRASER R, CHEATER F. A model for Clinical Governance in primary care groups. *British Medical Journal*; 318: 779-83, 1999.
- BECHER E, CHASSIN MR. Improving quality: minimizing error, making it happen. A five point plan and why we need it. *Health Affairs*; 20(3): 68-81, 2001.
- BELENES R. El proceso de modernización del SNS. Nuevos modelos de organización y gestión para la provisión de servicios sanitarios públicos. Documento no publicado elaborado para el Instituto de Empresa, 1997.
- BLACK N. Clinical Governance: fine words or action? *British Medical Journal*; 316: 297-298, 1998.
- CARRETERO ALCÁNTARA, L. Herramientas para la gestión clínica. *Gestión Hospitalaria*; 11 (1): 15-21, 2000.
- CALDWELL C. (Ed.) The Handbook for Managing Change in Health Care. *ASQ Health Care Series*, 1998.
- CAMPBELL H, HOTCHKISS R, BRADSHAW N, PORTEUS M. 1998 Integrated Care Pathways. *British Medical Journal*; 316(10):133-37. Citado por D. Hands 1999.
- CARRERAS VIÑAS M, CARAMÉS BOUZAN J. Gestión clínica: posibles implicaciones para enfermería. *Gestión Hospitalaria*, 1(10):27-32, 1999.
- Comisión de las Comunidades Europeas. La «Gobernanza Europea». Un libro Blanco. Profundizar en la democracia de la Unión Europea. Bruselas. COM 2001 428, 2001.
- Consellería de Sanidad del Gobierno de Galicia. Criterios metodológicos básicos para la puesta en marcha de un proyecto de gestión clínica. Documento Online, 2002.
- COSIALS I PUEYO D. La empresa de servicios: hospital. *Gestión Hospitalaria*, 1(10); 33-38, 1999.
- COUNCH JB. Whiter Disease management? *Health measures*, 1997; nov. pp. 28-35. Citado por R. Gálvez, 1997.
- Cuadro del folleto del Insalud explicativo de las nuevas formas de gestión, publicado en enero de 2000.
- CURIE LV. Managed care: what is it? *Journal of Integrated Care*; 2: 72-77, 1998.
- DAFT RL. *Organization Theory and Design*, 5.ª edición, West Publishing Company, 1995.
- DAVIES C, WALLEY P. Clinical Governance and operations management methodologies. *International Journal of Health Care Quality Assurance*; 13/1, 21-26, 2000.
- DEGELING PJ, HILL M, KENNEDY J. Change implications of Clinical Governance. *Clinician in Management*; 8: 220-226, 1999.
- Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Gestión Clínica. Gobierno Vasco, 1997.
- Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Plan Estratégico Osakidetza - Servicio Vasco de Salud 1998-2002. Gobierno Vasco, 2002.
- Department of Health. *Working for Patients. White Paper*. HMSO, Londres, 1989.
- Department of Health. *Competing for Quality. White Paper*. HMSO, Londres, 1991.
- Department of Health. *The new NHS: modern, dependable*, Londres, HMSO, 1997.
- Dirección General de Organización y Planificación Sanitaria. Áreas Clínicas Hospitalares del Insalud, Marco de Referencia. Enero 1999. SGO 8 doc 22/01/1999, 1999.
- DONABEDIAN A. *La calidad de la atención médica: Definición y métodos de evaluación*. La Prensa Médica Mexicana, SA, 1984.
- EID F. *Understanding good Institutional design in hospital corporatization: A decision rights approach*. Economic Research Fund for the Arab Countries, Iran and Turkey. Working Paper 2028, 2000.
- EID F. Hospital Governance and incentive design: The case of corporatized public hospitals in Lebanon. World Bank Research Project: Analyzing Problems in Public Hospital Corporatization Using information economics. Working Paper 2727, 2001.
- FERRÁNDIZ MANJAVACAS FA. Comentarios y reflexiones en torno al Real Decreto 29/2000, sobre nuevas formas de gestión del Instituto Nacional de la Salud. *Revista de Administración Sanitaria*. Vol. IV, Núm. 14, 2000.
- FLANAGAN JC. The critical incident technique. *Psychology Bulletin*; 51: 327-58, 1954.
- FREIRE JM. Fundaciones sanitarias públicas, comentario y propuestas alternativas. *Revista de Administración Sanitaria*, Enero/marzo de 1999, 1999.
- GÁLVEZ R. Texto para el curso de Experto Universitario en Gestión de Unidades Clínicas (Modulo sobre desarrollos organizativos, tema Unidades clínicas gestión operativa e instrumentos de práctica clínica.

- GARCÍA R, SÁNCHEZ A, POVEDA JL, ROVIROSA J, MARTÍN E. Gestión clínica y uso racional del medicamento. *Gestión Hospitalaria*, 3 (12): 121-128, 2001.
- GENÉ BADIA J, MARZO CASTILLEJO M. Divisió D'Atenció Priària, Institut Català de la Salut. Fulls Econòmics del sistema sanitària, n.º 37, septiembre 2003.
- GOODMAN N. Clinical Governance. *British Medical Journal*, 317: 1725-27, 1998.
- GRIFFITHS, R. NHS Management Inquiry. Department of Health and Social Security. Londres, 1983.
- GUERRERO FERNÁNDEZ M, ALFONSO SÁNCHEZ JL, BIXQUERT MONTAGUD V, FERRÁNDIZ GOMIS R. Las premisas para la gestión clínica. *Gestión Hospitalaria*, 3(12): 150-154, 2001.
- HALLIGAN A, DONALDSON LJ. Implementing Clinical Governance: turning vision into reality. *British Medical Journal*; 322: 1413-7, 2001.
- HAMPTON JR. The end of clinical freedom. *British Medical Journal*; 287; 1237-8, 1983.
- HANDS D. *Integrated Care and Clinical Governance en Clinical Governance. Making it happen*. M. Lugin y J. Secker (Eds.), Royal Society of Medicine Press, Londres, 1999.
- HARRISON S, POLLITT C. *Controlling Health Professionals: The Future of Work and Organization in the NHS*. Open University Press, 1994.
- HATCHER PR. Managed care: principles and practice in the NHS. *Journal of Integrated Care*, 3: 121-135, 1999.
- HOPKINSON RB. Clinical Governance: putting it into practice in an acute trust. *Clinician in Management*; 8: 81-88, 1999.
- HUNTER DJ, FAIRFIELD G, SEMPLE PIGGOT C. Managed care: background and overview. *Journal of Integrated Care*; 3: 111-120, 1999.
- HUWS R. Implementing Clinical Governance. *Clinician in Management*; 9: 39-43, 2000.
- Informe sobre el Sistema Nacional de Salud del Congreso de los Diputados («Informe Abril» 1988). Insalud. Plan Estratégico del Insalud, Madrid, 1998.
- JAMES AJB. Clinical Governance and mental health: a system for change. *Clinician in Management*; 8: 92-100, 1999.
- JEFFERY R. The public management of the quality of clinical care. *Clinician in Management*; 10: 9-11, 2001.
- JIMÉNEZ PALACIOS A. «El Plan Estratégico del Insalud: continuidad o reforma». *Revista Administración Sanitaria*. Abril/junio, 1998.
- JONES G. Clinical Governance: a customization of corporate principles. Will it work? *Clinician in Management*; 8: 89-91, 1999.
- KENNEDY I. Secretary of State for Health «The Report of the Public Inquiry into children's heart surgery at the Bristol Royal Infirmary 1984-1995. Learning from Bristol» Presentado al Parlamento Británico en julio 2001, 2001.
- LAWRENCE D. Implementing Clinical Governance into primary care through critical incident analysis. *Clinician in Management*; 8: 130-134, 1999.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (BOE n.º 101, 29-Abr-1986).
- Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud (BOE n.º 100, 26-Abr-1997).
- LÓPEZ ARBELOA P. Gestión Clínica: de la práctica clínica a la gestión de los recursos. *Gestión Hospitalaria*; 11(1): 22-28, 2000.
- LUGON M, SECKER-WALKER J. Clinical Governance. Making it Happen. Royal Society of Medicine Press, Londres, 1999.
- MADHOK R. Implications of US Managed Care for the British NHS: a personal view. *Journal of Integrated Care*; 3: 93-99, 1999.
- MALCOM L, MAYS N. New Zealand's independent practitioner associations: a working model of Clinical Governance in primary care? *British Medical Journal*; 319:1340-2, 1999.
- MAXWELL R. «Dimensions of quality revisited: From thought to action». *Quality in Health Care*; 1:171-177, 1992.
- MYLES S, WYKE S. Primary care organizations in the «New NHS»: promoting primary Managed Care? *Journal of Integrated Care*, 4: 87-94, 2000.
- National Health Service Executive. A First Class Service – Quality in the new NHS. White Paper. Londres, HMSO, 1998.
- NORRIS AC. Care pathways and the new NHS. *Journal of Integrated Care*; 2: 78-83, 1998.
- NÚÑEZ FEIJOO A. El Plan Estratégico del Insalud. *Revista Administración Sanitaria*. Abril/junio de 1998, 1998.
- NÚÑEZ FEIJOO A. Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud. *Revista de Administración Sanitaria*. Enero/marzo de 1999, 1999.
- OCDE. Principios de la OCDE para el buen gobierno de las sociedades. OECD Publications Service, 1999.
- Organización Mundial de la Salud. The world health report 2000. Health systems: improving performance. Geneva, World Health Organization, 2000.
- Organización Mundial de la Salud. The principles of quality assurance. Copenhagen: WHO, (Report on a WHO meeting), 1983.
- PACKWOOD T, KEEN J, BUXTON M. «Process and structure: resource management and the development of sub-unit organisational structure», Health Services Management Research, 5 (1), 1992.
- PAJEJO, LOBO F, VAZQUEZ M. «La organización de los servicios públicos sanitarios» Madrid. Marcial Pons, 200f.
- PÉREZ DÍAZ V. Estudio sobre la legitimidad y eficacia: tendencias de Cambio en el Gobierno de las Empresas. ASP Research Paper 28 (a)/1999, 1999.
- PÉREZ LÁZARO JJ., PÉREZ COBO G, GARCÍA ALEGRÍA J, Díez GARCÍA F. Futuro de la Gestión Clínica. *Gestión Hospitalaria*; 11 (1): 22-28, 1999.
- «Plan Estratégico: Libro azul». El 21 de febrero de 1998 el Insalud presentó oficialmente su Plan Estratégico para los próximos cuatro años.
- Real Decreto 29/2000, de 14 de enero, sobre nuevas formas de gestión del Instituto Nacional de Salud. (BOE n.º 21, 25-Ene-2000).
- Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud. (BOE n.º 91, 16-Abr-1987).
- REDFERN N, BYNOE G, CONNOR M, O'HALLORAN C, POKORA J. Individual doctors and Clinical Governance – achieving an appropriate balance of support

- and challenge in hospital medicine. *Clinician in Management*; 9: 169-176, 2000.
- Report of a Study Group Chaired by Sir Richard Grenbury. Director's Remuneration, 1995.
- ROBINSON R. Competition and Health Care: A Comparative Analysis of UK Plans and US Experience Research Report. King's Fund Institut, 1990.
- ROSEN R. Improving quality in the changing world of primary care. *British Medical Journal*; 321: 551-4, 2000.
- ROSLEFF F, LISTER G. European healthcare trends: towards managed care in Europe. Coopers & Lybrand Europe Limited, 1995.
- Royal College of Nursing. Guidance for nurses on clinical governance.
- SÁNCHEZ-CARO J. Régimen jurídico de las nuevas formas de gestión en la Sanidad Española. En: *Derecho Médico. Tratado de Derecho Sanitario*, L. Martínez-Calcerrada y R. De Lorenzo y Montero (Eds.), Colex Editorial, 2001.
- SCALLY G, DONALDSON LJ. Clinical Governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *British Medical Journal*; 317: 7150, 1998.
- SCOTLAND A. Clinical Governance and the drive for quality in the new NHS in England. *British Medical Journal*; 317: 7150, 1998.
- Secretary of Stat for Health. A Service with ambitions. Department of Health, Londres, HMSO.
- Servicio andaluz de Salud. 1999) Plan Estratégico: una propuesta de gestión pública diferenciada, Sevilla, 1996.
- SMITH N, CHANTLER C. «Partnership for progress», Public Finance and Accountancy, pp. 12-14 (Citado por Harrison y Pollitt, 1994), 1987.
- SMITH R. All Changed, changed utterly. *British Medical Journal*; 316: 1917-1918, 1998.
- The Enciclopedia about Corporate Governance en la página web: <http://www.encygov.com>.
- The National Academy of Sciences. «To Err is Human: building a safer environment», 2001.
- Tratado de la Unión Europea, firmado en Maastricht, 7 de febrero de 1992.
- TRAVIS P, EGGER D, DAVIES P, MECHBAL A. Towards better stewardship: concepts and critical issues. WHO/EIP/DP 02.40, 2002.
- VINCENT C. (Ed) Clinical Risk Management. Londres. BMJ Publishing Group. Citado por D. Hands 1999), 1995.
- WALSHE, K. Clinical Governance: a review of the evidence. Birmingham Health Services Management Centre, University of Birmingham, 2000, 2000.
- WATTIS J, MCGINNIS P. Clinical Governance: making it work. *Clinician in Management*; 8: 12-18, 1999.
- West Midlands Public Health Group 2002) Applying the principles of Clinical Governance and controls assurance to the work of the West Midlands Public Health Group. En la página web: <http://www.doh.gov.uk/dhsc/wmphg/annex5.htm>.
- WRIGHT L, BARNETT P, HENDRY C. Clinical leadership and Clinical Governance: A review of developments in New Zealand and Internationally. Report commissioned by the Clinical Leaders Association of New Zealand for the Ministry of Health, 2001.

CAPÍTULO 3

El jefe de servicio ante el derecho

Javier Sánchez Caro

Introducción ■

La relación médico-paciente: una nueva cultura ■

La moderna ley sobre autonomía del paciente ■

Disposiciones administrativas específicas que hacen referencia a las relaciones de trabajo de los jefes de servicio ■

Disposiciones de carácter estatutario aplicables a todo el Sistema Nacional de Salud

Disposiciones de carácter estatutario aplicables a diferentes Comunidades Autónomas en relación con los jefes de servicio

Los jefes de servicio y la responsabilidad: conocimientos genéricos

Diferentes clases de responsabilidad

Algunas conclusiones sobre estas clases de responsabilidad

Los jefes de servicio y la responsabilidad: conocimientos específicos

En el ámbito de la responsabilidad civil

En el ámbito de la responsabilidad penal

Bibliografía ■

Introducción

La relación médico-paciente, la llamada relación clínica, responde a un ambiente de confidencialidad en el que es muy difícil la inclusión de otros factores personales. Desde luego, en el proceso histórico a través del cual se llevó a cabo la interacción terapéutica, casi no tuvo importancia la intervención de otros profesionales, ya que la figura del médico ocupó un lugar preponderante, que apenas dejaba espacio para la colaboración de otras personas. Puede decirse, en consecuencia, que dicha relación clínica estaba dotada de una grandeza y de una servidumbre históricas: grandeza, en cuanto que la intervención del profesional sanitario no estaba mediatizada por ningún elemento externo; servidumbre, en cuanto que dicha forma de actuación profesional llevaba consigo una exclusiva responsabilidad individual. Tales características tienden a difuminarse, aunque sin perder su primitiva sustancia, cuando la medicina adquiere su mayoría de edad, se convierte en un hecho científico y exige la comparecencia en el acto terapéutico de una serie de profesionales como condición necesaria para el acto sanitario. Surge así lo que hoy en día conocemos como la medicina en equipo, esto es, la obligada presencia de diversos profesionales, cada vez en mayor número, para el logro del acto curativo, bien sea mediante una actuación simultánea o bien mediante una actuación sucesiva. Dicha forma de ejercicio profesional se desarrolla, a veces, en una relación vertical (en el ejemplo clásico, el cirujano frente al resto de los auxiliares en la intervención quirúrgica), y otras veces en una relación horizontal (el cirujano frente al anestésico u otros médicos que tienen el mismo rango). Y así como en la medicina tradicional las labores de coordinación, o de mantenimiento del secreto, eran relativamente sencillas, hoy nos encontramos ante una situación mucho más compleja, en la que los problemas que pueden afectar al paciente responden a un proceso asistencial de carácter multifactorial y con intervención de varios profesionales en áreas completamente distintas (desde la medicina de urgencias hasta el área de atención primaria, pasando por el sofisticado mundo hospitalario). En esta nueva forma de actuar, las labores de dirección, planificación, coordinación, liderazgo y gestión adquieren una importancia que hasta entonces no habían tenido. Esto es, requieren que una persona, desde un punto de vista jerárquico, aglutine todas las actividades necesarias e indispensables para el logro de los objetivos previstos en el ámbito asistencial correspondiente. Surge así la moderna figura del jefe de servicio, a caballo entre las funciones clínicas y las funciones gestoras, y que representa una nueva forma de hacer y de dirigir que era impensable hace treinta o cuarenta años. Ahora bien, no basta solamente con hacer hincapié en la nueva realidad económica que representa el constante crecimiento del gasto sanitario: hay que tener en cuenta, también, la irrupción de los derechos de los ciudadanos y pacientes como elemento vertebrador de la nueva relación clínico-asistencial, que ha originado el aumento del catálogo de prestaciones y una atención de mayor calidad, y que está imponiendo alternativas en la prioridad del uso de los recursos, que por principio son limitados, frente a la demanda cada vez más exigente y cuantiosa de los ciudadanos. En suma, el mundo que viene estará caracterizado por la limitación de los recursos, frente a una imparable demanda de éstos, y en consecuencia, la prioridad y las alternativas (la Bioética y el Derecho sanitario, en cuanto formas de establecer y de solucionar los conflictos sobre los valores y los bienes de la salud) serán los ejes inevitables de los sistemas sanitarios públicos y, también en gran medida, de los sistemas sanitarios privados.

En el presente trabajo no se abordan las cuestiones globales que han sido mencionadas, relativas a la determinación, individualidad y caracterización del jefe de servicio, como responsable del control permanente de la calidad del servicio en su área; ni su necesario liderazgo para dirigir a otros profesionales cualificados; tampoco se tratará la cooperación con otros servicios, tanto del área de urgencias como de la de aten-

ción primaria o especializada; ni la visión global que corresponde al director de un ámbito tan importante como el que presentamos (asistencial, docente, investigadora y de gestión). Se trata, más bien, de abordar la esfera de su responsabilidad ante el Derecho en su más amplia acepción (responsabilidad civil, penal, disciplinaria y deontológica), sin olvidar la repercusión que su quehacer tiene en el campo de la llamada responsabilidad patrimonial, que puede suponer un quebranto monetario para el patrimonio de las diferentes Administraciones Públicas (estatal, autonómica, institucional bajo cualquier fórmula de gestión, o local) y que a la postre no significa otra cosa que malbaratar los fondos públicos desviándolos de su correcta asignación.

En las páginas siguientes se analizarán, pues, los problemas derivados de la responsabilidad que la actuación del jefe de servicio entraña frente al Derecho en su más amplia acepción. Para ello se señala, en primer lugar, el cambio de la relación clínica que se está operando en el momento presente; a continuación, se reseñan las escasas disposiciones que nuestro ordenamiento jurídico ha establecido en el campo de las relaciones laborales de dicha jefatura; por último, se pasa revista a los aspectos concretos y específicos de su responsabilidad en los diferentes ámbitos jurídicos.

Conviene señalar que se trata de una labor ardua, compleja y difícil: no existe norma jurídica alguna que delimite con claridad los aspectos que aquí se estudian; tampoco contamos con estudios doctrinales que hayan abordado dichos problemas desde la perspectiva que ahora se adopta; ni siquiera en el Estatuto Marco podemos encontrar criterios que sirvan de orientación para el estudio que ahora se persigue. En resumen, nos encontramos con un problema fundamental, que debiera haber sido objeto hace mucho tiempo de la oportuna delimitación conceptual y aplicativa, y que, sin embargo, no ha merecido atención por parte de los legisladores. No obstante, hay que afirmar de nuevo que se trata de la clave de la atención sanitaria, cualquiera que sea el planteamiento que se haga de ella, pues no es posible afrontar una mínima organización sin que estén claras las diferentes responsabilidades de sus integrantes, lo que supone a su vez establecer un responsable máximo al que pueda referirse todo lo relativo a la organización de la atención sanitaria, incluida, por supuesto, la gestión correspondiente.

Se trata, sin embargo, de una jefatura que tiene unas características especiales. En primer lugar, se ejerce sobre otros profesionales (los médicos, por ejemplo) que tienen también su propia responsabilidad individual en la atención sanitaria de los pacientes (¿puede un jefe de servicio decirle a un adjunto cómo tiene que hacer las cosas desde el punto de vista asistencial?). Tal circunstancia exige una correcta delimitación de sus atribuciones, que desde luego nunca podrán contravenir los dictados de la ciencia, esto es, el estado de los conocimientos en relación con una determinada situación (este aspecto obliga mucho al jefe de servicio, desde el punto de vista asistencial, si quiere mantener una posición de liderazgo, ya que lo más importante es la correcta atención que se debe dispensar a los pacientes, fin último de la medicina). En segundo lugar, en el proceso asistencial se plantean situaciones conflictivas, para cuya resolución hay que tener conocimientos de disciplinas ajenas al mundo de la salud (no se pueden olvidar a este respecto los conflictos de valores, que estudia la Bioética, ni la posición del Derecho sanitario, que representa el sentir general de una determinada sociedad, aun en el caso de que constituya un mínimo ético). Por último, sin que esta enumeración tenga carácter exhaustivo, el carácter multidisciplinar que supone la jefatura obliga a relacionarse con otras ciencias de diferente signo (estadística, sociología, economía, gestión, biología, genética, química y otras ciencias tecnológicas) que pondrán a prueba constantemente el buen hacer del profesional que desempeña la jefatura de servicio.

A continuación intentaremos brindar algunas claves que contribuyan a entender los problemas planteados, partiendo de la nueva configuración cultural del mundo

sanitario moderno en lo referente a la relación médico-paciente. Se trata, en definitiva, de proyectar el campo del Derecho sanitario a las funciones que realiza el jefe de servicio, utilizando una suerte de microscopio jurídico, de manera que se resalten aquellos aspectos que, desde el punto de vista del Derecho, resultan de interés para su cometido. Dicho de otro modo: trataremos de mostrar todo aquello que, a nuestro juicio, es importante que conozca un jefe de servicio, a fin de que adquiera un cierto «sentido común jurídico» que le permita apreciar la existencia de un conflicto en una circunstancia dada, sin que para ello tenga que convertirse en un experto en esta disciplina.

La relación médico-paciente: una nueva cultura

Un jefe de servicio debe tener en cuenta el dinamismo cultural en el que se encuentran las sociedades modernas desde el punto de vista de la salud. En otras palabras: ha de ser consciente de la relevancia del principio de autonomía y de su exponente jurídico, que no es otro que el consentimiento informado. Existe, pues, una diferente configuración del papel que se asigna a la información y al consentimiento en la relación clínica, ya que para la ley la cuestión es muy distinta según el punto de vista desde el que se contemplan, esto es, si lo relevante de la relación es la posición del médico (o de otros profesionales sanitarios), que en virtud del principio ético de beneficencia tiene como norte el bienestar del paciente (aquí la relación se sitúa alrededor del profesional sanitario) o si, por el contrario, el eje de la relación se establece sobre la autonomía del paciente, quien, sobre la base de una información adecuada, de unos datos relevantes, queda en libertad para tomar la decisión que crea más oportuna.

Podemos decir que en el primer caso (el médico como eje de la situación) la relación se «verticaliza» (es un modelo vertical). En cambio, en el segundo caso (el paciente como elemento rector de la situación), se «horizontaliza» (es un modelo horizontal). En el primer supuesto la información pasa a un segundo plano, porque lo importante es el bienestar del paciente. La pregunta que nos podemos formular es si hay que conseguir la salud del enfermo a toda costa, siempre que sea posible, y la respuesta en este modelo debe ser afirmativa. El ejemplo clásico es el del testigo de Jehová: para salvarle la vida se le hará una transfusión, aun sin su consentimiento, en contra de su voluntad, de sus convicciones o creencias. En resumen, con esta perspectiva la información es un elemento accesorio que sólo será útil cuando necesitemos la colaboración del paciente (tomar las píldoras, no tomar determinados alimentos o bebidas, llevar cierto tipo de vida), pero que no sirve para tomar una decisión con suficientes elementos de juicio.

En el segundo supuesto (el paciente como centro de decisión), la información pasa a primer plano y sirve para que se pueda tomar una decisión con pleno conocimiento de causa. Un aspecto fundamental es el modo de informar. El modelo horizontal necesita un lenguaje comprensible, no un lenguaje hermético y accesible sólo a los iniciados. La información sirve aquí para el consentimiento, para la autodeterminación, para consolidar libremente una voluntad. En el primer modelo la información cumple fines terapéuticos, no decisorios (información terapéutica). En el segundo, permite la libre decisión (consentimiento informado). También aquí podemos hacernos la misma pregunta que en el modelo anterior. La libre decisión ¿permite el rechazo al tratamiento o negarse a uno mismo la curación? A nuestro juicio la respuesta, en términos generales, debe ser afirmativa con todas sus consecuencias (incluso en el caso de los testigos de Jehová).

Hemos dicho que el consentimiento informado descansa sobre una información comprensible. Esto significa que el lenguaje, y la comunicación en general, debe acomodarse al entorno cultural de la persona que tenemos delante. Si es un colega, el lenguaje podrá adoptar la terminología científica; pero si no lo es, deberá formularse de otra manera: de una manera aproximativa, leal e inteligible, como ha establecido hace tiempo la jurisprudencia francesa. Por ejemplo, a un conductor de autobús con dolor en la columna no se le puede decir que tiene una espondiloartrosis anquilopoyética, porque esto significaría la continuación del primer modelo por otras vías.

Todo lo dicho hasta aquí no significa que el principio de autonomía (y su versión jurídica del consentimiento informado) constituya una panacea que permita solucionar todas las posibles situaciones que surgen en la relación médico-paciente. Aun reconociendo la importancia de la información y del consentimiento, parece obligado advertir, en este momento, que la complejidad médica puede hacer que se presenten situaciones en las que el principio de autonomía no es relevante por sí solo, sino que tiene que ser objeto de ponderación junto con otros principios. Tal es el caso de la experimentación terapéutica, la investigación con y en seres humanos, y el llamado auxilio para morir.

Además de las excepciones al consentimiento informado en el tratamiento curativo estandarizado, que veremos más adelante, en la llamada experimentación terapéutica la capacidad de decisión de la persona suscita dificultades. La experimentación terapéutica es un tratamiento que, desde el punto de vista del paciente, tiene finalidad curativa, pero que objetivamente considerado tiene carácter experimental. Pues bien, dada la situación en la que se puede encontrar el enfermo (p. ej., el riesgo de morir), su voluntad puede estar condicionada por tal circunstancia, y puede él mismo ser objeto de abusos que hay que evitar, de manera que se impida que los seres humanos sean objeto de una cosificación a ultranza o víctimas de inconfesables intereses. No es otra cosa lo que nuestro ordenamiento recoge bajo la denominación de «tratamiento para uso compasivo»¹.

En definitiva, nuestras normas limitan la capacidad de decisión, en el caso del tratamiento para uso compasivo, en beneficio de la propia persona, sin dar un valor definitivo a la voluntad del paciente, pues el uso del medicamento requiere no sólo el consentimiento informado por escrito del paciente o de su representante legal, sino además un informe clínico del médico, la conformidad del director del centro donde se vaya a aplicar el tratamiento y el permiso de la autoridad administrativa sanitaria. Ahora bien, si observamos este fenómeno con atención, caeremos en la cuenta de que lo que la norma pretende no sólo es proteger a la persona enferma, sino también limitar la actuación médica, impidiendo abusos en nombre de una pretendida experimentación. El caso del médico alemán Hamer (que pretendía curar el cáncer sin utilizar los remedios científicos conocidos) puede servir como ejemplo de un supuesto inadmisibles para las reglas de orden ético que inspiran las conductas de nuestra sociedad.

En el caso de la experimentación o investigación con y en seres humanos, la autonomía tampoco es la causa decisiva para que una persona sea admitida, por ejemplo, en un ensayo clínico, tal como lo denomina nuestro Derecho, y la razón es evidente: el fin que se persigue es fundamentalmente investigador (desde el punto de vista objetivo), aunque incidentalmente pueda repercutir en favor de la persona. Nos topamos aquí con las exigencias de la ciencia y los límites razonables a esta actuación humana

¹ Artículo 23 del Real Decreto 561/1993, de 16 de abril, por el que se establecen los requisitos para la realización de ensayos clínicos con medicamentos.

legítima y necesaria que, sin embargo, no puede servir como pretexto para una extralimitación inadmisibles.

Pues bien, nuestras normas parten del respeto a los postulados éticos internacionalmente admitidos, y exigen el previo informe del comité ético de investigaciones clínicas y la autorización administrativa correspondiente. Claro está que no basta únicamente con el consentimiento informado del sujeto; se precisan, además, una serie de controles y una autorización definitiva de las autoridades sanitarias. De entre todos los aspectos citados, el comité ético se revela como el elemento más importante, ya que ha de ponderar los aspectos metodológicos, éticos y legales del protocolo propuesto, así como el balance de riesgos y beneficios².

Por último, las posibilidades de que una persona ayude a otra a morir, en el sentido de provocar la muerte en determinados casos (la eutanasia y sus problemas), es un tema controvertido en el que influyen factores de muy diversa índole (los progresos de la medicina intensiva, las convicciones religiosas, el desarrollo real del principio de autonomía del paciente en determinadas sociedades, la cultura ética y humanística de los médicos y otros profesionales sanitarios que prestan asistencia, las posibilidades o no de soportar determinados costes que parecen desproporcionados en relación con los resultados potenciales y las situaciones de marginalidad social en determinadas sociedades). Interesa, sobre todo, destacar la dificultad que supone admitir la voluntad del paciente, ya que aceptar el principio de autodeterminación supone disponer de la vida, y tal posibilidad está prohibida en principio, según el valor dado a dicho bien, que es la base sobre la que necesariamente se sustentan otros valores. No obstante, la moderna medicina permite alargar innecesariamente la vida cuando el proceso irreversible de la muerte está ya instaurado y el final de la existencia es inevitable, de suerte que la técnica puede decidir el momento en que se acaba la vida. Ello significa que la dignidad de la persona puede no respetarse en algunos casos, desde el momento en que se altera el curso natural de la muerte, incluso aunque esta forma de existencia no tenga sentido para la persona. En otras palabras, pueden darse situaciones en las que hay que protegerse frente a un alargamiento innecesario de la vida, y no sólo frente a un acortamiento prematuro. En torno a estos conflictos ha surgido el concepto de «derecho a una muerte digna» y la expresión «encarnizamiento terapéutico», términos que distan mucho de estar claros y son discutidos apasionadamente en la actualidad. Nuestro Código Penal adopta una posición intermedia en el Artículo 143, en el que, sin entrar en este momento en otro tipo de consideraciones, establece lo siguiente:

1. El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años.
2. Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona.
3. Será castigado con la pena de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte.
4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números dos y tres de este artículo.

² Art. 42 del Reglamento ya citado.

(Ha alcanzado gran notoriedad y difusión en nuestro medio el suicidio asistido del enfermo tetrapléjico Ramón Sampedro.)

La moderna ley sobre autonomía del paciente

Todas las consideraciones anteriores han cuajado en la moderna Ley sobre autonomía del paciente³, que ha adaptado la normativa española al Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina, suscrito en Oviedo el 4 de abril de 1997 y en vigor desde 1 de enero de 2000.

Dada la trascendencia de la norma citada y su importancia para el ejercicio profesional diario y para los pacientes, a los que configura como ejes de la relación asistencial, esbozamos a continuación algunos de sus aspectos esenciales.

Aplicación en todo el territorio español

Se trata de una ley básica, que abarca a los pacientes y usuarios, a los profesionales y a los centros y servicios sanitarios públicos y privados, y regula los derechos y obligaciones de todos ellos en materia de autonomía del paciente, de información y de documentación clínica.

Las Comunidades Autónomas pueden dictar disposiciones sobre dichas materias (y de hecho algunas de ellas ya las habían dictado). No obstante, las disposiciones autonómicas que pudieran contradecir los preceptos de la ley básica habrán de entenderse sin efecto desde la entrada en vigor de ésta (a partir del 16 de mayo de 2003), en la medida en que no puedan interpretarse conforme a ella.

Consentimiento informado

El punto de partida de la norma es el de que, con carácter general, toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere el previo consentimiento de los pacientes o usuarios, otorgado después de recibir una información adecuada.

A diferencia de la Ley General de Sanidad de 1986, que colocaba en el mismo plano el consentimiento verbal y el escrito (igual que la información), la nueva ley determina que, con carácter general, el consentimiento (y la información) será verbal; como excepción, deberá ser por escrito para las intervenciones quirúrgicas, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, la aplicación de procedimientos que supongan riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente (sin perjuicio, claro está, de ciertas excepciones: riesgo para la salud pública, urgencia, minoría o incapacidad, necesidad terapéutica y renuncia en los términos que se expondrán en su momento).

En los casos necesarios (incapacidad de hecho o de derecho) el consentimiento se otorgará por representación.

Autonomía de la voluntad

La norma establece que el paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles y, ade-

³ Nos referimos a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, de aplicación a todas las Comunidades Autónomas, al ser, como su nombre indica, una ley básica del Estado.

En relación con estas cuestiones se puede consultar la siguiente bibliografía: Javier Sánchez-Caro, Fernando Abellán, *DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES, Ley 41/2002, de 14 de noviembre: consentimiento informado, historia clínica, intimidad e instrucciones previas*. Editorial Comares, Granada 2003. Asimismo, Jesús Sánchez-Caro, Javier Sánchez-Caro, *El consentimiento informado en psiquiatría*, Editorial Díaz de Santos, Madrid 2002.

más, a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la ley, debiendo constar su negativa por escrito.

Obligación de colaboración del paciente

Se proclama igualmente en la ley básica el deber de los pacientes o usuarios de facilitar los datos sobre su estado físico o salud de manera leal y verdadera, así como de colaborar en su obtención, especialmente cuando sean necesarios por razones de interés público o por motivo de la asistencia sanitaria. Es ésta una novedad de la ley, que contempla los citados deberes para los pacientes como consecuencia de que el Sistema Nacional de Salud responde a un interés público que tiene exigencias concretas: investigación, colaboración con las autoridades judiciales y administrativas de todo orden, planificación de la política sanitaria, elaboración de tasas de prevalencia de enfermedades en la sociedad para funciones preventivas, defensa de la salud de la población y otras.

Obligación específica de información y documentación clínica de los profesionales sanitarios

Sobre este particular debe recordarse que nuestro Tribunal Supremo (Sala de lo Civil) viene considerando desde hace tiempo la obligación de informar al paciente, o en su caso a sus familiares, como un elemento esencial de la *lex artis* médica, o lo que es lo mismo, del correcto actuar de los facultativos, cuya transgresión puede dar lugar a una condena indemnizatoria.

Reserva debida y secreto profesional

La ley básica establece que toda persona que elabore o tenga acceso a la información y documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida y el secreto profesional.

Desde el punto de vista de los pacientes, la norma dispone que toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la ley.

La responsabilidad de informar

Según la ley, dicha responsabilidad incumbe al médico responsable del paciente, sin perjuicio de la que corresponde también al médico que practica la intervención diagnóstica o terapéutica respecto de las especificaciones adecuadas sobre la técnica concreta. Otros profesionales sanitarios, tales como los profesionales de enfermería, pueden y deben participar en el proceso de información clínica del paciente, aunque dentro del ámbito de su función propia en el proceso de atención.

Titular del derecho a la información y límites al citado derecho (la necesidad terapéutica)

La norma es muy clara al respecto y dispone que el titular del derecho a la información es el paciente, aunque admite la posibilidad de que sean también informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida en que el paciente lo autorice de manera expresa o tácita. En el caso de los incapaces se informará a su representante legal.

En caso de necesidad terapéutica, es posible limitar la información para no perjudicar al paciente. Se admite, en consecuencia, la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente cuando, por razones objetivas, el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave. Se trata de casos en los que el paciente no podría soportar la información, ya que ésta provocaría que se agudizara su padecimiento (no debe confundirse la necesidad terapéutica con el pronóstico fatal ni con las situaciones de urgencia).

El derecho a no ser informado

La renuncia a ser informado, expresa o tácitamente, mediante hechos concluyentes, es admitida por la ley como un supuesto de excepción o límite efectivo al deber de informar del médico. Dicha situación no tiene por qué suponer un obstáculo para la validez del consentimiento dado en relación con una intervención determinada. No obstante, la ley básica contempla límites al derecho a no saber, ya que pueden producirse también situaciones de conflicto entre el derecho a no saber y el interés de la propia salud del paciente o de un tercero. Así, en algunos casos puede ser de vital importancia para el paciente conocer ciertos aspectos relativos a su salud, aun cuando haya expresado su deseo de no conocerlos. Por ejemplo, el saber que tiene una predisposición a cierta enfermedad puede ser la única forma de que pueda tomar medidas preventivas. Estaríamos hablando en estos supuestos de una verdadera exigencia terapéutica.

Al mismo tiempo, determinados aspectos de la salud de una persona que ha manifestado su deseo de no conocerlos, pueden ser de especial importancia para una tercera persona o para la colectividad, como ocurre cuando el paciente padece una enfermedad transmisible. Como ejemplo puede citarse el caso de los pacientes con tuberculosis bacilífera, que cuando tosen envían al aire bacilos tuberculosos que pueden ser aspirados por las personas que están en su círculo más cercano, a las que les contagia de esa forma la enfermedad.

Se trata en definitiva de supuestos en los que el derecho del paciente a no saber debe ceder para salvaguardar otros derechos a los que el legislador confiere mayor relevancia.

Historia clínica

La ley básica afirma que todo paciente o usuario tiene derecho a que quede constancia, por escrito o en el soporte técnico más adecuado, de la información contenida en todos sus procesos asistenciales, tanto en el ámbito de atención primaria como en el de atención especializada, y siempre que se trate de información trascendental para el conocimiento veraz y actualizado de su estado de salud. Dicha información debe incorporarse a la historia clínica. Además, la ley fija el contenido mínimo de la información, y subraya su finalidad principal, que no es otra que facilitar la asistencia sanitaria, dejando constancia de todos aquellos datos que, bajo criterio médico, permitan el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente.

La ley establece las finalidades concretas a las que puede servir la historia clínica, y determina que puede ser usada:

- Por el paciente, que tiene un derecho de acceso a la historia clínica con determinadas reservas (en particular, no tiene acceso a los datos incorporados a la historia clínica por terceros en interés terapéutico del paciente ni a las anotaciones subjetivas que pueda hacer el médico en un momento determinado, siempre, claro está, que tengan trascendencia clínica, ya que en otro caso no deberían incluirse en el historial).
- Por los profesionales asistenciales del centro que realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente, en cuanto constituye un instrumento fundamental para la adecuada asistencia.
- Para fines judiciales, epidemiológicos de salud pública, de investigación o de docencia, con dos matizaciones importantes: la primera que, siempre que sea posible, se garantice el anonimato (salvo que el propio paciente dé su consentimiento), separando los datos de identificación personal del paciente de los de carácter clínico-asistencial. Se exceptúan los supuestos de investigación de la autoidad judicial en los que se considere imprescindible la unificación de los datos

identificativos con los clínico-asistenciales, en los cuales se estará a lo que dispongan los jueces y tribunales en el proceso correspondiente. En segundo lugar, que el acceso a los datos y documentos de la historia clínica queda limitado estrictamente a los fines específicos de cada caso.

- Por el personal de administración y gestión de los centros sanitarios, si bien sólo pueden acceder a los datos de la historia clínica relacionados con sus propias funciones.
- Por el personal debidamente acreditado que ejerza funciones de inspección, evaluación, acreditación y planificación, que tiene acceso a las historias clínicas en el cumplimiento de sus funciones.
- En todos los supuestos mencionados la norma determina que quien acceda a los datos queda sujeto al deber de secreto. La persona que vulnere el derecho a la intimidad será responsable civil o penalmente. En concreto, se castiga la vulneración de la intimidad del paciente, y el paralelo quebrantamiento del deber profesional de sigilo o reserva, con prisión por tiempo de hasta cuatro años e inhabilitación especial de hasta seis años.

Instrucciones previas

El origen histórico de las instrucciones previas (voluntades anticipadas o testamentos vitales, según diferente terminología) hay que situarlo en las directivas anticipadas (*advance directives*) provenientes del mundo angloamericano.

Según la ley, en virtud del documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en las que no sea capaz de expresarla personalmente, con respecto a los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez producido el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de sus órganos. El otorgante del documento puede designar además un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo ante el médico o el equipo sanitario con el fin de procurar el cumplimiento de las instrucciones previas.

Por tanto, la expresión anticipada de los deseos de los pacientes con respecto a una intervención médica forma parte de lo que se conoce como consentimiento informado, pues se manifiesta con antelación el asentimiento o rechazo a situaciones previsibles en las que las personas no se encontrarán en condiciones de transmitir su opinión sobre la intervención (consentimiento previo o autonomía prospectiva).

Se pueden distinguir varios períodos en el proceso de implantación de las instrucciones previas⁴:

- Un primer período prelegislativo, anterior a 1976, en el que el objetivo inicial de estas instrucciones fue dar poder al individuo sobre las condiciones de su muerte y sobre la duración de su propia vida, todo ello en el contexto del debate sobre la eutanasia.
- Un segundo período de desarrollo normativo, que comienza en 1976, cuando se promulga en California la primera ley de muerte natural, y que dura hasta 1991, cuando entra en vigor la ley federal de la autodeterminación del paciente. En esta segunda fase, la finalidad principal de las instrucciones previas pasó a ser la de ayudar a resolver los conflictos y los dilemas éticos que planteaba la retirada de tratamientos en ciertas situaciones médicas extremas.
- Un tercer período poslegislativo, iniciado en 1991, en el que, una vez conseguido un marco legislativo suficiente, los esfuerzos se vienen dirigiendo a difundir entre el

⁴ Miguel Ángel Sánchez González, profesor titular de Historia de la Medicina. *La Ley básica y las instrucciones previas*. Ponencia del Master en Derecho sanitario de la Universidad Complutense de Madrid, 26 de octubre de 2002.

público, perfeccionar y ampliar las citadas instrucciones. Es en esta tercera fase cuando las instrucciones empiezan a contemplarse como una extensión de la doctrina del consentimiento informado a todas las situaciones de incapacidad para decidir.

En definitiva, a juicio de Sánchez González se ha producido una evolución del concepto de instrucciones previas desde su fin originario, que era el de limitar la actuación médica no curativa en ciertas situaciones terminales o de inconsciencia irreversible, hasta la consideración actual de verdadera planificación anticipada de tratamientos, que pretende satisfacer las preferencias del paciente en el mayor número de situaciones y tratamientos posibles.

Por último, puede decirse que las instrucciones previas son el producto de una sociedad pluralista, que valora sobre todo la autonomía y los derechos de los individuos, y que ha impuesto un modelo médico autonomista, que supera el paternalismo médico tradicional. Pero, como indica el profesor Sánchez González, también son consecuencia de la conjugación del factor social indicado con el factor médico tecnológico, entendido este último como el progreso espectacular de la medicina, que ha desarrollado potentes tratamientos capaces de mantener funciones vitales y de prolongar la vida de los pacientes, sin que ello lleve necesariamente aparejada la curación.

Por lo demás, la ley básica dispone que no serán aplicables las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico (p. ej., no pueden incurrir en el delito de inducción o cooperación al suicidio establecido en el Código Penal), las contrarias también a la *lex artis* (concepto de elaboración jurisprudencial y que, con diferentes modalidades y matices, se encuentra en algunas leyes de las Comunidades Autónomas bajo la expresión «buenas prácticas clínicas» o «la mejor evidencia científica disponible»), ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas (p. ej., cuando los deseos se manifestaron mucho antes de la intervención y desde entonces los conocimientos científicos han avanzado, sin que el paciente haya podido prever esta situación). A los límites anteriores habría que añadir la objeción de conciencia, aunque no esté prevista por la Ley del Paciente, desde el momento en que se trata de un derecho fundamental aplicable directamente a partir de la Constitución.

Existen diferentes modelos en circulación sobre las instrucciones previas: se pueden destacar el de la asociación «Derecho a Morir Dignamente», el de la Conferencia Episcopal Española y el modelo orientativo del documento de voluntades anticipadas, elaborado por el grupo de trabajo impulsado por el Comité de Bioética de Cataluña y con la participación del Ilustre Colegio de Notarios de dicha comunidad autónoma.

Disposiciones administrativas específicas que hacen referencia a las relaciones de trabajo de los jefes de servicio

Los jefes de servicio pueden regirse por una relación administrativa pura (relación funcional), por una relación laboral (sometida, en consecuencia al Estatuto de los Trabajadores y a los convenios colectivos) o por una relación estatutaria (la más generalizada en el Sistema Nacional de Salud). Dado que las dos primeras formas son excepcionales, nos ocupamos a continuación fundamentalmente de las disposiciones dictadas en el ámbito estatutario, distinguiendo aquellas que son aplicables a todo el Sistema Nacional de Salud y aquellas que se aplican solamente a alguna comunidad autónoma.

Disposiciones de carácter estatutario aplicables a todo el Sistema Nacional de Salud

La Orden de 7 de julio de 1972, por la que se aprobó el Reglamento General para el régimen de gobierno y servicio de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social

Aunque en lo que se refiere a instituciones cerradas de la Seguridad Social dicha Orden ha sido derogada por el Real Decreto 521/87, que veremos más adelante, es interesante porque contiene un conjunto de funciones atribuibles a los jefes de servicio y ha servido de base a muchas sentencias, hasta ahora, como elemento interpretativo.

En sus artículos 71, 72 y 73 se desgranán las funciones de los jefes de servicio, de los jefes de sección y de los médicos adjuntos. Nos interesa ahora solamente la referencia explícita a los jefes de servicio, que dice lo siguiente:

- Artículo 71. Los Jefes de Servicio dependerán del Jefe de Departamento (*categoría que ya no existe más que a extinguir, en el momento actual*) en aquellos Centros en cuya estructura figure esta categoría, así como también del Director del Centro correspondiente.
- Cuando dicha categoría de Jefe de Departamento no exista en la Institución, los Jefes de Servicio dependerán de la Dirección.
- Las funciones a realizar serán las siguientes:
 - Ejercer la función rectora del Servicio, coordinando la actividad profesional de las Secciones y Unidades Clínicas que lo integran, así como la utilización de los medios materiales.
 - Asistir responsablemente a los enfermos del Servicio, lo mismo en cuanto a su atención directa como a la correcta utilización de los medios diagnósticos y terapéuticos que se les apliquen.
 - Colaborar con la Dirección de la Institución en el desarrollo de las actividades de las Secciones y Unidades Clínicas del Servicio, directamente o, en su caso, a través de la Jefatura del Departamento.
 - Proponer a la Dirección las medidas y medios precisos para el desarrollo de la labor asistencial en las Áreas de Urgencia y Consultas Externas, directamente o, en su caso, a través de la Jefatura del Departamento.
 - Participar en las reuniones generales periódicas de la Institución y del Departamento, si las hubiere, así como proponer las programaciones específicas de su Servicio.
 - En las Instituciones acreditadas, intervenir activamente en la docencia, si tiene venia docente, velando por el cumplimiento de las normas docentes en su Servicio.
 - Informar a la Dirección o, en su caso a la Jefatura del Departamento, sobre cualquier asunto relacionado con el Servicio, emitiendo informes con la periodicidad que se soliciten.
 - Formar parte de la Junta Facultativa y de las Comisiones Consultivas de la Institución según se determine en el Reglamento de Régimen Interior.
 - Informar sobre los programas de investigación de su Servicio, bien directamente o a través de la Jefatura de Departamento, para su estudio en la Comisión de Investigación.
 - Proponer las variaciones de plantilla según las necesidades de su propio Servicio.

El Estatuto Jurídico del personal médico, aprobado por Decreto 3160/1966, de 23 de diciembre⁵

A la hora de determinar las funciones de los especialistas (artículo 23) el Estatuto dice que les corresponde «la asistencia completa dentro de su especialidad de las personas protegidas por la Seguridad Social». Se configura así un deber aplicable a todos los médicos especialistas, al margen del puesto que ocupen en la organización jerárquica, por lo que también son atribuibles dichas funciones al jefe de servicio.

El Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el Insalud

En dicho Reglamento el jefe de servicio forma parte de la junta técnico-asistencial, y es objeto de algunas disposiciones específicas que afirman (Artículo 25.2) que «los responsables de los servicios médicos tendrán la denominación de Jefes de Servicio y estarán bajo dependencia inmediata del Director Médico» (aunque a veces hay subdirectores médicos), y que perfilan su contenido y funciones, si bien de manera somera, al decir (Artículo 26) que «los Jefes de las Unidades a que se refiere el artículo anterior (los Jefes de Servicio) serán responsables del correcto funcionamiento de las mismas y de la actividad del personal a ellos adscrito, así como de la custodia y utilización adecuada de los recursos materiales que tengan asignados».

La Ley 30/1999, de 5 de octubre, de selección y provisión de plazas de personal estatutario de los servicios de salud⁶

En principio, tanto la selección como la provisión de plazas del personal estatutario de los servicios de salud están sometidas a una serie de principios y criterios generales (sometimiento pleno a la ley y al derecho; igualdad, mérito, capacidad, publicidad y estabilidad; libre circulación del personal estatutario en el conjunto del Sistema Nacional de Salud; eficacia, imparcialidad y agilidad en la actuación administrativa; planificación adecuada; coordinación, cooperación y mutua información entre las distintas Administraciones sanitarias públicas y servicios de salud; participación de las organizaciones sindicales y adecuación a las funciones que se han de desarrollar en las correspondientes plazas). Además, en lo que se refiere a la provisión de puestos de jefes de servicio y de sección, establece lo siguiente (Disposición adicional undécima):

- «Los puestos de Jefe de Servicio y de Sección de carácter asistencial en las unidades de asistencia especializada [...] se proveerán mediante convocatoria pública, en la que podrán participar todos los facultativos con nombramiento como personal estatutario fijo que ostenten plaza en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad

⁵ Dicho estatuto mantiene su vigencia, en tanto se procede a la regulación correspondiente en cada servicio de salud, en lo referente a las disposiciones relativas a categorías profesionales y a las funciones de las mismas (disposición derogatoria única punto I, apartado e), en concordancia con la disposición transitoria sexta punto I, apartado b) de la ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud).

⁶ Dicha ley ha sido derogada (disposición derogatoria única punto 1, apartado c), aunque se mantienen sus principios generales por la ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

Social, mediante un proceso de selección basado en la evaluación del currículo profesional de los aspirantes y un proyecto técnico relacionado con la gestión de la unidad asistencial.

- Los aspirantes seleccionados obtendrán un nombramiento temporal para el puesto, que estará sujeto a evaluaciones cuatrienales a efectos de su continuidad en el puesto.

El Gobierno desarrollará, mediante Real Decreto, las normas contenidas en esta disposición, determinando los requisitos exigibles para participar en los procesos de provisión de este tipo de puestos, la composición de los Tribunales que hayan de juzgarlos, así como los criterios de valoración del currículo profesional y del proyecto técnico. Se regulará así mismo el sistema de evaluación, la composición de las Comisiones Evaluadoras y los criterios para llevar a cabo tal evaluación una vez concluido cada período de cuatro años, atendiendo a los principios de mérito y capacidad.

A propósito de este artículo conviene señalar lo siguiente:

- En primer lugar, el personal estatutario fijo que ostente la categoría de jefe de departamento, de servicio o de sección, por haber accedido directamente a tal categoría con anterioridad a la entrada en vigor de la Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo de 5 de febrero de 1985 (los llamados «jefes de servicio en propiedad»), podrá concurrir a los procedimientos de movilidad voluntaria previstos en la citada ley en los que se ofrezcan plazas para facultativos especialistas de la correspondiente especialidad. Ahora bien, si obtuvieran plaza en tales procedimientos recibirán nombramiento como facultativos especialistas, perdiendo definitivamente la categoría originaria.
- En segundo lugar, se entiende que siguen vigentes las instrucciones dictadas por la antigua Dirección General del Instituto Nacional de la Salud (en el territorio correspondiente), que regulaban el nombramiento de jefe de servicio y de jefe de sección con carácter provisional, hasta tanto el Gobierno desarrollase la hipótesis prevista en la Disposición adicional undécima (en particular la Resolución de la Dirección General del Insalud de 14 de febrero de 1996, sobre procedimiento de tramitación de los nombramientos provisionales para puestos de jefe de servicio y jefes de unidad de atención especializada).

Disposiciones de carácter estatutario aplicables a diferentes Comunidades Autónomas en relación con los jefes de servicio

Comunidad Autónoma de Cataluña

La Orden de 18 de noviembre de 1985 por la que se regula la estructura orgánica de dirección, gestión y administración de las instituciones hospitalarias de la Seguridad Social en Cataluña (con diversas modificaciones posteriores), dispone lo siguiente respecto a los jefes de servicio:

- «Artículo 14. El Jefe de Servicio-1. El Jefe de Servicio es el responsable de la prestación de la asistencia propia de la especialidad de que se trate, que quedará subordinado al Director Médico y al Coordinador Médico, si es su caso, y del que dependerán los Jefes de Sección y facultativos adjuntos y especialistas adscritos al correspondiente Servicio».

Son funciones del jefe de Servicio:

- La organización de las actividades propias del Servicio, salvaguardando la autonomía de los diferentes estamentos profesionales que lo integran por lo que se refiere al ámbito de sus específicas funciones.
- La coordinación de las actividades de las Secciones y unidades clínicas que integran el Servicio.
- El cumplimiento de los objetivos asistenciales asignados al Servicio.
- La coordinación de las actividades docentes y de investigación del personal facultativo adscrito al Servicio.
- La custodia y utilización adecuada de los recursos materiales depositados en el Servicio, salvando las responsabilidades que correspondan a los diferentes estamentos profesionales por lo que respecta al ámbito específico de sus respectivas funciones.

Comunidad Autónoma de Andalucía

Es interesante destacar el Decreto 105/1986, de 11 de junio, sobre ordenación de asistencia sanitaria especializada y órganos de dirección de los hospitales, que en su artículo 19.4 dispone lo que sigue:

«Los Jefes de Servicio y/o Sección serán responsables de la organización de la asistencia de la especialidad correspondiente en el Área Hospitalaria a la que esté adscrito el Servicio o Sección, y del cumplimiento de los objetivos asistenciales del mismo, dentro de los criterios marcados por la Comisión de Dirección y el Director médico, garantizando la correspondiente responsabilidad y autonomía a los respectivos estamentos en aquellas funciones que les sean propias. Todo ello, sin perjuicio de lo establecido para los Dispositivos Específicos de Apoyo a la Atención Primaria.»

Comunidad Autónoma de Asturias

Por último, traemos a colación el Decreto 75/1990, de 4 de octubre, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los hospitales generales de Asturias y Monte Naranco.

El artículo 46 de la citada norma dispone lo siguiente:

- «Al frente de los Servicios existirá un Jefe de Servicio con las siguientes funciones:
 - Planificar, organizar, dirigir, coordinar, informar y controlar la marcha de su Servicio de acuerdo a los objetivos del mismo y a las normas establecidas.
 - Asesorar e informar de forma permanente al Director médico en asuntos relativos a la asistencia en su Servicio.
 - Formar parte de la Comisión de Dirección del hospital.
 - Proponer el plan de objetivos y necesidades anuales al Director Gerente en relación a su Servicio.
 - Coordinar sus actividades con el resto de Jefes de Servicio en aras a mejorar la asistencia.
 - Promover la investigación, la docencia y la formación continuada en su Servicio.
 - Promover la participación de los Médicos de su Servicio en la evaluación de la calidad asistencial del hospital.
 - Proponer las normativas y sistemas de organización de la asistencia médica encaminados a conseguir la máxima eficiencia de los Servicios a su cargo.
 - Proponer las guardias, vacaciones, permisos y descansos del personal de su Servicio y controlar la dedicación y el rendimiento del mismo.

- Asumir la Dirección Médica en ausencia del Director médico del hospital.
- Cuantas otras le delegue el Director médico del hospital.

En resumen, podemos observar que las normas más recientes, al regular las funciones de los jefes de servicio, incorporan la función gestora como una más de las que integran dicho puesto de trabajo (se une así, a su función asistencial, directiva y organizativa, el cumplimiento de objetivos, que no es otra cosa que una función que entra en el ámbito de la actividad de gestión). Por lo demás, existe una penuria absoluta en lo que se refiere a importantes funciones que llevarían al jefe de servicio a delimitar su actuación dentro de la moderna medicina de equipo, bien se ejerza en forma sucesiva (p. ej., en la coordinación necesaria entre atención primaria y especializada), bien se lleve a cabo de manera simultánea (p. ej., en un quirófano). Tampoco encontramos criterios para solventar las cuestiones que se planteen en la relación horizontal (p. ej., la relación entre el anestesista y el cirujano, esto es, entre iguales) o en la relación vertical (p. ej., entre el cirujano y el personal auxiliar del quirófano). Algunas de las normas citadas se limitan a decir bien que es función del jefe de servicio la organización de las actividades de dicha unidad «salvaguardando la autonomía de los diferentes estamentos profesionales que lo integran por lo que se refiere al ámbito de sus específicas funciones» (lo que en la práctica no es fácilmente interpretable), o bien que les corresponde a los jefes de servicio garantizar «la correspondiente responsabilidad y autonomía a los respectivos estamentos en aquellas funciones que les sean propias, todo ello sin perjuicio de lo establecido para los dispositivos específicos de apoyo a la atención primaria» (lo que tampoco añade criterios precisos a la delimitación que se intenta).

Un intento de rellenar dicha laguna se contiene en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias⁷, que entre los principios generales del ejercicio de las profesiones sanitarias introduce uno que hace referencia a la eficacia organizativa de los servicios, secciones y equipos, o unidades asistenciales equivalentes, sea cual sea su denominación. En concreto, se exige la existencia escrita, para dicha eficacia, de normas de funcionamiento interno y la definición de objetivos y funciones tanto generales como específicas para cada miembro del mismo (lo que tampoco soluciona las cuestiones planteadas). Asimismo, a propósito de las relaciones interprofesionales y trabajo en equipo, establece que cuando una actuación sanitaria se realice por un equipo de profesionales, se articulará de forma jerárquica o colegiada, atendiendo a los criterios de conocimientos y competencia y, en caso necesario, al de titulación de los profesionales que integran el equipo de función de la actividad concreta a desarrollar, de la confianza y conocimiento recíproco, de las capacidades de sus miembros, y de los principios de accesibilidad y continuidad asistencial de las personas atendidas (lo que parece referirse, por primera vez, a los principios jerárquico y horizontal, aunque de una manera genérica). Por último, la citada Ley de Ordenaciones Profesionales, hace referencia a la posible delegación de actuaciones dentro de un equipo de profesionales, admitiendo la misma siempre y cuando estén previamente establecidas dentro del equipo las condiciones conforme a las cuales dicha delegación o distribución de actuaciones pueda producirse (lo que constituye una novedad). Sin embargo, establece como condición necesaria para la delegación o distribución del trabajo la capacidad para realizarlo por parte de quien recibe la delegación (capacidad que deberá ser objetivable, siempre que sea posible, con la oportuna acreditación).

⁷ Artículos 4.7, apartado c y 9 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las profesiones Sanitarias.

Los jefes de servicio y la responsabilidad: conocimientos genéricos

Un problema importante con el que se encuentra en la actualidad el jefe de servicio es la exigencia de responsabilidad por parte de los pacientes que son atendidos en dicha unidad. Aunque en España esta exigencia no alcanza cotas equiparables a las de los países de nuestro entorno (la Unión Europea, por ejemplo), ni muchos menos a las del mundo angloamericano, se trata de una cuestión delicada que, llevada a sus últimas consecuencias, puede generar lo que se conoce como «medicina a la defensiva» o «medicina defensiva». Cabe decir al respecto, sin entrar ahora en mayores precisiones, que no existe en nuestro país una base sociológica reivindicativa comparable, y que sería muy interesante plantear medidas preventivas que traten de impedirlo, sin desconocer la importancia que el problema ha alcanzado ya en la actualidad, y que por ello debe ser de conocimiento necesario para el titular de la jefatura de la unidad asistencial.

Así pues, procuraremos exponer los conocimientos fundamentales que contribuyen a dotar al titular del puesto de lo que hemos denominado «sentido común jurídico».

Diferentes clases de responsabilidad

En el ámbito del Derecho Sanitario y con carácter general, es posible distinguir las siguientes clases de responsabilidad:

- Penal;
- Civil;
- Disciplinaria;
- Deontológica;
- Patrimonial o de las Administraciones Públicas.

Conviene precisar de entrada, que el encuentro del médico con el paciente únicamente debe suponer que el profesional sanitario se obliga a prestar los cuidados que sean conformes al estado de la ciencia en el momento en que se preste la asistencia.

En consecuencia, la obligación del médico se configura técnicamente como una obligación de medios, y compromete a poner todos sus conocimientos en la tarea de curar o aliviar al paciente, pero el médico no contrae la obligación de obtener la curación de éste en todo caso. Por esta razón se puede afirmar que el fracaso o el error del médico no es siempre equivalente a un suceso del que el facultativo tenga que responder, dado que la ciencia médica no es una ciencia exacta y, más aún, que el médico tiene el compromiso permanente de actualizar sus conocimientos, ya que su responsabilidad se exige con arreglo al estado de los mismos en el momento en que se producen los hechos que se juzgan.

Responsabilidad penal

La responsabilidad penal surge cuando se comete un delito o una falta (infracción grave o leve). Dentro del campo médico, los casos que con más frecuencia llegan a los tribunales son los de exigencia de responsabilidad por imprudencia, de la que nos vamos a ocupar más adelante. En el ámbito penal, las Administraciones Públicas o las empresas, en su caso, para las que trabajen los médicos, sólo son responsables civiles subsidiarios. Es decir, para poder indemnizar a los perjudicados, evitando los embargos de los profesionales sanitarios, ha de acreditarse que estos últimos no tienen

bienes con que hacer frente a sus responsabilidades y que la lesión causada, es una consecuencia directa del funcionamiento de los servicios públicos. Por tanto, el servicio de salud de una comunidad autónoma, por ejemplo, no puede pagar antes de que los médicos se queden sin bienes. Sólo después de producirse esa circunstancia la Administración (o empresa) podrá pagar lo que falte para completar la indemnización. Se comprenderá, en consecuencia, la importancia que tiene la existencia de un seguro de responsabilidad civil.

Para que un acto médico no incurra en responsabilidad penal (y ésta constituye, como es lógico, la mayor preocupación de los profesionales de la medicina) debe reunir necesariamente tres requisitos: en primer lugar, que se lleve a cabo por un facultativo debidamente titulado (este aspecto nos remite a cuestiones de mucho interés, sobre todo en los momentos actuales: actuación de los «mestos», «mesthos», médicos internos residentes, etc.). La respuesta de nuestras leyes, en los casos en que el primer requisito no exista, es establecer el delito de intrusismo, castigando la usurpación de funciones y la quiebra de la confianza de la sociedad en la actuación titulada de los profesionales. En segundo lugar, que se haya obtenido el consentimiento del paciente, bien sea expreso (oral o escrito), tácito o implícito (que es en principio la regla general), o presunto según los casos (p. ej., en el supuesto de inconsciencia). La falta de consentimiento plantea una serie de cuestiones importantes que ahora solamente enunciamos: ¿cuándo se incurre en el delito de coacciones o en el de detención ilegal, es decir, cuándo se menoscaba la voluntad de los pacientes?, o ¿cuándo la falta del mencionado consentimiento lleva consigo que el Código Penal contemple la figura del homicidio por imprudencia o la de las lesiones? Piénsese, por ejemplo, en un supuesto en el que el cirujano liga las trompas a una mujer sin que exista situación de urgencia alguna, contra el consentimiento de ella, por entender que la posibilidad de quedarse de nuevo embarazada, después de la tercera cesárea, la colocaría en una situación de riesgo inminente para su vida, lo que constituye un delito de lesiones por esterilización. En tercer y último lugar, hay que observar las reglas propias de la profesión, esto es, la llamada *lex artis*, que consiste fundamentalmente, como después veremos, en el deber objetivo de cuidado que se debe prestar en la atención sanitaria y cuya infracción puede originar el delito o la falta de imprudencia.

Responsabilidad civil

Hablar de responsabilidad civil en el campo del Derecho sanitario conduce inevitablemente a hablar de indemnizaciones. Por lo demás, la responsabilidad civil puede derivarse de un contrato previo (enfermo que solicita los servicios de un médico) o de una situación en la que no exista un contrato (la llamada responsabilidad extracontractual), como ocurre en el caso de los servicios prestados por los médicos de la Seguridad Social, que no derivan de ninguna relación contractual con el asegurado o beneficiario.

La responsabilidad indemnizatoria en este campo civil es solidaria, y opera tanto entre los que hayan intervenido directamente, como en relación con la Administración o empresa para la que trabajen (p. ej., el servicio de salud de una comunidad autónoma o una clínica privada). Esto quiere decir que el que se sienta perjudicado puede exigir la responsabilidad en su totalidad de cualquier profesional o de todos ellos conjuntamente y, del mismo modo, puede exigirla de la Administración Pública o empresa correspondiente (que son responsables solidariamente, esto es, por el todo).

Sin embargo, en el Sistema Nacional de Salud no es posible reclamar a un médico de manera individual una indemnización como consecuencia de la actuación del profesional, ya que legalmente sólo cabe exigirla de la Administración correspondiente (la

llamada responsabilidad patrimonial, que después trataremos). En consecuencia, sólo cuando el médico sea condenado en vía penal se le podrá exigir al mismo tiempo, la responsabilidad civil (hipótesis del Apartado 5.1.1).

Responsabilidad disciplinaria

Esta responsabilidad surge cuando los profesionales, como muchas veces ocurre, no actúan de forma independiente, sino que trabajan para alguna Administración Pública o para alguna empresa.

Tal responsabilidad hay que remitirla al cuadro de infracciones y sanciones que se encuentra en cada una de las zonas o sectores correspondientes (en el ámbito de la función pública, en el del Estatuto del Personal de la Seguridad Social, o, en último extremo, en el seno del Estatuto de los Trabajadores).

Responsabilidad deontológica

La responsabilidad médico-deontológica surge como consecuencia de la incorporación de un profesional a un colegio médico, por cuyas disposiciones específicas se rige.

Responsabilidad patrimonial o de las Administraciones Públicas

Esta responsabilidad consiste en que las Administraciones públicas deben indemnizar cuando producen un daño con ocasión del funcionamiento (normal o anormal) del servicio público sanitario.

Es una responsabilidad directa de la Administración (y por supuesto de todos los servicios de salud de las comunidades autónomas), que no involucra al profesional sanitario. En consecuencia, se trata de una responsabilidad objetiva, esto es, sin culpa, para la que basta con demostrar el daño y el enlace causal, y que requiere, según reiterada jurisprudencia, que se demuestre la infracción de la *lex artis*. No obstante, ya se ha indicado que no puede exigirse por esta vía la responsabilidad individual del médico, sino sólo la de la Administración correspondiente.

Sólo se excluye de indemnización el supuesto en el que concurre fuerza mayor, entendida como los hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de su producción, pero no el caso fortuito (acontecimiento interno e imprevisible).

En último extremo, la Administración debe exigir a las autoridades y al personal a su servicio lo que haya pagado directamente a los lesionados, si los profesionales sanitarios hubieran incurrido en dolo, culpa o negligencia grave. Por tanto, quedan fuera de la reclamación contra el facultativo los casos de imprudencia profesional leve.

De cualquier forma, en la actualidad no es posible de hecho llevar a cabo la reclamación por parte de la Administración a los facultativos en los casos mencionados debido a la existencia de un seguro de responsabilidad en los servicios de salud que hace que ya no sea la propia Administración la que pague las indemnizaciones, sino las compañías aseguradoras. Por este motivo, la Administración no puede exigir a los profesionales médicos lo que ella no ha pagado.

Por último, cabe recordar que cuando se trata de lesiones producidas por comportamientos de naturaleza penal atribuibles a los profesionales sanitarios al servicio de la Administración, esta última es responsable civil subsidiaria de los daños que se hayan causado, siempre y cuando tales daños tengan su origen en la comisión de delitos dolosos o culposos por los citados profesionales; y siempre que las lesiones que se ocasionen sean consecuencia directa del funcionamiento de los servicios sanitarios públicos que les estuvieran confiados.

Algunas conclusiones sobre estas clases de responsabilidad

Es posible que un solo hecho desencadene todas las clases de responsabilidad que se han descrito. En tal caso, la determinación de la responsabilidad penal es prioritaria respecto a todas las demás y la fijación de los hechos relevantes en dicho ámbito debe constituir el punto de partida necesario para exigir las restantes responsabilidades. En otras palabras, la exigencia de responsabilidad penal detiene, momentáneamente, el resto de las responsabilidades cuando son los mismos hechos los que tienen que depurarse ante los diferentes jueces o tribunales que tengan competencia en los temas correspondientes.

Los médicos que trabajan en el Sistema Nacional de Salud están amparados normalmente por un seguro establecido por la comunidad autónoma correspondiente, que salvo determinadas especialidades (anestesia u obstetricia, por ejemplo) es suficiente para cubrir el ámbito de su posible responsabilidad. En las llamadas especialidades de alto riesgo, el médico debería cubrir su responsabilidad mediante un sobre-seguro (que entraría en funcionamiento cuando el seguro público agotara sus posibilidades). Naturalmente, esto nada tiene que ver con el ámbito privado, donde el seguro debe ser independiente.

En el ámbito público (Sistema Nacional de Salud) un médico sólo puede ser perseguido penalmente (y la práctica enseña que esta cuestión no es un asunto fácil), pero no civilmente, tal y como antes se ha explicado. Sin embargo, conviene recordar que existe una responsabilidad civil derivada del delito o falta, y que tal responsabilidad civil es individual del médico, aunque esté garantizada por el seguro de la comunidad autónoma. Por último, no existe ninguna forma de asegurar la responsabilidad penal.

Todo lo anterior no impide que se produzca la llamada «pena de banquillo», que consiste en que un médico se vea sometido a un proceso (en el ámbito del sistema público, por principio, penal, ya que no es posible el proceso civil) con todas las implicaciones que tal situación arrastra (menoscabo del crédito, honradez u honor y aparición y difusión en los medios de comunicación).

Los jefes de servicio y la responsabilidad: conocimientos específicos

En el ámbito de la responsabilidad civil

Ya hemos dicho que esta responsabilidad no es aplicable a los médicos que trabajan exclusivamente en el Sistema Nacional de Salud, sino sólo a los médicos que trabajan en el sector privado y a los que, trabajando en el sector público, tienen también consulta privada.

Podemos afirmar, sin temor a equivocarnos, que caminamos hacia la llamada responsabilidad objetiva o sin culpa; esto es, en vez de buscar quién es el culpable se pone en acento, simplemente, en la búsqueda de una relación o nexo de causalidad entre la acción u omisión y el daño. Ello significa, en consecuencia, que hay un desplazamiento de la responsabilidad del médico a la responsabilidad de la institución o centro médico en el que presta sus servicios. Conviene advertir, además, que en este ámbito es manifiesta la tendencia jurisprudencial que obliga a los facultativos demandados a probar los hechos ocurridos, cuando dichos hechos están claramente a su disposición y, por consiguiente, tienen fácil acceso a ellos (p. ej., en el trágico caso de una mujer joven que dio a luz y, posteriormente, a consecuencia de extrañas complicaciones no explicadas, quedó en silla de ruedas). Además, se ha abierto paso a la lla-

mada teoría del resultado desproporcionado, que responde a una corriente generalizada en Europa. Tal teoría quiere decir que cuando se produce en el paciente un daño, que no guarda relación con la lesión o enfermedades por las que acudió al médico, y éste no explica la causa del daño, estamos en presencia del resultado desproporcionado, atribuible a la acción u omisión del médico (p. ej., el caso de la extirpación de la vesícula biliar de una mujer relativamente joven, que posteriormente falleció o una intervención de cataratas que dio como resultado la pérdida de un ojo).

En el ámbito de la responsabilidad penal

La complejidad de las relaciones que se derivan de la actuación en equipo ha llevado a nuestra jurisprudencia (Tribunal Supremo) a delimitar las diferentes responsabilidades a través de lo que se conoce como «principio de la confianza». En síntesis, el médico que actúa de forma correcta puede confiar en que los demás miembros del equipo actúan también de forma correcta, salvo que se den circunstancias especiales que hagan pensar lo contrario. Por ejemplo, el cirujano puede confiar en que la actuación del anestesista, en lo que se refiere a su cometido específico, es correcta, y lo mismo puede decirse si se plantea la cuestión desde el ángulo del anestesista.

El principio anterior es una consecuencia de la división del trabajo y de la especialización, pues no sería posible (en el ejemplo propuesto) llevar a cabo una actuación tan compleja y delicada como es la intervención quirúrgica sin que cada uno de los participantes se dedique a su actividad específica. Ahora bien, el mencionado principio de la división del trabajo puede ser horizontal o vertical. En el primer caso, se trata de regular las actuaciones profesionales entre iguales (es el caso del anestesista y del cirujano), y en el segundo, se trata de relaciones entre desiguales (la relación que se origina, en el caso propuesto, entre el cirujano y el anestesista, por un lado, y el resto del personal auxiliar por otro).

El principio de la confianza significa también, y como consecuencia de lo expuesto, que cada uno es responsable de lo que hace y, por tanto, el ámbito de su responsabilidad se delimita por razón de las funciones que le son propias y por la forma de ejercerlas.

El principio de la confianza quiebra (esto es, ya no se puede confiar) cuando uno de los miembros del equipo (p. ej., el anestesista, el cirujano, el personal de enfermería, etc.) actúa incorrectamente y de manera que ello pueda ser percibido por los demás, pues a partir de ese momento no rige la confianza y hay que hacer algo en defensa del paciente para no incurrir en responsabilidad. Por lo demás, dicha actuación irregular puede obedecer a diferentes causas: ineptitud, falta de cualificación en los colaboradores, fallos en la comunicación, deficiencias en la coordinación, etcétera.

La conclusión de cuanto se ha expuesto es que cada uno es responsable de sus actos, pero está obligado a hacer algo cuando se rompe el principio de la confianza y se hace evidente que las cosas ya no van bien; en consecuencia (de continuar adelante la intervención quirúrgica, por ejemplo), ambos serían responsables del daño causado al paciente. Además, si bien en principio cada miembro del equipo responde individualmente por su actuación defectuosa, ha de tenerse en cuenta la responsabilidad de todos aquellos que actúan como jefes de un equipo y llevan a cabo tareas de dirección, coordinación y supervisión. Esto quiere decir que, en la división del trabajo médico horizontal (cirujano-anestesista), el principio de la confianza interviene en toda su intensidad y sólo deja de ser aplicable en supuestos excepcionales (p. ej., cuando se percibe un fallo grave del otro colega o existen dudas fundadas acerca de su cualificación o fiabilidad). En cambio, en la división del trabajo vertical, el anestesista (siempre según el ejemplo expuesto) es el único responsable de los fallos o los errores que pue-

dan darse en el marco de los cometidos que sobre la narcosis son de su exclusiva y personal incumbencia (elección del procedimiento, medios, control y ejecución de la narcosis) y no podrá delegar en personal auxiliar no médico.

El delito de imprudencia penal

Concepto y características

En el ámbito penal se utiliza, junto a la palabra «imprudencia», los términos de «impericia» y «negligencia». Como señala el profesor Romeo Casabona, la ley se refiere con estas expresiones a la asunción de un riesgo excesivo, un riesgo no permitido, y a haber infringido con ello unos deberes de cuidado. Distingue el citado autor entre *impericia* y *negligencia*: la primera, entendida como la falta de conocimientos necesarios para actuar, la falta de habilidad, la ineptitud y la no posesión de la capacidad requerida; y la segunda, consistente en la no aplicación de esos conocimientos y habilidad cuando se poseen.

Nuestro Tribunal Supremo, teniendo en cuenta lo manifestado por la jurisprudencia y la doctrina, ha recogido una serie de requisitos básicos imprescindibles que deben acompañar a la figura jurídica de la imprudencia penal en cualquiera de sus facetas (antes denominada «temeraria» o «simple», hoy «grave» o «leve»). Estos requisitos son los siguientes:

- La previsión o la posibilidad de un resultado dañoso por parte del sujeto activo de la acción (peligro latente en la actividad que se realice). La expectativa del citado resultado se aprecia teniendo en cuenta:
 - El hecho que se realiza: el resultado dañoso ha de ser previsible conforme a las experiencias de la vida cotidiana (p. ej., lanzar piedras al aire en un lugar muy concurrido).
 - La personalidad del agente, su cultura: el deber evitar presupone el poder evitar. Se imputa, pues, un resultado dañoso al que podía preverlo (p. ej., al cirujano imperito que emprende una delicada operación quirúrgica o al maquinista daltónico que continúa en su profesión).
- Que el resultado no sea querido por dicho sujeto, pues si así fuese, lo simplemente culposo se convertiría en actividad dolosa, con las consecuencias calificadoras del tipo delictivo y subsiguiente diferencia de penas que se podrían imponer (más graves si la conducta es dolosa y menos si es imprudente). En definitiva, se requiere una acción u omisión consciente y voluntaria, pero no intencional.
- Que la actuación infrinja una norma de cuidado (falta del deber de cuidado). En otras palabras, que el acto se ejecute sin adoptar aquellas cautelas o precauciones necesarias para evitar resultados perjudiciales (p. ej., conducir a gran velocidad por una calle concurrida).
- Que se produzca un resultado que constituya la infracción legal (resultado dañoso, bien para las personas, bien para las cosas).
- Y finalmente, que haya un enlace lógico entre la actividad inicial y ese resultado, que constituye el requisito de lo que se ha dado en llamar «relación de causalidad» (que debe ser directa, completa e inmediata).

La infracción del deber de cuidado

En cuanto al concepto del deber de cuidado, el Tribunal Supremo afirma que su infracción consiste en una «transgresión de una norma sociocultural que está demandando la actuación de una forma determinada, que integra el elemento normativo externo». Por esta razón, la parte esencial del tipo de delito imprudente la constituye la diver-

gencia entre la acción realmente realizada y la que tenía que haber sido desarrollada en virtud del deber de cuidado que objetivamente era necesario observar.

Se trata, pues, de un elemento difícil y complejo pero fundamental, si bien no aparece precisado en el Código Penal, por lo que el juez debe valorarlo en cada caso (lo que se denomina un tipo abierto). Se basa en dos elementos: el cuidado teóricamente necesario en la relación de que se trate (p. ej., en la profesión médica) y su comparación con la acción ejecutada.

El deber de cuidado es objetivo y no subjetivo. Esto quiere decir que se exige un nivel mínimo de capacidad necesaria, por debajo del cual el facultativo tiene que abstenerse de actuar.

Por otro lado, el deber objetivo impone un resultado previsible que se averigua mediante el procedimiento de sustitución, es decir, se compara con la actuación que hubiera llevado a cabo otro profesional médico en idénticas circunstancias y antes de que se produjera el resultado. Es lo que se conoce como *lex artis* (la forma normal de actuar en la profesión médica, según las circunstancias).

La *lex artis* admite, pues, variaciones según los casos (medios de los que se dispone, mayores o menores posibilidades, ámbito rural o urbano, actuación normal o urgente, existencia o no de normas reglamentarias que lo delimitan, generalista o especialista, etc.). El deber de cuidado ha adquirido ahora una gran complejidad debido a la medicina en equipo. Como ya dijimos al tratar de la imprudencia penal, para solucionar este problema se acude al denominado principio de la confianza, que parte de la premisa de la responsabilidad personal (cada uno responde de aquello que está dentro de sus funciones), pero que hace responsable también a otro u otros cuando, percatándose de la conducta impropia de un miembro del equipo, no actúan con diligencia para evitar el daño. Además, hay que tener en cuenta los deberes especiales del director del equipo (organización, coordinación, distribución de tareas, selección).

Puede decirse que el médico infringe el deber de cuidado si, fuera de los casos de necesidad, asume una actividad o un cometido para el que no estaba capacitado por las limitaciones de su especialización o de sus cualidades personales, en lugar de mandar al paciente a otro colega cualificado y experimentado. En este punto tiene interés el concepto del «riesgo permitido», criterio aplicable a todas las acciones que por su naturaleza son peligrosas pero que pueden ser realizadas por su utilidad social, si se respeta el cuidado exigible en el entorno de que se trate. Consistiría en el baremo objetivo del cuidado en la realización de acciones peligrosas, cuya observancia excluye ya la propia tipicidad del hecho imprudente y, en consecuencia, la responsabilidad del autor.

Igualmente, conviene recordar que el médico tiene el deber de actualizar sus propios conocimientos profesionales, según su tiempo y respecto al progreso científico y resultados contrastados por la experiencia.

La relación entre la falta de consentimiento informado y la imprudencia médica

Finalmente, debe comentarse la asociación que algunos autores establecen entre falta de consentimiento informado e imprudencia penal, en el sentido de considerar que la obtención del primero forma parte de la *lex artis* que el médico ha de observar y que, ante su ausencia, la conducta se debe incardinar necesariamente en el supuesto de la imprudencia penal (consideran también que la finalidad de la curación es incompatible con el dolo de lesionar o matar).

Frente a esta postura, el magistrado Delgado García entiende que hay casos de realización de lesiones típicas no consentidas (p. ej., una esterilización sin consentimiento) en los que existe una clara intencionalidad, pues el médico ha conocido y queri-

do la producción de la lesión in consentida; y también supuestos en los que se produce un resultado (muerte o lesiones) que excede de lo que constituía el objeto de la intervención consentida por el paciente, en los que debe investigarse si hubo dolo, imprudencia o caso fortuito.

En cualquier caso, para el citado autor, la imprudencia penal tiene que ligarse a la inobservancia de la *lex artis* entendida en sentido estricto, es decir, como aquel conjunto de deberes del médico que tiene relación con sus conocimientos y su aptitud profesional, así como con la corrección con que practica determinada operación. Sin embargo, el simple defecto de información no puede originar, como regla general, una imprudencia penal, que sólo tendría lugar cuando la falta de información equivaliera a una falta absoluta de consentimiento.

Lógicamente, se puede considerar también un concepto más amplio de la *lex artis* que comprenda en su seno el deber del médico de informar al paciente en los términos ordenados por la Ley de Autonomía del Paciente⁸, lo que adquiere singular importancia en los supuestos de intervenciones quirúrgicas; pero en ese caso hay que hacer la salvedad de que esta parte de la *lex artis* (que podría denominarse parte jurídica) nada tiene que ver con aquella otra, exclusivamente referida a la ciencia médica, cuya violación constituye el auténtico fundamento de la posible responsabilidad penal por imprudencia del facultativo. No obstante, el mencionado defecto de información puede, desde luego, dar origen a una responsabilidad civil, es decir, indemnizatoria fundamentalmente.

Delitos y faltas de imprudencia

El Código Penal distingue entre delitos y faltas de imprudencia, como veremos a continuación.

El mecanismo utilizado en el texto legal consiste en determinar, respecto de cada una de las figuras delictivas (p. ej., el homicidio), si éstas pueden ser cometidas por imprudencia, además de realizarse de forma intencional. En este sentido se observa una importante modificación respecto del Código Penal anterior, en cuyos preceptos se regulaba la imprudencia de una manera única, conceptual y de aplicación común para todos los delitos o faltas que admitían esta modalidad de comisión.

La técnica penal actual es, pues, una técnica casuística (hay que averiguar si una modalidad delictiva puede ser cometida por imprudencia, mediante la lectura de las modalidades imprudentes descritas en el precepto correspondiente).

Delitos de imprudencia

Según el Código Penal, se pueden cometer por imprudencia los siguientes delitos relacionados con el Derecho sanitario:

- El homicidio, que requiere imprudencia grave.
- El aborto, que requiere imprudencia grave.
- Las lesiones, que requieren imprudencia grave y un resultado tipificado e importante.
- Las lesiones al feto, que requieren imprudencia grave.
- La manipulación ilegal de genes humanos, que requiere imprudencia grave.
- Las falsedades de autoridad y funcionarios, que requieren también imprudencia grave.
- Las sustituciones de niños en centros sanitarios o sociosanitarios por imprudencia grave.

⁸ La Ley 41/2002, ya citada.

Faltas de imprudencia

Asimismo, las faltas de imprudencia relacionadas con los temas que tratamos son las siguientes:

- Los que por imprudencia grave causaren una lesión que no requiera, además de una primera asistencia facultativa, tratamiento médico o quirúrgico. Pena: multa de uno a dos meses.
- Los que por imprudencia leve causaren la muerte de otra persona. Pena: multa de uno a dos meses.
- Los que por imprudencia leve causaren lesión constitutiva de delito. Pena: multa de quince a treinta días.
- Las faltas anteriormente descritas sólo se persiguen mediante denuncia de la persona agraviada o de su representante legal.
- Abandono de jeringuillas. Los que abandonaren jeringuillas, en todo caso, u otros instrumentos peligrosos, de modo o con circunstancias que pudieran causar daño a las personas o contagiar enfermedades, o en lugares frecuentados por menores. Pena: arresto de tres a cinco fines de semana o multa de uno a dos meses.
- Actividades sin seguro obligatorio. Los que realizaren actividades careciendo de los seguros obligatorios de responsabilidad civil, que se exigieren legalmente para el ejercicio de aquéllas. Pena: de uno a dos meses.

Criterios de graduación de las penas

Por último, siguiendo al magistrado Fernández Entralgo, podemos decir que la imposición de la pena y la gravedad de ésta en la imprudencia penal estará en función de la negligencia (desvalor del acto), que se aprecia con arreglo a estos datos:

- La peligrosidad objetiva de la acción.
- La previsibilidad del resultado lesivo.
- La importancia del bien jurídico comprometido, que es máxima en el caso de la actividad sanitaria, por afectar a la vida, a la integridad corporal y a la salud física o psíquica de las personas.
- La entidad de las consecuencias dañosas producidas (desvalor de resultado). Es frecuente castigar con menos pena conductas que, siendo igualmente peligrosas o imprudentes que otras, han producido resultados mínimos.

El concepto de imprudencia profesional

Se distingue actualmente entre imprudencia grave e imprudencia leve. La primera consiste en el olvido de las precauciones exigidas por la más elemental prudencia, esto es, en la omisión de las cautelas más elementales, propia de quien realiza una actuación de inexcusable irreflexión y ligereza.

Por el contrario, la imprudencia simple o leve es la omisión de la diligencia media acostumbrada en una actividad.

No obstante la clasificación anterior, el Tribunal Supremo ha precisado también el concepto de imprudencia profesional, caracterizándola por la inobservancia de las reglas de actuación que vienen marcadas por lo que, en términos jurídicos, se conoce como *lex artis*, situación que conlleva un tratamiento penal más riguroso. Al profesional se le debe pedir una mayor atención y cuidado en la observancia de las reglas de su arte, que no es exigible al que no es profesional.

En consecuencia, la imprudencia profesional aparece claramente definida en aquellos casos en que se han omitido los conocimientos específicos que sólo tiene el sujeto actuante por su especial formación. Los particulares, por el contrario, no tienen la

misma obligación porque carecen de la preparación adecuada para actuar en el ámbito de los profesionales.

Como afirma el profesor Jorge Barreiro, la apreciación de esta modalidad cualificada de imprudencia presupone la previa calificación de dicha imprudencia como grave, y se caracteriza porque implica el incumplimiento de los deberes específicos que le corresponden al agente por su actividad profesional, cuando tal intervención guarda relación con el ejercicio de la misma.

La imprudencia médica, como imprudencia profesional, nace cuando en el tratamiento médico o quirúrgico se dan comportamientos descuidados, de abandono y de omisión del cuidado exigible, atendidas las circunstancias de lugar, tiempo, personas, naturaleza de la lesión o enfermedad, y que, olvidando la *lex artis*, conducen a resultados lesivos para los pacientes.

De la doctrina jurisprudencial emanada de nuestro Tribunal Supremo, pueden extraerse las siguientes notas características de la imprudencia médica:

- Por regla general, el error en el diagnóstico no es tipificable como infracción penal, salvo que por su entidad y dimensiones constituya una equivocación inexcusable.
- Queda también fuera del ámbito penal, por la misma razón, la falta de pericia cuando ésta sea de naturaleza extraordinaria o excepcional.
- La determinación de la responsabilidad médica ha de contemplar las situaciones concretas y específicas sometidas al enjuiciamiento penal, huyendo de todo tipo de generalizaciones.

Por último, es preciso destacar que, en esta modalidad de imprudencia, a la pena principal que se impone al culpable se añade la de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión durante un tiempo, en la medida en que se compruebe que se infringieron las normas de cuidado específicas de la actividad profesional.

BIBLIOGRAFÍA

- ÁLVAREZ-CIENFUEGOS SUÁREZ JM. Prólogo *Telemedicina y Protección de Datos Sanitarios. Aspectos legales y éticos*. Biblioteca de derecho y ciencias de la vida. Granada, Ed. Comares, 2002.
- ÁLVAREZ-CIENFUEGOS SUÁREZ JM, LÓPEZ DOMÍNGUEZ O. *Secreto médico y confidencialidad de los datos sanitarios*, Plan de Formación de Responsabilidad Legal Profesional, Unidad Didáctica 4, Asociación Española de Derecho Sanitario, 1998.
- ANDÉREZ GONZÁLEZ A. Informe Seis. *La Seguridad y confidencialidad de la información clínica*. Capítulo: Aspectos legales de la seguridad y confidencialidad de la información clínica. Revista Actualidad Informática Aranzadi, abril 2001. Pamplona, Sociedad Española de Información de la Salud. 2000.
- APPELBAUM PS, LIDZ CW, MEISEL A. *Informed Consent*. New York, Oxford University Press, 1987.
- AULLÓ CHAVES M, PELAYO PARDOS S. *La Historia Clínica*, Unidad Didáctica 1 del Plan de Formación en Responsabilidad Legal Profesional. Asociación Española de Derecho Sanitario, 1997.
- BEAUCHAMP TL, CULLOGH LB. *Ética Médica. Las Responsabilidades Morales de los Médicos*. Barcelona, Labor, 1987.
- BEAUCHAMP TL, CHIDRESS JF. *Principles of Biomedical Ethics*. New York, Oxford University Press, 1994.
- BETANCOR JT. *La eficacia del testamento vital*. Madrid, Mesa Redonda del V Congreso de Derecho Sanitario. Madrid, Asociación Española de Derecho Sanitario y Fundación Mapfre, 1999.
- CASABONA ROMEO CM.³. *El médico ante el derecho*. Ministerio de Sanidad y consumo, Secretaría General Técnica, 1986.
- CASTELLANO ARROYO M. *Información y documentación clínica*. Madrid, Consejo General del Poder Judicial y Ministerio de Sanidad y Consumo, 1997.
- CRIDO DEL RÍO M.³T. *Aspectos médico-legales de la historia clínica*. Ed. Colex, 1999.
- CORDELLA I, DUCH J. El derecho fundamental a la intimidad personal en el ámbito penitenciario. *Revista jurídica La Ley*, núm. 4733.
- DAVARA RODRÍGUEZ MA. *Manual de Derecho Informático* Ed. Aranzadi 3.^a ed. Septiembre 2001.
- DELGADO GARCÍA J. *La sanidad ante las nuevas tendencias jurisprudenciales*. Aspectos penales. IV Congreso Nacional de Derecho Sanitario, Fundación Mapfre Medicina, 1998.
- FERNÁNDEZ ENTRALGO J. *La responsabilidad civil y penal del médico*. Ilustre Colegio Oficial de Médi-

- cos de Madrid, Madrid, 1999. Capítulo: *Consecuencias jurídicas de los delitos y de las faltas. La inhabilitación, la privación de libertad y otras.*
- FRANCINO I, BATLLE FX. *El otorgamiento de voluntades anticipadas. Cuestiones prácticas.* VIII Congreso Nacional de Derecho Sanitario, en proceso de publicación por la Asociación Española de Derecho Sanitario y Fundación Mapfre.
- GALLEGO S. *Manual actualizado sobre el Procedimiento disciplinario del Personal Estatutario.* Madrid, Instituto Nacional de la Salud, 1994.
- GARCÍA PAREDES A. Ponencia del Curso sobre Legislación y Psiquiatría, Presidente de la Audiencia Provincial de Madrid, Comunidad de Madrid, 5 de octubre de 2000.
- GISBERT JA. *Medicina legal y Toxicología.* Valencia, Fundación García Muñoz, 1984.
- HERRAZ RODRÍGUEZ G. *El Código de Ética y Deontología Médica.* Unidad didáctica 6 del plan de formación en responsabilidad legal profesional, de la Asociación Española de Derecho Sanitario, 2000. Comentarios al Código de Ética y Deontología Médica, Pamplona, Eunsa, 1992.
- JIMÉNEZ DE PARGA, CABRERA M. *El Derecho a la Salud en la Constitución Española.* Apertura del IX Congreso Nacional de Derecho Sanitario, de la Asociación Española de Derecho Sanitario publicado por Diariomedico.com el 18 de octubre de 2002.
- JORGE BARREIRO A. *La imprudencia punible en la actividad medicoquirúrgica.* Madrid, Ed. Tecnos, 1990.
- JORGE BARREIRO A. *La responsabilidad civil y penal del médico.* Ilustre Colegio Oficial de médicos de Madrid, Madrid 1999. Capítulo: *La imprudencia profesional del médico en el nuevo Código Penal español de 1995.*
- LAIN ENTRALGO P. *La historia clínica.* Madrid, Editorial Triacastela, 1998.
- LÓPEZ P, MOYA F, MARIMÓN S, PLANAS I. *Protección de datos de salud-Criterios y Plan de Seguridad.* Ed. Díaz de Santos, 2001.
- LÓPEZ PENA I. *Reflexiones en torno a los testamentos vitales.* V Congreso de Derecho Sanitario. Madrid, Asociación de Derecho Sanitario y Fundación Mapfre, 1999.
- LUCAS MURILLO de la CUEVA P. *La publicidad de los archivos judiciales y la confidencialidad de los datos sanitarios.* VII Congreso Nacional de Derecho Sanitario, Madrid, octubre de 2000. Ed. Fund. Mapfre Medicina, 2001.
- MARTÍNEZ AGUADO LC. *Atención al Paciente.* Madrid, Ed. Certeza, 1996.
- MAZA MARTÍN JM. *La ley básica y las instrucciones previas.* Ponencia del Master en Derecho Sanitario de la Universidad Complutense de Madrid, 26 octubre, 2002.
- MÉJICA J. Hacia un estatuto jurídico desarrollado de la historia clínica, Revista *La Ley*, núm. 5638, 22 de octubre de 2002.
- MERINO JIMÉNEZ A. *La responsabilidad civil y penal del médico.* Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid, Madrid 1999.
- MICHAUD J. Informe explicativo del Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina. Publicado por *Diario Médico*, el 4 de abril de 1997.
- MORALES PRATS F. *Eutanasia y Código Penal.* V Congreso Nacional de Derecho Sanitario. Asociación Española de Derecho Sanitario. Fund. Mapfre Medicina, 1999.
- O'CALLAGHAN X. Nuevas orientaciones jurisprudenciales en materia de responsabilidad civil médica. *Actualidad Civil*, núm. 1, enero de 2001.
- OTERO GÓNZALEZ M.ªP. *Justicia y Secreto Profesional.* Madrid, Ed. Centro de Estudios Ramón Areces, S.A., 2001.
- REQUERO IBÁÑEZ JL. El consentimiento informado y la responsabilidad patrimonial de las Administraciones, Actualidad Administrativa número 31, semana 29 de julio al 4 de agosto de 2002, Revista *La Ley*.
- ROMEO CASABONA C. *Información y documentación clínica.* Su tratamiento jurisprudencial (1990-1999). Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2000.
- SÁNCHEZ GONZÁLEZ MA. *La ley básica y las instrucciones previas.* Ponencia del Master en Derecho Sanitario de la Universidad Complutense de Madrid.
- SÁNCHEZ-CARO J, ABELLÁN F. *Telemedicina y Protección de Datos Sanitarios. Aspectos legales y éticos.* Granada, Biblioteca de derecho y ciencias de la vida. Ed. Comares, 2002.
- SÁNCHEZ-CARO J, ABELLÁN F. *Imprudencia y negligencia en la profesión médica.* Fundación Salud 2000. Granada 2001.
- SÁNCHEZ-CARO J, ABELLÁN F. *Reproducción Humana Asistida y Responsabilidad Médica (consideraciones legales y éticas sobre casos prácticos).* Granada, Fundación Salud 2000, 2001.
- SÁNCHEZ-CARO J, ABELLÁN F. *Consentimiento Informado.* Parte 1.ª Madrid, Fundación Salud 2000, 1999.
- SÁNCHEZ-CARO J, ABELLÁN F. *Consentimiento Informado.* Parte 2.ª Madrid, Fundación Salud 2000, septiembre de 1999.
- SÁNCHEZ-CARO J, ABELLÁN F. *Ética y Deontología Médica.* Madrid, Fundación Salud 2000, noviembre de 2000.
- SÁNCHEZ-CARO J, ABELLÁN F. *Derecho y Reproducción Humana, Endocrinología Pediátrica, Inmunología y Neurología.* Madrid, Fundación Salud 2000, junio de 1998.
- SÁNCHEZ-CARO J, ABELLÁN F. *Derecho y Reproducción Humana (Monográfico).* Madrid, Fundación Salud 2000, noviembre de 1998.
- SÁNCHEZ-CARO J, SÁNCHEZ-CARO J. *Consentimiento Informado en Psiquiatría,* Madrid, Ed. Díaz de Santos, 2002.
- SÁNCHEZ-CARO J, SÁNCHEZ-CARO J. *El Médico y la Intimidad.* Madrid, Ed. Díaz de Santos, 2001.

CAPÍTULO 4

La gestión contractual en las organizaciones sanitarias públicas

Clara Eugenia García

Introducción ■

Análisis y gestión de contratos en las organizaciones sanitarias: un marco teórico para la definición de competencias y funciones ■

El «contrato programa» como opción estratégica en la gestión de las organizaciones sanitarias ■

Los «contratos-programa» y su implementación ■

Conclusiones ■

Bibliografía ■

Introducción¹

Dado el carácter de esta obra y sus contenidos eminentemente prácticos, orientados a facilitar la organización y gestión de organizaciones complejas como es el caso de las sanitarias, hemos creído oportuno introducir un capítulo dedicado al análisis de la gestión contractual o gestión de contratos.

La organización sanitaria, al igual que el resto de las organizaciones, tiene múltiples aspectos, entre los que destacan los siguientes: (1) la estructura organizativa formal; (2) la estructura organizativa informal o grado de conexión e interacción entre sus miembros; (3) la misión y objetivos; (4) los criterios de evaluación del rendimiento individual y colectivo; (5) la gestión de las operaciones que garantizan la prestación eficiente del servicio final; (6) la definición de estrategias óptimas; (7) la dirección y capacitación de los recursos humanos, y (8) el grado de integración y adaptación a las condiciones del entorno en el que se desenvuelven dichas organizaciones. Sin embargo, al hablar de las características de las organizaciones, económicas y no económicas, apenas se hace referencia al hecho de que buena parte de los problemas de gestión y dirección de todas ellas están estrechamente relacionados con la gestión de los contratos que han suscrito tanto con proveedores como con los propios empleados.

En suma, son muchos los aspectos de la gestión hospitalaria que se ven frenados o impulsados por la naturaleza y características de las relaciones contractuales. Incluso si adoptamos una de las visiones más generalizadas sobre las organizaciones hospitalarias, según la cual éstas son sistemas de producción complejos y cuya gestión, por tanto, está íntimamente relacionada con la gestión de las operaciones, la optimización de estas últimas depende en buena medida de la gestión de los contratos –explícitos o tácitos– subyacentes.

El ejemplo más claro sobre las relaciones a las que se ha hecho referencia lo constituye la tendencia creciente a contratar empresas externas al propio hospital para la prestación de determinados servicios y actividades que tradicionalmente formaban parte del conjunto de operaciones prestadas en su seno. Entre esas actividades figuran tanto las más alejadas del núcleo o esencia del servicio sanitario, como la seguridad o los propios servicios de restauración y hostelería, y también otras estrechamente ligadas al servicio prestado, tales como las relacionadas con la analítica o ciertos servicios médicos especializados, por ejemplo el radiodiagnóstico o el tratamiento e interpretación de imágenes mediante sofisticadas tecnologías.

Ahora bien, la gestión hospitalaria incluye tanto la asignación, coordinación y control de los recursos internos disponibles, y asignados a los distintos niveles directivos, como las relaciones contractuales –contratos– con el exterior. De este modo, a los actuales gestores y directivos les corresponde la difícil tarea de lograr un «*equilibrio transaccional*» del que va a depender la eficiencia de su gestión. Por otra parte, este equilibrio transaccional en las grandes organizaciones sanitarias, sobre todo en las públicas, no es el resultado de la aplicación de criterios de eficiencia y racionalidad en sentido estricto, sino que ambas dependen del marco institucional y de las condiciones impuestas por las principales autoridades y agencias gubernamentales, así como de las condiciones que imponen los distintos grupos o coaliciones existentes en el interior de cada una de las organizaciones. Estas relaciones constituyen la esencia del gobierno de las organizaciones sanitarias, destinado a dotarlas de transparencia, legitimidad y eficiencia.

¹ La autora agradece a los participantes en el *I Curso en Gestión de las Organizaciones Sanitarias*, organizado por la Universidad Carlos III de Madrid y la Cátedra Pfizer, los comentarios realizados en relación con las principales propuestas contenidas en estas páginas, y de forma especial a la Dra. Ruiz, quien, gracias a su entusiasmo, capacidad de trabajo y confianza, ha hecho posible la elaboración de este Capítulo.

Algunos ejemplos de esta «*lógica contractual*» son la resistencia de muchos trabajadores o de colectivos enteros a realizar determinadas funciones o tareas no especificadas claramente en la relación de puestos de trabajo vigente en la institución o la lenta adopción de nuevos protocolos y rutinas, incluidas las administrativas, en ciertas organizaciones, sobre todo en las burocracias jerárquicas o en las mismas burocracias profesionales. En otros casos, la gestión sanitaria se resiente porque es imposible sustituir relaciones contractuales internas por relaciones contractuales externas y de mercado más eficientes tanto desde el punto de vista de los costes de producción como desde el punto de vista de la calidad de los servicios prestados.

Este capítulo se ha dividido en tres apartados. En el primero se presentan las herramientas conceptuales y analíticas asociadas al análisis y gestión de los contratos. En el segundo se detallan las principales características y efectos de los «contratos-programa» que se utilizan en nuestro país entre la Administración y los centros sanitarios. Por último, en el tercer epígrafe se hace referencia a la forma en que estos contratos se integran en el proceso de toma de decisiones y organización interna de los centros sanitarios.

Análisis y gestión de contratos en las organizaciones sanitarias: un marco teórico para la definición de competencias y funciones

Hemos definido los contratos como los instrumentos de los que se sirven la organización y sus responsables para acceder a los recursos financieros, humanos y tecnológicos necesarios para el cumplimiento de sus objetivos, instrumentos que garantizan el acceso a dichos recursos mediante su incorporación a la propia organización o bien mediante la adquisición externa, ocasional o a largo plazo de los mismos.

Por tanto, y de manera simplificada, podemos afirmar que la función directiva tiene como una de sus tareas fundamentales la gestión de los contratos, concebidos éstos como instrumentos de organización de las actividades que es necesario ejecutar para alcanzar los objetivos establecidos. En tanto que instrumentos de la organización, los contratos han de entenderse como herramientas a partir de las cuales se logra coordinar al conjunto de individuos que componen la organización y a las empresas y organizaciones externas cuyos servicios se necesita incorporar a la organización sanitaria. Por otra parte, estos contratos –naturaleza, alcance y contenidos– incluyen los incentivos que tienen tanto los individuos de la organización como las personas ajenas a ella para realizar sus actividades, y determinan de una forma u otra el grado de compromiso con la organización. En la gestión diaria surgen con frecuencia conflictos que resultan irresolubles, o cuya solución dista mucho de ser satisfactoria para el cumplimiento de los objetivos actuales de la organización, que no pueden ser analizados desde ninguna perspectiva que no sea la de la propia «*lógica contractual*».

Ahora bien, estos contratos son diferentes (Fig. 4.1) no sólo en cuanto a sus especificaciones sino también en su naturaleza, alcance y efectos. La primera de estas diferencias reside en el grado en que las partes pueden aceptar de antemano las bases del acuerdo –cooperación– y establecer, sin ambigüedades, sus compromisos. Cuando esto es posible hablamos de contratos completos o perfectos, con independencia del marco legal en el que surgen (Fig. 4.2). Sin embargo, la mayor parte de los contratos que vinculan nuestra organización con el personal que tenemos a nuestro cargo y con las empresas y laboratorios que proveen los bienes demandados, no son contratos completos ya que todos ellos están sometidos, en mayor o menor medida, a futuras renegociaciones entre las partes (Fig. 4.3).

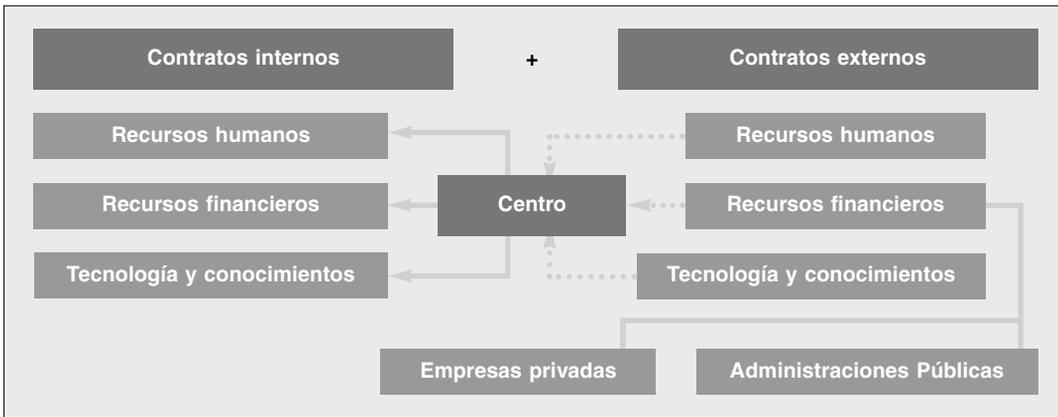


Figura 4.1. Gestión y control de las relaciones contractuales. Tipología general. Fuente: Elaboración propia.

La renegociación de los acuerdos no es algo voluntario, sino que viene impuesta por la incertidumbre que sobre el futuro tienen ambas partes, y ello a pesar del esfuerzo de los servicios legales de nuestra organización por reducir dicha incertidumbre, y por el impacto de esa incertidumbre en nuestros intereses, reflejado en las diferentes cláusulas de salvaguarda que se introducen. Aun así, es imposible anticipar todas las situaciones que pudieran producirse y, además, todos y cada uno de los cursos de acción que se reservan las partes en caso de que tales situaciones se presenten. Por ello, y porque toda organización se caracteriza por la constante presencia de conflictos entre facciones con intereses enfrentados, la gestión y la toma de decisiones se traduce en un ejercicio constante de negociación y renegociación.

En la Figura 4.2 las organizaciones sanitarias actúan como demandantes de bienes y servicios, si bien al mismo tiempo son prestatarias de servicios que rara vez pueden considerarse sujetos a las características de la contratación perfecta. Los servicios asistenciales y clínicos son parte de un «contrato» no mercantil entre la organización y la sociedad y en ellos concurren las características mencionadas: incertidumbre, complejidad de los servicios prestados y, generalmente, relaciones cuyo horizonte temporal es difícil de prever.

En la Figura 4.3 se incluyen las características y efectos de los contratos imperfectos, o en otras palabras, los contratos efectivos que tienen lugar en distintos ámbitos de nuestros sistemas sociales. Dos son las conclusiones principales que debemos extraer: en primer lugar, que estos contratos generan costes económicos derivados del proceso de negociación y posteriores renegociaciones; y en segundo lugar, que la renegociación de estos contratos puede alterar el compromiso inicial entre las partes y los incentivos de éstas para cumplir lo acordado, lo que se traduce en un incremento notable de los costes de transacción².

Por otra parte, en la medida en que el poder de negociación de las partes sea asimétrico o exista una relación de dependencia desigual entre las partes, la renegociación del contrato puede conducir al progresivo deterioro de la colaboración entre ambas en detrimento de los intereses de la parte con menor poder de negociación³.

² Estos costes de transacción han de tenerse en cuenta a la hora de diseñar las distintas estrategias de organización y aprovisionamiento de los diferentes servicios y actividades prestadas por los centros sanitarios.

³ En la bibliografía económica esta situación recibe el nombre de monopolio bilateral y representa la apropiación de los resultados (beneficios o rentas económicas) debidos al esfuerzo de la parte en desventaja en el momento de la renegociación, por parte del agente que cuenta con mayor poder de negociación.

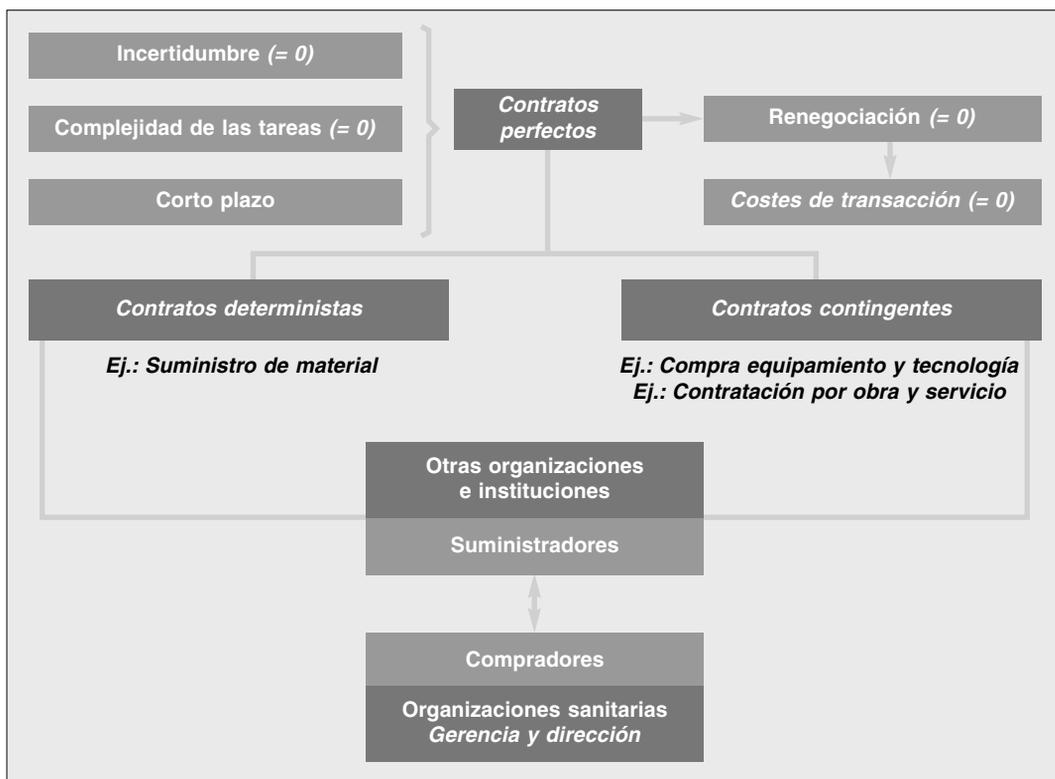


Figura 4.2. Esquema básico de gestión de contratos perfectos. Fuente: Elaboración propia.

En el caso de las organizaciones sanitarias públicas, la gestión de las relaciones contractuales –contratos incompletos– viene dada por el ámbito de las competencias correspondientes a la dirección y gerencia de los centros. Por ello, resulta necesario en primer lugar revisar la naturaleza de las relaciones existentes entre Administración y organizaciones sanitarias.

En términos generales, las relaciones entre la Administración y la sociedad en su conjunto, por un lado, y los centros sanitarios y los profesionales de la medicina, por otro, pueden entenderse como parte de una *relación de agencia* (Fig. 4.4). En esta relación de agencia, a los ciudadanos y, en su nombre a la Administración, les corresponde la función del denominado «*principal*», que en el mundo de la empresa privada se identifica con los propietarios de la organización⁴. Los aspectos fundamentales de esta relación pueden sintetizarse en los siguientes puntos:

- La delegación de la toma de decisiones en la organización, por parte de este «*principal*», en uno o varios «*agentes*» responsables de la gestión de la organización⁵.

⁴ El actual modelo de financiación de la sanidad pública facilita la comprensión de esta relación de agencia, si bien, a diferencia de lo que representan los accionistas (*shareholders*) de las grandes corporaciones empresariales, en las organizaciones sanitarias (al igual que sucede en el caso de las universidades) son los *stakeholders* quienes ejercen el control de las mismas.

⁵ Esta delegación de la toma de decisiones tiene un carácter contractual dado que los agentes pueden ser despedidos en caso de que existan conflictos de intereses irresolubles entre ambas partes.



Figura 4.3. Esquema básico de gestión de contratos incompletos. Fuente: Elaboración propia.

- La existencia natural de conflictos de intereses entre los objetivos de este *principal* y los *agentes*⁶.
- La posibilidad de reducir las pérdidas causadas por dichos conflictos mediante el uso de distintos mecanismos de control, o bien mediante el diseño de sistemas de incentivos orientados a fomentar la alineación de los objetivos entre las partes.

No obstante, uno de los aspectos que más llama la atención en relación con la figura de los directivos y gerentes de las organizaciones sanitarias, es el relativo a los intereses que realmente representan. Esta cuestión no es trivial ya que, por una parte, cabe pensar que han de representar los intereses del bienestar común mientras que, por otro lado, constituyen el nexo entre los intereses de los profesionales de la medicina y los intereses de los representantes públicos de los ciudadanos⁷.

La relevancia de los *contratos de agencia* reside en que contienen las herramientas básicas que garantizan el cumplimiento de los objetivos del *principal* mediante la aplicación de distintos sistemas de incentivos, tanto monetarios como no monetarios. Por otra parte, son contratos que en las organizaciones sanitarias permiten la transición de la gestión profesional y administrativa a la gestión basa-

⁶ Es importante hacer notar el hecho de que en la relación de agencia el conflicto de intereses se refiere, exclusivamente, a intereses individuales, de tal forma que los sistemas de control e incentivos, también individuales, permiten minimizar las pérdidas y desviaciones asociadas a dichos conflictos.

⁷ Esta situación, por otra parte, no difiere sustancialmente de la situación más conocida y estudiada, correspondiente a la función de los directivos de las grandes corporaciones privadas que cotizan en bolsa en relación con los accionistas minoritarios, de tal forma que es posible llegar a la conclusión de que directivos y gerentes, en realidad, tratan de maximizar u optimizar sus propios intereses (p. ej., la permanencia en el cargo) lo que es independiente de la retórica que frecuentemente acompaña a las decisiones finalmente adoptadas.

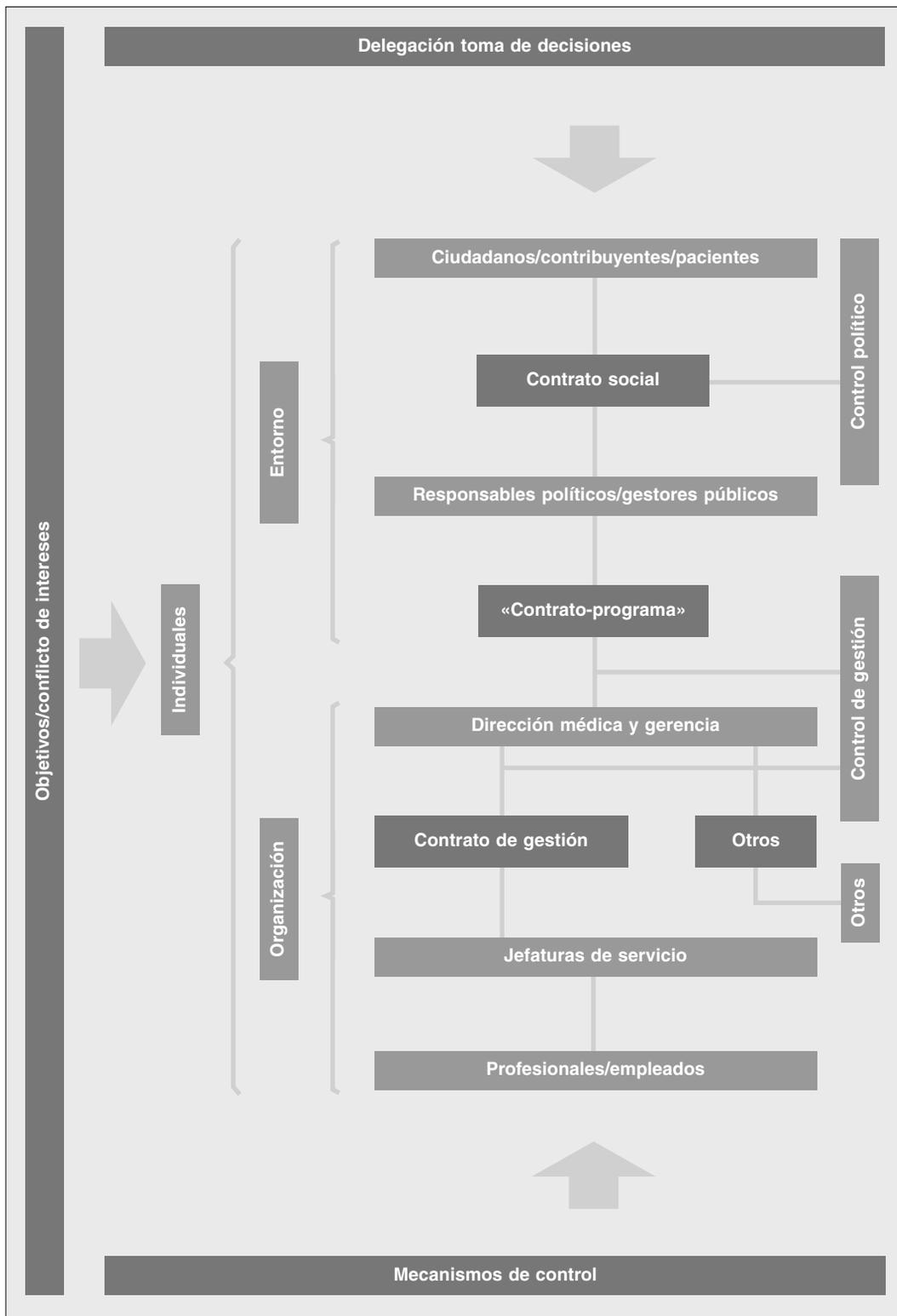


Figura 4.4. La relación de agencia y las organizaciones sanitarias. Fuente: Elaboración propia.

da en principios de mercado o eficiencia, apoyándose en la gestión y coordinación descentralizadas entre unidades y agentes individuales mediante la aplicación de sistemas de incentivos⁸.

En el contexto específico de las organizaciones sanitarias en España, los denominados «contratos-programa» constituyen una herramienta de planificación por objetivos y control de la gestión de los centros, por lo que sus efectos se proyectan a la mejora –eficiencia– en la asignación de recursos, y no a los criterios y conflictos relativos a la distribución de estos recursos. Sin embargo, estos contratos son fuente de numerosas disputas y conflictos entre las partes afectadas, particularmente entre las diferentes unidades y colectivos de las organizaciones. Para entender los actuales niveles de incertidumbre y descontento que entre distintos colectivos de las organizaciones sanitarias han generado los «contratos-programa», hemos de tener en cuenta los siguientes aspectos: (1) el hecho de que las distintas relaciones contractuales que afectan a los miembros de la organización se acuerden en períodos temporales diferentes; (2) los efectos retroactivos derivados de la aplicación de los nuevos acuerdos contenidos en los «contratos-programa» respecto a otros acuerdos (tácitos y explícitos) ya existentes; (3) el hecho de que la participación de la Administración Pública en la fijación de los objetivos y términos del «contrato-programa» generaliza la percepción de que la Administración favorece a determinados colectivos en detrimento de otros; ello explica el «divorcio» entre los profesionales de la medicina y los responsables de la administración y gerencia en buena parte de las organizaciones sanitarias más complejas. Estos conflictos tienen su origen en la existencia de acuerdos contractuales previos y en el impacto del «contrato-programa» sobre la distribución de los recursos de la organización en relación con las condiciones existentes. En suma, sin esos acuerdos contractuales previos la creación de un nuevo marco de relaciones no representaría una fuente de conflicto y disputa sobre la distribución de los recursos existentes.

El «contrato-programa» como opción estratégica en la gestión de las organizaciones sanitarias

En este epígrafe se analiza el papel de los «contratos-programa» en el contexto de un proceso de cambio institucional y organizativo más amplio, fuera del cual resulta difícil entender la finalidad de tales contratos.

Las organizaciones sanitarias se han enfrentado, a lo largo de los últimos quince años, a transformaciones importantes del entorno en el que operan. Estas transformaciones incluyen, por una parte, cambios institucionales y, por otra, cambios en la naturaleza y características de los recursos empleados. Entre los primeros figura la transformación de los sistemas públicos de salud. La necesidad de controlar el gasto público sanitario y de racionalizar los recursos surge en un momento en el que, además, se pone en evidencia una creciente inadecuación entre la oferta y la demanda⁹, que hace aconsejable la revisión de las políticas públicas de salud y de los modelos de gestión sanitaria. Paralelamente a los cambios institucionales, las nuevas características de la demanda, junto con el destacado desarrollo tecnológico que se ha producido tanto en el ámbito de la práctica médica como en el de la gestión sanitaria, han alterado la definición de los servicios prestados –catálogo– y la forma en que se prestan.

⁸ Sin esos incentivos los contratos no garantizan la consecución de dichos objetivos, a menos que el *principal* incurra en elevados costes de control, lo que redundaría en un incremento del coste final de los servicios sanitarios.

⁹ En estrecha relación con los cambios en los perfiles sociodemográficos de la población.

La necesidad de las organizaciones sanitarias de responder a estos cambios se ha traducido en el diseño e implementación de una serie de instrumentos y criterios destinados a favorecer su adaptación. Este proceso de adaptación está resultando costoso, y se ve dificultado además por la aparición de conflictos entre las distintas unidades, grupos y miembros de las organizaciones sanitarias. El coste de la adaptación se debe, sobre todo, a la inercia organizativa de los centros, de sus prácticas y modelos de administración, y a la existencia de acuerdos previos que quedan modificados por las nuevas medidas. Por todo ello, el éxito de la adaptación dependerá de la capacidad de la organización y de sus integrantes para acometer cambios internos, particularmente los asociados a la estructura organizativa y funcional, así como cambios en el ámbito de la cultura de la propia organización.

En la Figura 4.5 se ha tratado de reflejar algunos de los cambios más importantes en el entorno de las instituciones sanitarias de nuestro país, así como la reorientación general del sistema sanitario público español. En su conjunto, esta reorientación se traduce en la búsqueda de un modelo de gestión más orientado al mercado, basado en la prestación del servicio y, sobre todo, en la adopción de principios de gestión y organización de los procesos y prácticas médicas en torno al paciente. En este proceso de cambio, es importante tener en cuenta que la definición de objetivos y la selección de las distintas opciones estratégicas factibles para las organizaciones sanitarias tienen lugar en un espacio estratégico limitado. Los límites de este espacio vienen dados por objetivos, normas e intereses de los actores externos –*stakeholders*–, y por las propias restricciones que las características internas de la organización imponen.

Como se aprecia en la Figura 4.5, los dos niveles de las organizaciones sanitarias que se ven afectados por los cambios del entorno y por las nuevas demandas son el cuerpo técnico de gestión y el amplio y heterogéneo colectivo de profesionales de la medicina. En este marco, los principales efectos son los que se indican a continuación: (1) la búsqueda de principios de eficiencia por parte de las instituciones y dentro del marco legal, que afecta a las funciones del cuerpo técnico de gestión y dirección; (2) la demanda de efectividad en la prestación de los servicios médicos por parte de los usuarios y pacientes del sistema, que repercute tanto sobre el cuerpo técnico de dirección como sobre la práctica médica profesional; y (3) la interacción de las nuevas tecnologías y de los avances en el conocimiento científico con la práctica profesional y con las demandas de nuevos recursos e inversiones, necesarios además para garantizar la eficacia del servicio prestado al paciente. Estos efectos se traducen en una mayor relevancia del cuerpo técnico de gestión y en la necesidad de redefinir las relaciones entre éste y los profesionales de la salud.

Además, es en este contexto en el que se gesta la necesidad de responder a los retos a través de instrumentos propios de la planificación estratégica. Este proceso es el que se sintetiza en la parte inferior de la Figura 4.5, en la que destacan los siguientes puntos: (1) el impacto que, en la definición de los objetivos, tienen los distintos agentes externos y factores del entorno; (2) los efectos de estos objetivos sobre la definición de las competencias –rango, especialización y diversificación del catálogo de servicios prestados por la organización con arreglo a los principios de eficiencia y efectividad–; (3) las dificultades que surgen durante la implementación de la opción estratégica seleccionada, debido sobre todo a las características internas de la organización sanitaria, así como a la modificación de los acuerdos contractuales preexistentes, a la que se ha hecho referencia en el epígrafe anterior.

El reto reside, por tanto, en seleccionar aquella opción estratégica –objetivos– que minimice el impacto y los costes asociados a los conflictos ulteriores. En este sentido, y dado que las organizaciones sanitarias presentan un entramado organizativo particularmente complejo, es necesario seleccionar la herramienta de gestión estratégica que con-

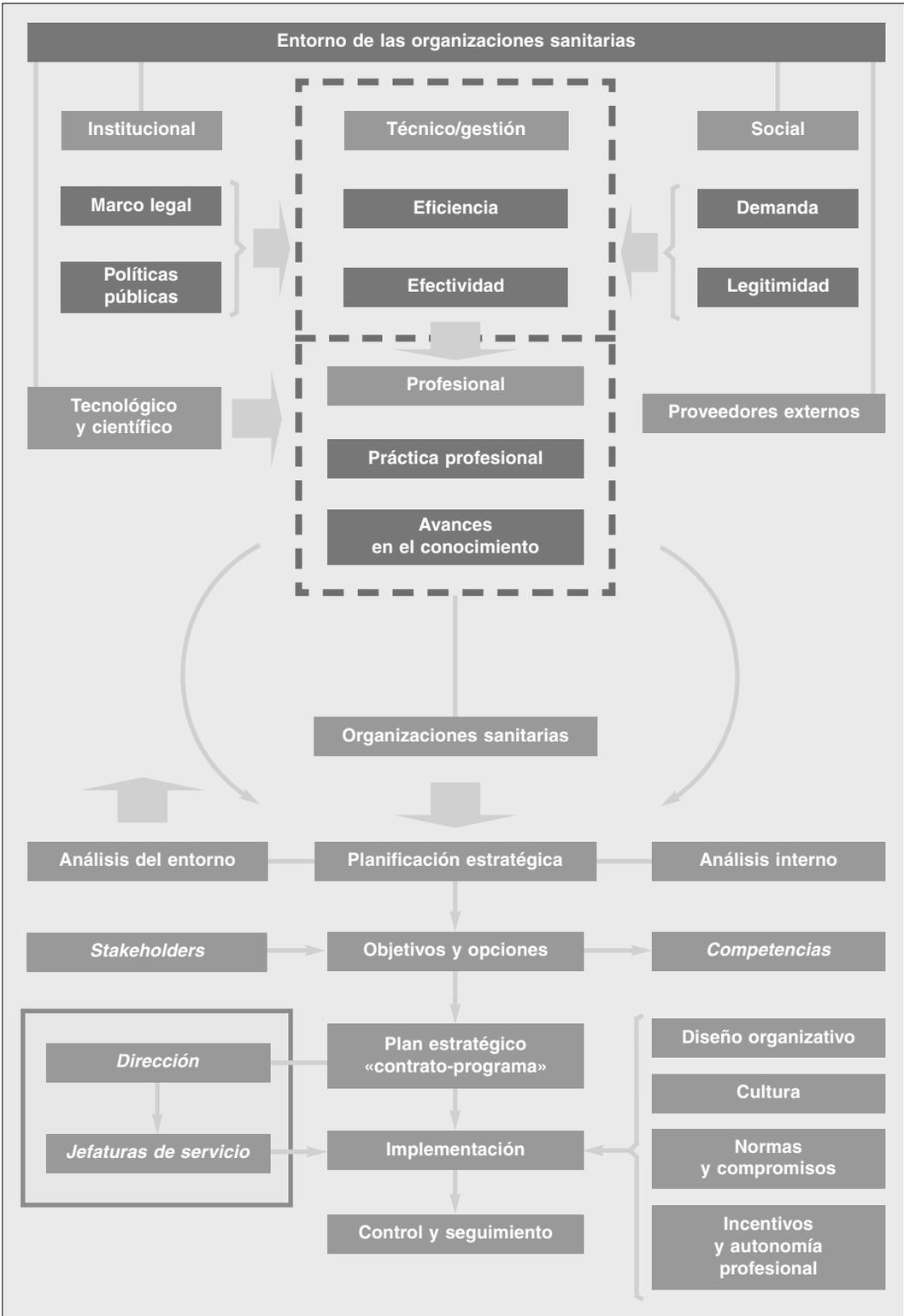


Figura 4.5. Los procesos de cambio y las organizaciones sanitarias. Fuente: Elaboración propia.

tribuya a reducir el divorcio o dicotomía entre los objetivos y la implementación. En suma, se trata de facilitar la comunicación entre los técnicos de la gestión y dirección y los profesionales de la salud, a quienes corresponde, a través de las jefaturas de servicio, implementar las medidas estratégicas adoptadas.

La Figura 4.6 sintetiza el rango de alternativas factibles para la dirección y gerencia de los centros, sin que dichas alternativas impliquen la redefinición completa de las relaciones internas ni generen tensiones tales que amenacen la consecución de los objetivos. Es importante señalar a este respecto que la elección de esas alternativas guarda una estrecha relación con el horizonte temporal de los objetivos definidos y con la naturaleza de los cambios introducidos, que pueden ser incrementales, entendidos como procesos de mejora, o radicales, si suponen la reformulación de funciones, la redefinición de tareas y la transformación de las bases y compromisos sobre los que se ha fundamentado la organización en el pasado¹⁰.

Dos son los aspectos particularmente relevantes que se desprenden de la figura anterior: En primer lugar, el lugar destacado que ocupa la gestión de procesos y operaciones asociadas a la prestación del servicio¹¹ en la selección de las herramientas disponibles. Y, en segundo lugar, los distintos grados de discrecionalidad en la toma de decisiones que corresponde a la dirección y gerencia de las organizaciones en función de las alternativas seleccionadas. Este último aspecto merece especial atención ya que cuanto mayor sea la discrecionalidad de la dirección y gerencia, mayor será la necesidad de adoptar modelos internos de toma de decisiones basados en la participación y el consenso, que doten a los gestores, y a las decisiones por ellos adoptadas, de legitimidad interna.

Por último, cabe mencionar que los denominados «contratos-programa» vigentes en nuestro país dan cobertura a cualquiera de las opciones estratégicas indicadas, si bien, dado el corto período al que se extienden, constituyen un marco para la definición e implementación de estrategias asociadas con cambios incrementales –racionalización de procesos y mejora de la productividad– que, por otra parte, implican grados de discrecionalidad de la dirección relativamente bajos. La cuestión pendiente es, sin embargo, si estos cambios son los que el sistema sanitario necesita para adaptarse de forma eficiente y efectiva a las condiciones de un entorno dinámico. En nuestra opinión, estos «contratos-programa» han de entenderse como una herramienta de gestión en evolución, de tal forma que faciliten la transición hacia opciones estratégicas de mayor alcance. Igualmente, es preciso señalar que si no existe un planteamiento secuencial y evolutivo de dichos programas, cualquier intento de introducir cambios radicales en las organizaciones sanitarias sin haber resuelto las tensiones internas que se han mencionado se verá bloqueado en la fase de implementación.

¹⁰ Estos cambios radicales comprometen la eficacia y la eficiencia de la organización a corto y medio plazos, limitando su capacidad de adaptación a los cambios del entorno, y suelen ir acompañados de procesos de reestructuración tales como el cierre de ciertas unidades y servicios, la salida de un buen número de profesionales o la creación de nuevos servicios al margen de las unidades e intereses preexistentes.

¹¹ No cabe duda de que en las organizaciones sanitarias la aplicación de técnicas de gestión de las operaciones y optimización de los procesos tiene un notable impacto en el control de costes y en la mejora de la calidad del servicio prestado. Por otra parte, la gestión y protocolo de los procesos resulta vital cuando las organizaciones se enfrentan a un cambio en la unidad básica en torno a la cual se organizan los servicios, como ha ocurrido con la reciente adopción del «paciente» como unidad de referencia fundamental. En la actualidad coexisten tanto modelos de diferenciación vertical, en los cuales los centros sanitarios se organizan en torno a especialidades médicas destinadas a tratar a grupos específicos de pacientes, como modelos que responden a una organización interna funcional basada en servicios diseñados con criterios similares a los de las «líneas de producto», y en cuyo interior es posible identificar unidades médicas especializadas. Finalmente, la tendencia más reciente, en estrecha consonancia con las nuevas prácticas de gestión, trata de organizar los procesos de los centros sanitarios en torno a los pacientes, de tal forma que la infraestructura, el personal de administración y apoyo y el propio personal médico se distribuyen en distintos procesos de acuerdo con las características de diferentes grupos de pacientes cuyo tratamiento presenta una relativa homogeneidad.

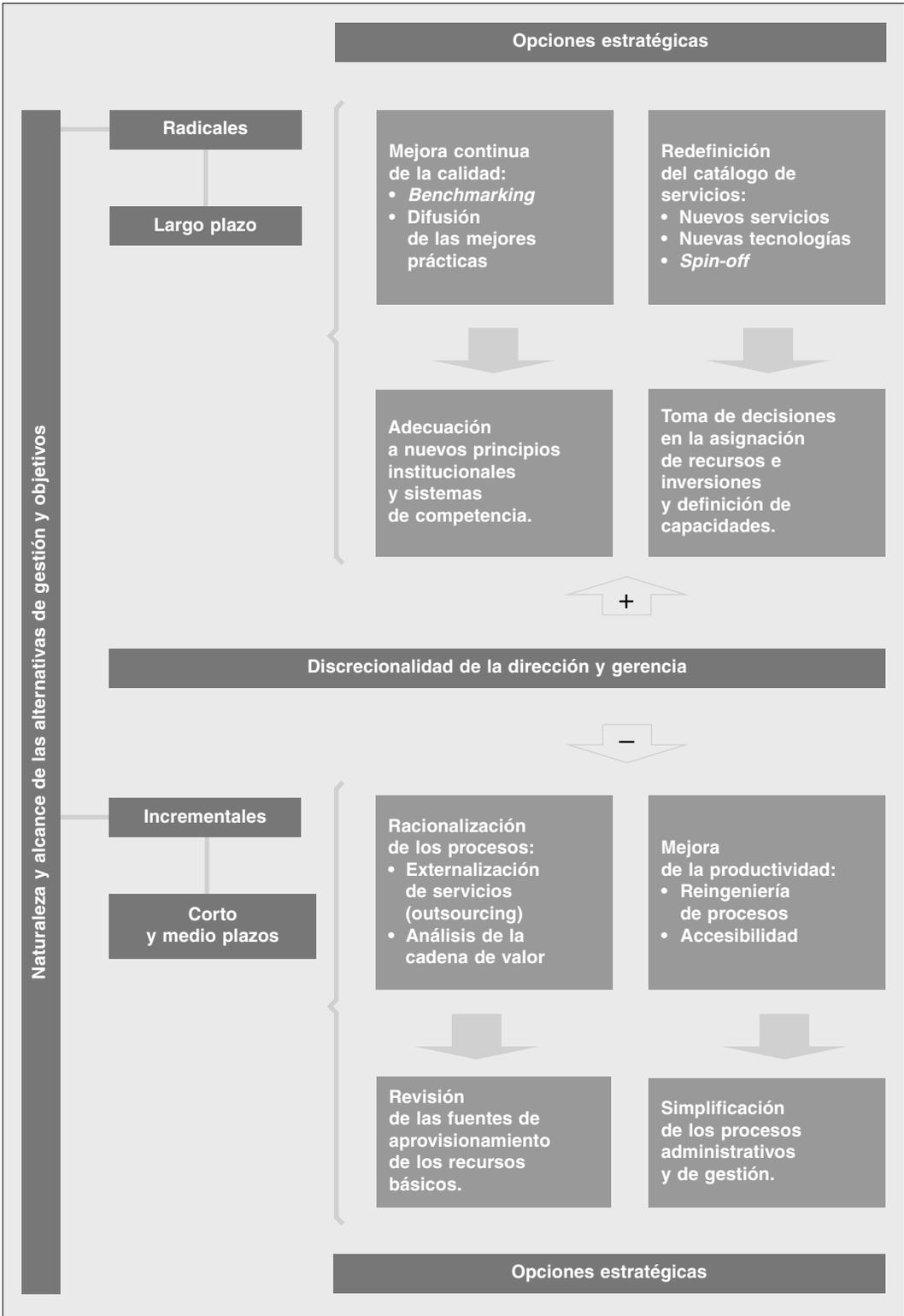


Figura 4.6. Opciones estratégicas en las organizaciones sanitarias. Fuente: Adaptado de Cicchetti, A. (2003).

Los «contratos-programa» y su implementación

En este último apartado nos centraremos en el proceso de implementación de los objetivos definidos en las distintas herramientas de gestión estratégica, particularmente en los «contratos-programa» suscritos por la Administración y las instituciones sanitarias regionales, con los centros sanitarios públicos, y que se hacen operativos mediante los denominados contratos de gestión entre los distintos servicios y el centro¹². Nuestro análisis parte de la ya mencionada relación dicotómica entre la dirección y gerencia de los centros y las unidades de las que depende la implementación de los objetivos, formadas esencialmente por los profesionales, y en especial por médicos. Los datos básicos que a continuación se ofrecen proceden del estudio realizado por la Cátedra Pfizer acerca de la *Percepción de los jefes de servicio sobre su función directiva*.

De dicha información se pueden extraer conclusiones particularmente valiosas que respaldan el análisis realizado en los dos epígrafes anteriores. En este sentido, la estructura organizativa y la toma de decisiones en las que se apoya el cambio en la orientación estratégica de las organizaciones sanitarias, en este caso los hospitales, son las que se reflejan en la Figura 4.7.

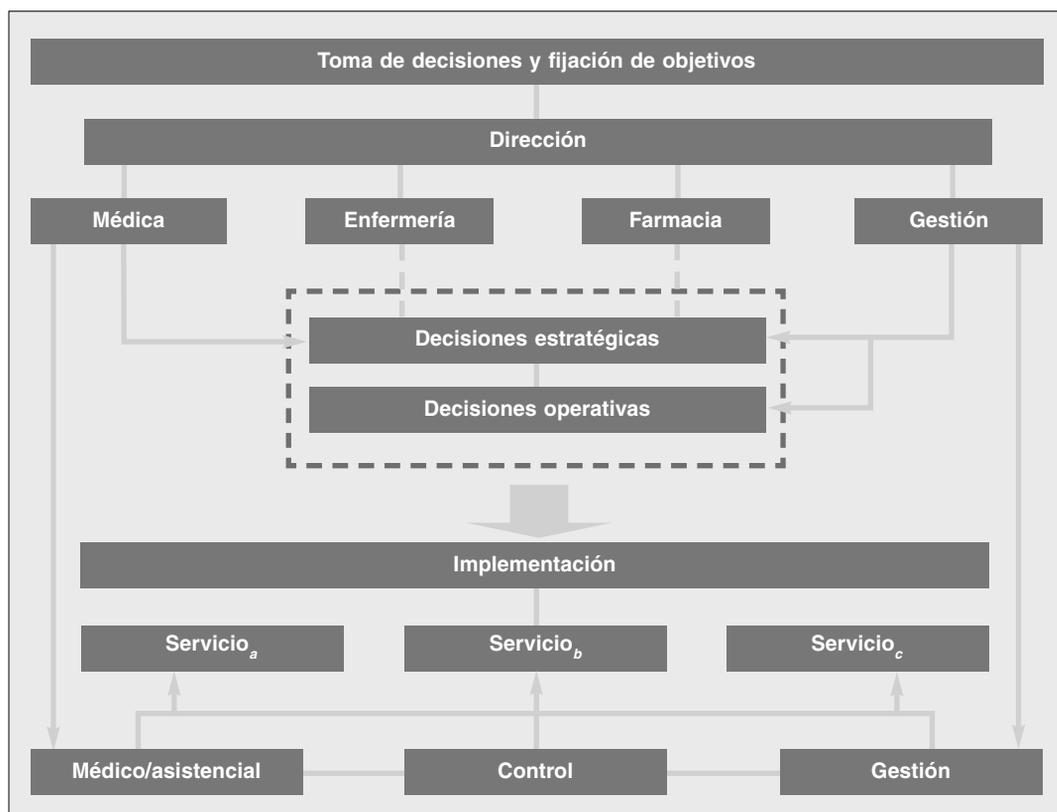


Figura 4.7. La toma de decisiones en los hospitales españoles y su percepción por los jefes de servicio. Fuente: Elaboración propia a partir del estudio de la Cátedra Pfizer (2003).

¹² Más del 70% de los jefes de servicio que participaron en el estudio acerca de la *Percepción de los jefes de servicio sobre su función directiva* confirmaron la existencia de este contrato de gestión.

Además de tener en cuenta la separación existente entre la toma de decisiones destinadas a la fijación de los objetivos estratégicos y la implementación de éstos, es importante señalar que el propio proceso de toma de decisiones, que corresponde a la dirección de los centros, no puede entenderse como un proceso estrictamente racional y objetivo. Ello es así no sólo porque quienes toman las decisiones tienen su propia visión de la organización que dirigen y del entorno en el que ésta se inscribe, sino por la existencia de colectivos organizados (sindicatos, grupos de investigación, etc.), con objetivos y visiones propias y no necesariamente coincidentes, que inciden en el proceso de selección de las alternativas o decisiones disponibles. Por tanto, no es extraño que los jefes de servicio tengan una percepción distinta de la importancia y utilidad de ciertos objetivos establecidos por la dirección del centro (Fig. 4.8), o que consideren que existe un cierto distanciamiento entre los objetivos de la dirección médica y sus propios objetivos (Fig. 4.9).

Un análisis más elaborado de la utilidad de establecer distintos objetivos en estrecha relación con los objetivos de los jefes de servicio de los hospitales pone de relieve la divergencia entre los objetivos en materia de gestión, la dirección médica y los objetivos de las unidades –jefaturas de servicio– encargadas de su implementación. Así, entre los objetivos más valorados por los responsables de estas unidades figuran los relativos a la actividad asistencial, la calidad del servicio prestado y la motivación del personal; los objetivos que se refieren al desarrollo de nuevas actividades o a la satisfacción del usuario se encuentran en un término medio, mientras que en su conjunto, los menos valorados son los relacionados con la productividad y el control de costes. Todo ello debe interpretarse teniendo en

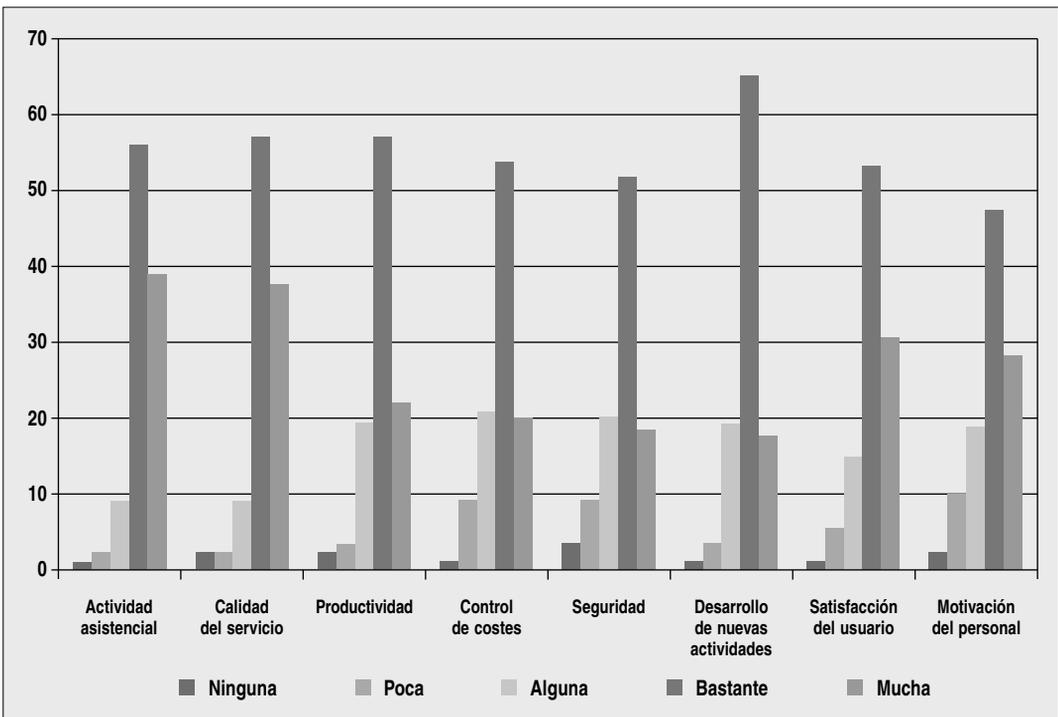


Figura 4.8. Valoración de la utilidad de establecer objetivos por parte de la dirección. 2003. Fuente: Cátedra Pfizer (2003).

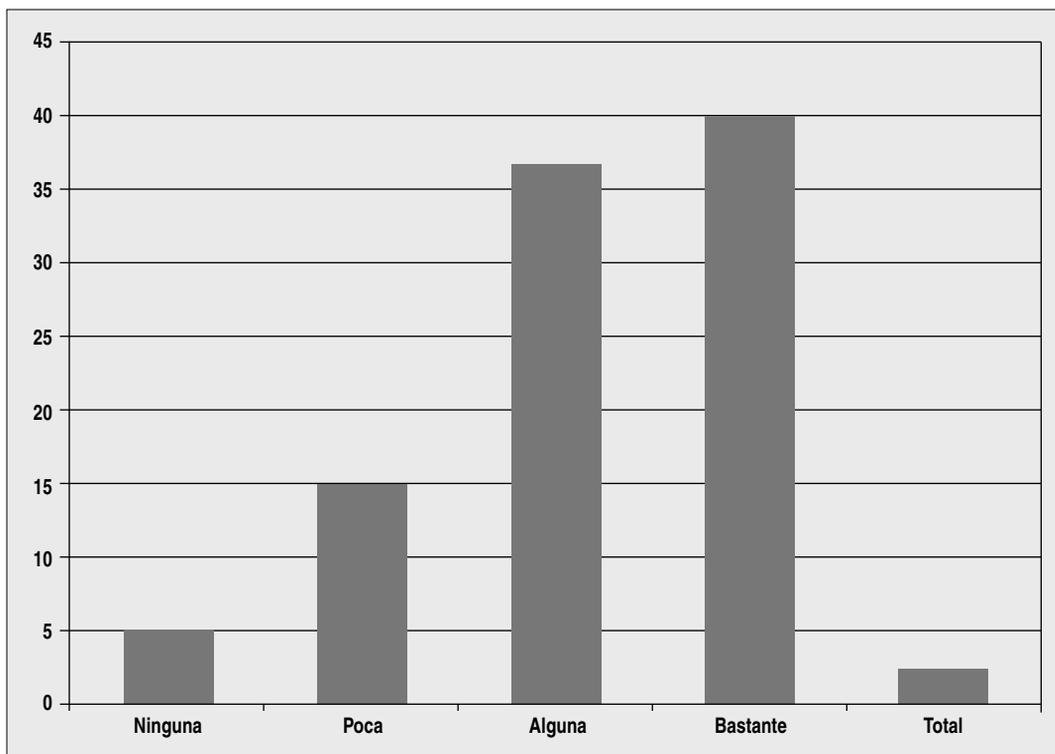


Figura 4.9. Nivel de relación entre los objetivos de la dirección médica y los objetivos de los jefes de servicio. 2003. Fuente: Cátedra Pfizer (2003).

cuenta la actual descentralización de la organización y control de los aspectos asistenciales en las jefaturas de servicio y el papel de éstas en la definición de funciones del personal adscrito.

Por otra parte, la actual estructura funcional de los centros hospitalarios en nuestro país puede describirse, según los resultados de la mencionada encuesta, como una estructura híbrida y disfuncional. El carácter híbrido se debe a que coexisten estructuras de toma de decisiones y de poder de carácter jerárquico o vertical con otras de carácter horizontal que se han impuesto para implementar los objetivos de la organización. La disfuncionalidad o ineficiencia de este modelo reside en la falta de comunicación y coordinación entre estas unidades horizontales –jefaturas de servicio– (Fig. 4.10). Esta falta de coordinación contribuye a generar asimetrías de información entre las distintas unidades, y la naturaleza de sus relaciones con la dirección del centro potencia el conflicto, que no la competencia entre servicios, y suscita la creencia de que la dirección disfruta de un alto grado de discrecionalidad en la toma de decisiones que afectan a la distribución de los recursos disponibles.

Por último, respecto a las principales limitaciones que en los actuales centros hospitalarios afectan al desarrollo de las actividades de gestión asignadas a los jefes de servicio, se pone de relieve la incidencia de los factores del entorno interno que han sido expuestas en páginas precedentes (Fig. 4.11). Entre éstos figuran, por orden de importancia, la estructura y cultura organizativas, la asignación presupuestaria, la escasez de recursos, la elevada carga asistencial –en estrecha relación con el resto de los factores– y la política sanitaria vigente.

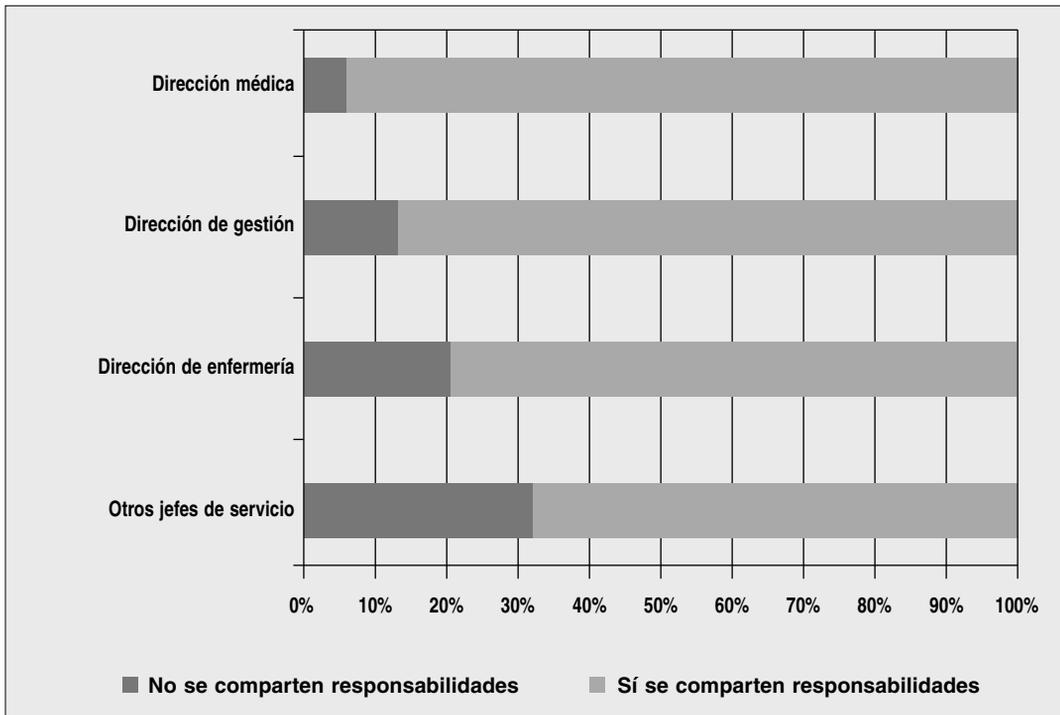


Figura 4.10. Comunicación y cooperación en la planificación de los servicios médicos. 2003. Fuente: Cátedra Pfizer (2003).

Conclusiones

El primer aspecto que debemos destacar es que los «contratos-programa» representan un acuerdo explícito entre las distintas partes afectadas, destinado a dotar a las organizaciones sanitarias públicas de nuevas herramientas de gestión¹³.

En segundo lugar, es preciso señalar que estos «contratos-programa» han de analizarse teniendo en cuenta: (1) el hecho de que, en el contexto de la relación de agencia, implican traspaso y delegación de la implementación de los objetivos y la toma de ciertas decisiones a las jefaturas de servicios, cuyas funciones y competencias no siempre están claramente definidas; (2) que han de servir para promover los cambios internos necesarios y para facilitar la adaptación de las organizaciones sanitarias públicas a las nuevas condiciones legales, institucionales y sociales; (3) el conflicto interno que genera la adopción de nuevos acuerdos contractuales en un ámbito en el que ya existen acuerdos y contratos previos negociados según reglas del juego diferentes; y (4) que dichos «contratos-programa» son herramientas para la gestión del cambio cuyo éxito o fracaso depende, entre otros factores, de la capacidad de liderazgo de decisores y responsables, de la mejora en los canales de comunicación

¹³ Como tales «contratos-programa» debieran servir, al menos, para facilitar la contratación de servicios por parte de la Administración y fomentar de este modo las transacciones entre los distintos centros sanitarios. Así, estos «contratos-programa» permitirían la prestación de servicios entre centros en función de sus características y necesidades y en función de la demanda, representada en este caso por la Administración y actuando ésta como responsable de las transferencias económicas correspondientes.

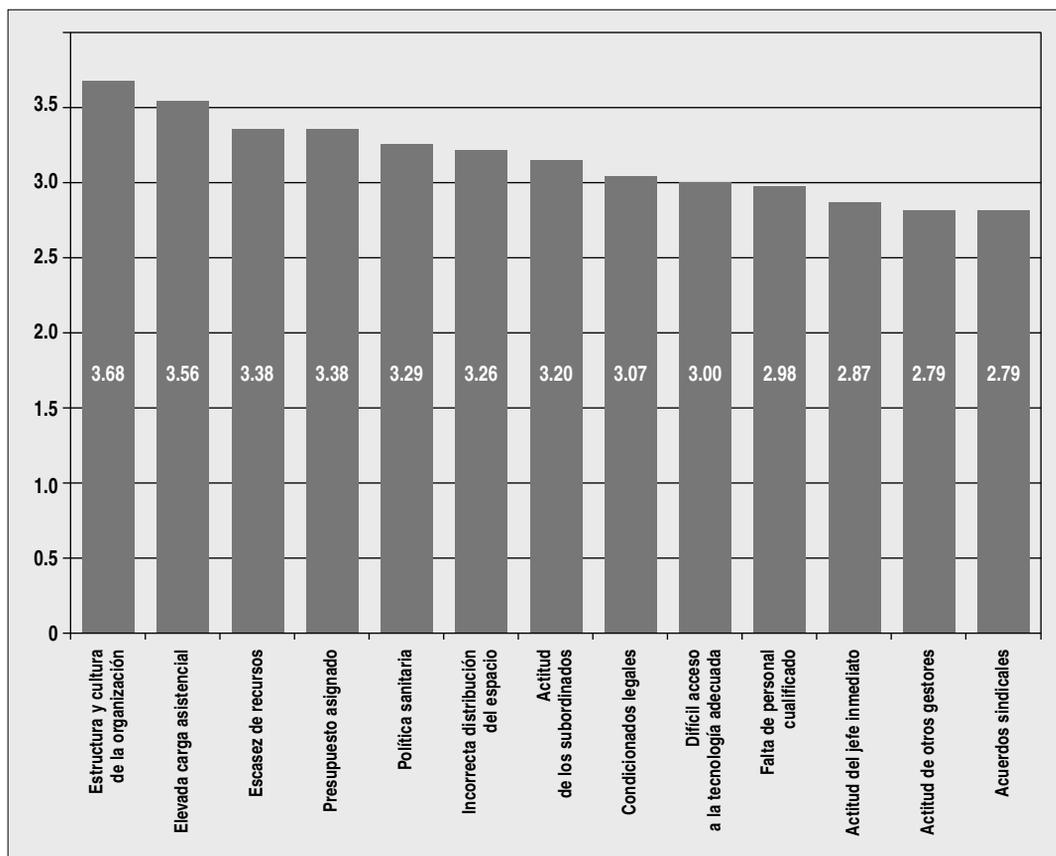


Figura 4.11. Factores que limitan las iniciativas de los jefes de servicio. 2003. Fuente: Cátedra Pfizer (2003).

y el desarrollo de modelos más participativos, y de la construcción de un nuevo modelo de gobierno de las organizaciones sanitarias¹⁴.

En tercer lugar, y como ya se ha indicado a lo largo de este Capítulo, la gestión de contratos, y sobre todo de contratos incompletos tanto explícitos como tácitos, es un aspecto fundamental en el desarrollo de las organizaciones y ha de tenerse en cuenta a la hora de tomar las decisiones y aplicar las herramientas de gestión disponibles. No olvidemos que una parte importante de las fricciones (y por tanto ineficiencias) de nuestros sistemas sociales y económicos surgen como resultado de estos contratos o acuerdos destinados a facilitar y promover el intercambio entre las partes.

¹⁴ El gobierno de los centros sanitarios, que en el último decenio ha sido denominado en los países anglosajones con el término *clinical governance*, está referido particularmente a la necesidad de introducir nuevas formas de trabajo, fomentar la comunicación y el liderazgo de los equipos profesionales, aspectos todos ellos que inciden de forma decisiva en la calidad del servicio prestado. La implementación de nuevas formas de gobierno requiere la transformación de la cultura de las organizaciones sanitarias, tanto relativa a sus estructuras como a sus valores, normas y formas de pensar y trabajar. Estos cambios en las organizaciones sanitarias afectan a: (1) los profesionales médicos del sistema, (2) las unidades de servicio y equipos de trabajo, y (3) la organización. Todo ello sin olvidar que el liderazgo y compromiso de los directivos y gestores es el motor de dicho cambio.

Finalmente, existen otros aspectos que emergen de este primer análisis y que guardan una estrecha relación con la gestión de las relaciones contractuales en el interior de las organizaciones y entre organizaciones distintas, que escapan a los objetivos del presente libro. Entre estos aspectos, destacaremos por su relevancia los siguientes:

- La *distribución asimétrica del poder de negociación* entre las partes implicadas en la definición de los objetivos estratégicos, por una parte, y los responsables de su implementación, por otra.
- La imposición de *mecanismos de control de gestión* –frente a los mecanismos de control tradicionales asociados a la práctica médica–, control ético, etc.
- La paradójica situación a la que da lugar la aplicación de una herramienta de gestión, entendida como relación «contractual» en términos de compromisos y contraprestaciones, y la ausencia de incentivos destinados a promover la convergencia de intereses y objetivos y a garantizar el cumplimiento de los compromisos¹⁵.
- La falta de correspondencia entre los objetivos a corto plazo y los objetivos a largo plazo y, por tanto, la ausencia de mecanismos destinados a gestionar el cambio.
- En estrecha relación con el punto anterior destaca la incertidumbre a la que se ven sometidos directivos, gerentes y profesionales de las organizaciones sanitarias, ya que los instrumentos actualmente vigentes no permiten la planificación de los objetivos ni su implementación en un horizonte temporal adecuado.

Por todo ello, nuestra conclusión final es que las herramientas de gestión –«contratos-programa» y «contratos-gestión»– que se han empezado a aplicar en las organizaciones sanitarias de nuestro país a mediados de los años noventa, no pueden perpetuarse de forma rutinaria. Ya hemos indicado en distintas partes de este Capítulo que la gestión es un proceso evolutivo y que los «contratos», que determinan las relaciones y compromisos entre las partes, deben entenderse como un proceso más que como un fin en sí mismos.

BIBLIOGRAFÍA

Cátedra Pfizer de Gestión Clínica. *Percepción de los Jefes de Servicio sobre su Función Directiva*. 2003.

CICCHETTI A. Strategic planning in healthcare organizations: The role of health technology assess-

ment: En: Geisler E, Krabbendam K, Schuring R. *Technology, Healthcare, and Management in the Hospital of the Future*. Praeger Publishers, 2003; págs. 67-79.

¹⁵ Así, los esfuerzos realizados por los centros o por distintas unidades internas, destinados a la consecución de los objetivos –plasmados en diversos indicadores de gestión relativos a la calidad del servicio prestado, la racionalización del gasto sanitario, etc.– no revierten necesariamente en los primeros. Por otra parte, el incumplimiento de lo acordado tampoco se ve reflejado en la aplicación de un sistema eficaz de sanciones.

SECCIÓN

II

Gestión para la gestión clínica

- Capítulo 5** Los fundamentos de la gestión
- Capítulo 6** La gestión de operaciones de un servicio clínico
- Capítulo 7** Reingeniería de procesos y gestión hospitalaria
- Capítulo 8** La gestión por procesos de tu servicio paso a paso. ¿Cómo hacerlo?
- Capítulo 9** La gestión de las personas
- Capítulo 10** La gestión de las personas paso a paso. ¿Cómo hacerlo?
- Capítulo 11** La gestión económica del servicio
- Capítulo 12** Sistemas de información para la gestión de un servicio
- Capítulo 13** El marco de la calidad de servicio
- Capítulo 14** El marco de las nuevas tecnologías
- Capítulo 15** La gestión de estructuras y espacio físico

CAPÍTULO 5

Los fundamentos de la gestión

Gustavo A. Vargas

La función directiva: ¿en qué consiste realmente? ■

Las escuelas de gestión ■

La escuela clásica de la gestión

Las nuevas escuelas y enfoques de la gestión

El marco de la función directiva: responsabilidad, autoridad y competencia ■

Responsabilidades de la gestión

Autoridad: los «niveles» de gestión

Competencias: las «habilidades» de gestión

El ciclo de la gestión: funciones, planificación, organización, ejecución y control ■

Funciones principales de la gestión

Planificación

Organización

Ejecución/dirección

Control

Conclusiones ■

Bibliografía ■

La función directiva: ¿en qué consiste realmente?

«Gestión es aquello que los buenos gerentes hacen en una circunstancia específica. Todo lo demás es simplemente mala gestión» (Peter Drucker).

En la cita que abre este capítulo Peter Drucker señala que la gestión adecuada de las organizaciones consiste principalmente en una orientación y un desafío para la acción. Las organizaciones sanitarias no constituyen una excepción a esta regla, aunque operan en entornos específicos y generan servicios también específicos. No obstante, como se indica en otros capítulos estas organizaciones son empresas, y por ello pueden y deben gestionarse con arreglo a principios sólidos de dirección. Pero, ¿en qué consiste una buena gestión? Dado que la gestión (*management*) es una ciencia social, la respuesta, al igual que en todas las ciencias sociales, puede encontrarse en la observación objetiva y analítica de los fenómenos sociales.

Las responsabilidades de la gestión (y, por tanto, de los directivos) han sido esencialmente las mismas a través del tiempo. Para conocer en qué consisten estas responsabilidades debe inquirirse primero qué es aquello que los directivos hacen o deben hacer. Una breve enumeración de estas actividades en una organización sanitaria contemporánea típica podría ser la siguiente:

- Desarrollar presupuestos de gastos.
- Contratar a nuevo personal.
- Evaluar y premiar (o no) el desempeño de los trabajadores.
- Eliminar o minimizar conflictos con sindicatos.
- Establecer programas de turnos.
- Atender las reclamaciones y quejas derivadas de incidencias con los pacientes por los servicios prestados.
- Evaluar tecnologías.
- Mantener relaciones con la administración sanitaria.
- Mediar en conflictos entre colegas, departamentos o subordinados.
- Asignar prioridades a casos de pacientes.
- Solucionar los fallos de los proveedores.

Esta lista sería prácticamente la misma, en el caso de directivos o gestores de un hospital en EEUU, de un hospital privado en España o de una unidad de servicios clínicos de un hospital público también en España. Aunque la relación podría extenderse mucho más, de las actividades indicadas se puede deducir que, al margen del entorno (país, titularidad de la organización, unidad organizativa), las responsabilidades esenciales de los directivos de las organizaciones sanitarias son las mismas que las de cualquier directivo de otra organización. Estas responsabilidades pueden resumirse en:

- Tomar decisiones (decisiones adecuadas).
- Resolver problemas (soluciones apropiadas).

A su vez, estas responsabilidades, reflejadas en la Figura 5.1, se caracterizan porque:

- Se llevan a cabo en un entorno específico (una localidad, una cultura, una unidad clínica, un sistema de salud).
- Están dirigidas a alcanzar objetivos determinados (mayor calidad de servicios, menor coste por intervención, mayor rotación de los inventarios, mejor utilización de camas hospitalarias, etc.).



Figura 5.1. Las responsabilidades de los directivos. Fuente: Gustavo A. Vargas/Copyright.

- Coordinan el uso adecuado de los recursos disponibles (p. ej., camas de diálisis, presupuestos financieros, dotación de médicos, recursos de enfermería).
- Operan por medio de grupos de personas (equipos de cirugía, departamento de radiología, panel de expertos, etc.).

Sin embargo, es preciso profundizar aún más en estas cuestiones. Saber «en qué» consiste la función directiva es fundamental y necesario, pero no suficiente. Es preciso además saber «cómo» se ejerce esta función eficazmente. Para responder a estas preguntas hay que analizar los fenómenos y circunstancias sociales e históricas que han promovido la creación gradual del ámbito de conocimientos de la gestión contemporánea. Esta creación es el resultado de la evolución del pensamiento y la acción gerenciales, plasmados y sistematizados en las escuelas de gestión.

Las escuelas de gestión

La Revolución Industrial provocó la aparición de un nuevo tipo de profesional, con conocimientos y habilidades para dirigir las nuevas y complejas organizaciones industriales. La necesidad del *management*, o de la gestión como una disciplina específica del saber humano, quedó firmemente establecida a partir de los cambios económicos y sociales desencadenados por la Revolución Industrial. La necesidad de gestión, sin embargo, no se limita a las empresas industriales, sino que se ha extendido cada vez más a las empresas de servicios y a las administraciones públicas, profundamente afectadas a su vez por los desafíos que plantean las sociedades industrializadas, postindustriales o en proceso de industrialización.

En los apartados siguientes resumiremos las circunstancias en que surgieron las distintas escuelas de gestión y sus aportaciones al pensamiento contemporáneo sobre esta materia.



Figura 5.2. La escuela clásica. Fuente: *Modern Management*, Samuel E. Certo (Adaptado y expandido).

La escuela clásica de la gestión

Los orígenes del pensamiento contemporáneo sobre la gestión están vinculados a: Frederick Taylor y Henri Fayol. Sus ideas y aportaciones constituyen lo que hoy se conoce como la «escuela clásica» de la gestión, aunque Taylor y Fayol no fueron los únicos que contribuyeron a la aparición de esta escuela. El adjetivo «clásica» no implica la obsolescencia o irrelevancia de esta escuela para los directivos contemporáneos¹. Al contrario, las contribuciones de Taylor y Fayol constituyen el fundamento sólido e incuestionable de la gestión contemporánea. La Figura 5.2 representa el abanico de conceptos característicos de la escuela clásica de gestión.

El foco del pensamiento de Frederick Taylor se concentra en el análisis del trabajo y en la gestión operativa del personal de línea (quienes realmente ejecutan las tareas de la organización). El concepto básico del pensamiento taylorista es que los directivos (*no* los trabajadores) son responsables de encontrar y definir «la manera óptima y única» (*the one best way*) de realizar cada tarea en una organización. Una vez hallada esta manera óptima y única, es posible:

- Establecer métodos y procesos de trabajo normalizados.
- Fijar estándares de tiempo, desempeño y costes.
- Vincular las retribuciones del trabajador al esfuerzo y desempeño desarrollados.

Conocidos los métodos, estándares y retribuciones del trabajo, también es posible:

- Definir el perfil de habilidades psicomotoras requeridas para cada tarea;
- Encajar al trabajador en la tarea de manera adecuada y objetiva, y
- Calcular los recursos necesarios para llevar a cabo un cierto número y volumen de actividades.

Henri Fayol extendió los conceptos tayloristas a toda la organización, centrándose en el «análisis del mando» y en las interrelaciones entre los diversos niveles y tipos de

¹ El término «clásico» se utiliza y entiende aquí en su acepción de «fundamento» o «cimiento». Clásicos serían, en este sentido, el alfabeto romano y las cifras arábigo-indias usados cotidianamente.

mando (quiénes deciden y controlan la ejecución de las tareas de la organización). El concepto básico del pensamiento fayoliano es la definición de la organización productiva (*la organisation industrielle*), capaz de generar valor y de alcanzar los objetivos fijados. Algunos de los conceptos clave establecidos por Fayol son:

- La «unidad de dirección», según la cual todos los miembros de una organización trabajan para y hacia un plan común;
- La «unidad de mando», que establece que todo miembro de una organización debe tener un superior, y solamente uno, y
- La «correlación autoridad-responsabilidad», que define que una persona es responsable solamente de aquellos recursos y actividades sobre los que se le concede autoridad.

Dos de los más importantes corolarios derivados de la combinación de los conceptos tayloristas y fayolianos, y de su elaboración posterior, son los siguientes:

- Las «*funciones principales*» de los mandos o dirigentes de una organización a todos los diferentes niveles son:
 - Planificación.
 - Organización.
 - Ejecución/dirección.
 - Control.
- La gestión es un «proceso de circuito cerrado», en el que la realización de las funciones principales se da de manera reiterada, iterativa y articulada, constituyendo el «*ciclo de la gestión*».

La Figura 5.3 ilustra estos conceptos de la escuela clásica de gestión. Puede apreciarse claramente el enorme impacto de la escuela clásica en la gestión eficaz y cotidiana de las organizaciones contemporáneas.

Las nuevas escuelas y nuevos enfoques de la gestión

Como señala Peter Drucker, la gestión se da siempre en un entorno específico («en una circunstancia determinada»). El cambio en las condiciones del entorno implica también cambios en las prácticas mismas de la gestión.



Figura 5.3. Las funciones y el proceso de la gestión. Fuente: *Modern Management*, Samuel E. Certo.

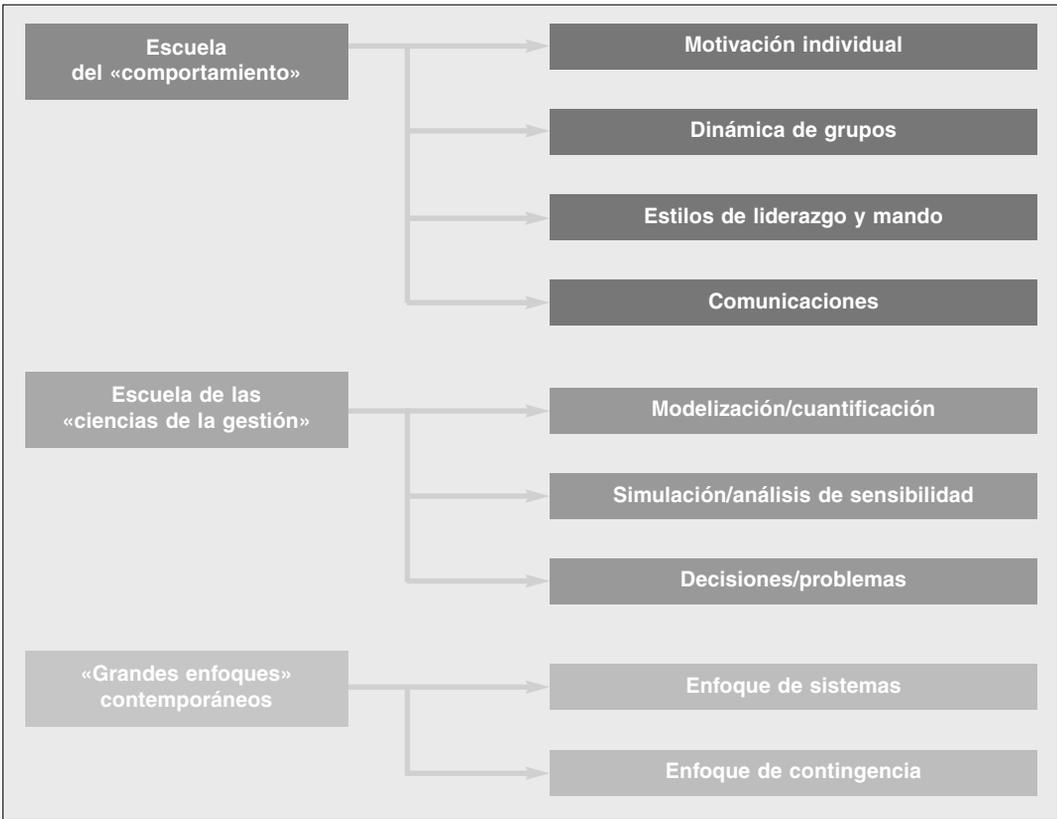


Figura 5.4. Las otras «grandes escuelas» y «enfoques». Fuente: Gustavo A. Vargas/Copyright.

La *escuela clásica* se orienta principalmente al *entorno físico y estructural* de las organizaciones y posee, por tanto, una *visión mecanicista* de ellas (lo que no es sorprendente, pues tanto Taylor como Fayol eran ingenieros de profesión). Esta orientación se debió a la necesidad de estructurar las nuevas organizaciones industriales y de servicios creadas por la Revolución Industrial. La aparición de las clases medias, el cataclismo de la Segunda Guerra Mundial y la creciente complejidad de las organizaciones dieron lugar a la gestación de nuevos modos y formas de la gestión. La Figura 5.4 resume las modalidades no clásicas de gestión.

La escuela del comportamiento

Los estudios de Hawthorne (General Electric) dieron origen a la escuela del comportamiento, también conocida como «escuela neoclásica», «escuela de relaciones humanas» o «escuela del comportamiento organizativo», y cuyo exponente principal es Elton Mayo.

Básicamente, esta escuela propugna que, una vez superados los niveles de necesidades básicas del personal de una organización por medio de sueldos y salarios satisfactorios, la eficacia de los incentivos económicos prácticamente desaparece, y el rendimiento de los trabajadores se estanca o crece de manera insignificante, aunque la estructura de la organización y los procesos y métodos de trabajo estén bien diseñados. De hecho, existen elementos del «poder» (la estructura y medios de trabajo) y del «saber» (el conocimiento y habilidades para realizar el trabajo), pero no existe el

elemento del «querer» (la voluntad de realizar el trabajo) más allá de un cierto nivel mínimo.

Es necesario, por tanto, definir e implantar los factores que moldean la voluntad y el comportamiento adecuado de los trabajadores (manuales, administrativos, profesionales) dentro de la organización. De entre los varios factores que moldean el comportamiento organizativo, cuatro de los más importantes encontrados son:

- Motivación individual (¿qué mueve a esta persona?).
- Dinámica de grupos (¿qué relaciones entre personas ayudan o dificultan el trabajo?).
- Estilos de liderazgo y mando (¿cómo debe un supervisor relacionarse con sus subordinados?).
- Flujos de comunicaciones (¿de qué manera y con qué eficacia es transferida y conocida la información?).

En la medida en que estos grandes factores sean apropiadamente combinados y gestionados, el comportamiento real de las personas dentro de una organización se acercará al comportamiento deseado. Aunque las respuestas individuales ante la mezcla de factores del comportamiento varían de una persona a otra y no existe absoluta seguridad de que siempre se vayan a dar las mismas respuestas, las tendencias generales que se desea introducir en el comportamiento de la organización pueden ser diseñadas e implantadas.

La escuela de las ciencias de la gestión

Las decisiones económicas y logísticas impuestas de manera ineludible a los países participantes en la Segunda Guerra Mundial dieron origen a esta escuela de gestión. Su eje fundamental es el «análisis de decisiones» racional y exhaustivo, pues un error causado por las emociones o por las omisiones de quienes toman las decisiones puede tener repercusiones catastróficas.

Es fácil imaginarse las decisiones que tuvieron que tomar los dirigentes de los países contendientes en la Segunda Guerra Mundial (alimentar a las tropas o a los trabajadores industriales, facilitar acero para fabricar armas o para construir puentes o máquinas). Asimismo, es posible imaginar las consecuencias de algún error de decisión (cuantiosas bajas militares, hambre generalizada de las poblaciones civiles), magnificadas por el número de personas y regiones afectadas (cincuenta millones de combatientes, cinco continentes, mil quinientos millones de habitantes).

Surgidas para afrontar esta situación, las contribuciones de esta escuela pueden resumirse en el desarrollo de técnicas de decisión entre las que destacan:

- Modelización/cuantificación.
- Simulación/análisis de sensibilidad.
- Taxonomías de decisiones/problemas.

De la escuela de las ciencias de la gestión se deriva un gran número de técnicas de uso corriente en la actualidad, tales como la programación lineal (*utilizada para el análisis y gestión de la capacidad la organización*), las matrices de Leontieff (*utilizadas en el análisis econométrico de países y regiones, y de sistemas nacionales de salud*) y los sistemas expertos (*tales como métodos computarizados de diagnóstico y de medicina basada en las pruebas*). La fuerza (y la debilidad) de estas poderosas técnicas de análisis se deriva del grado de proximidad existente entre el modelo desarrollado y la realidad que se pretende gestionar.

Los nuevos enfoques contemporáneos

La creciente complejidad de las sociedades y organizaciones contemporáneas, la mayor velocidad de los cambios tecnológicos y la reafirmación de las diferencias culturales en el seno de una misma sociedad y entre sociedades distintas han dado lugar a la aparición de tres grandes enfoques contemporáneos de la gestión. Estos enfoques son:

- El enfoque de sistemas.
- El enfoque de contingencia.
- La organización del conocimiento.

En esencia, el enfoque de sistemas sostiene que todos los elementos que componen una organización están interrelacionados y que, por tanto, una variación o cambio en un elemento repercute sobre todos los demás. En pocas palabras, no hay compartimentos estanco ni puede haber decisiones y acciones realizadas en solitario. Lo que sí existirán serán «ganadores» (beneficiarios) y «perdedores» (perjudicados) como consecuencia de cada decisión o acción, y por ello lo importante es el «bien común» o balance positivo resultante para toda la organización. El corolario de este enfoque es simple pero fundamental: toda decisión o acción debe ser compartida y consensuada, pues de otro modo sería simplemente egoísta y arriesgada.

Por su parte, el enfoque de contingencia establece que las prácticas efectivas de dirección son efectivas en relación con el entorno en el que se aplican. Si las circunstancias de entorno cambian (p. ej., desarrollo de nuevas tecnologías, diferentes teatros de operaciones, aparición de competidores, entradas de nuevos productos), las prácticas de gestión pueden y deben cambiar para que el logro de los objetivos de la organización no se vea gravemente dificultado. El corolario de este enfoque es claro, pero complejo de asumir: el cambio y la inestabilidad son las únicas constantes, y las organizaciones con éxito son aquellas que poseen la adaptabilidad suficiente para efectuar ajustes permanentes.

Más recientemente, la organización del conocimiento propugna que el activo estratégico más importante que posee una organización es su acervo de conocimientos (sobre clientes/ pacientes, sobre tecnologías/procedimientos, sobre relaciones terapias-resultados), el cual debe ser accesible y extendido a toda la organización. Como el conocimiento radica principalmente en las mentes de los miembros de una organización, deben establecerse mecanismos específicamente orientados a compartir y motivar el desarrollo del conocimiento (sistemas expertos, medicina basada en las pruebas, informatización de historias clínicas, matrices de despliegue de políticas, *task forces*, trabajo en equipo, cogestión, copropiedad). El corolario de este enfoque es dual, y de capital importancia para las organizaciones sanitarias: solamente si se desarrolla y comparte el conocimiento en todos los niveles es posible garantizar la eficacia de una organización, y para ello la dicotomía tradicional entre los que «saben» y los que «hacen» debe ser erradicada.

Hoy día, la gestión eficaz de las organizaciones es en realidad una mezcla cuidadosamente calibrada y aplicada de las diversas escuelas y enfoques de gestión que han surgido desde los inicios de la Revolución Industrial. Cada una de estas escuelas y enfoques ha aportado elementos y ha contribuido con su sedimento intelectual a la construcción del ámbito común de conocimientos sobre la gestión. Con independencia de los modos y técnicas de gestión utilizados en circunstancias específicas, este ámbito común de conocimientos constituye la «caja de herramientas» del directivo contemporáneo. Las organizaciones de la salud y sus unidades correspondientes (hospitales, unidades de servicios, unidades logísticas, unidades administrativas) son también participantes y usuarios de este cuerpo común de conocimientos.

El marco de la función directiva: responsabilidad, autoridad y competencia

Responsabilidades de la gestión

La gestión eficaz de las organizaciones no sólo consiste en un ejercicio de poder y en la implantación de acciones concretas, sino que además debe estar dirigida al logro de ciertos objetivos organizativos de manera eficiente y efectiva. Es importante recalcar los dos elementos presentes en la definición de una gestión eficaz:

- La orientación hacia objetivos concretos.
- El grado en que estos objetivos se han alcanzado.

Los dos grandes indicadores del desempeño de una gestión eficaz son:

- **Eficiencia:** entendida como el *uso adecuado de recursos* (personas, capital, conocimiento, maquinaria, etc.) sin despilfarrarlos.
 - Ejemplos: horas-hombre por paciente operado; días-cama por tipo de paciente; rotación de inventarios de farmacia.
- **Efectividad:** entendida como *el logro de los objetivos de la organización* (retornos sobre inversión, satisfacción del cliente, calidad de servicio, etc.) en la mayor medida posible.
 - Ejemplos: número de quejas de pacientes por mes; tasa de reducción de errores analíticos; tiempo en listas de espera.

La Figura 5.5 presenta la matriz básica del desempeño de la organización, y permite situar a una organización en uno de sus cuatro cuadrantes e indicar dónde y en qué medida se

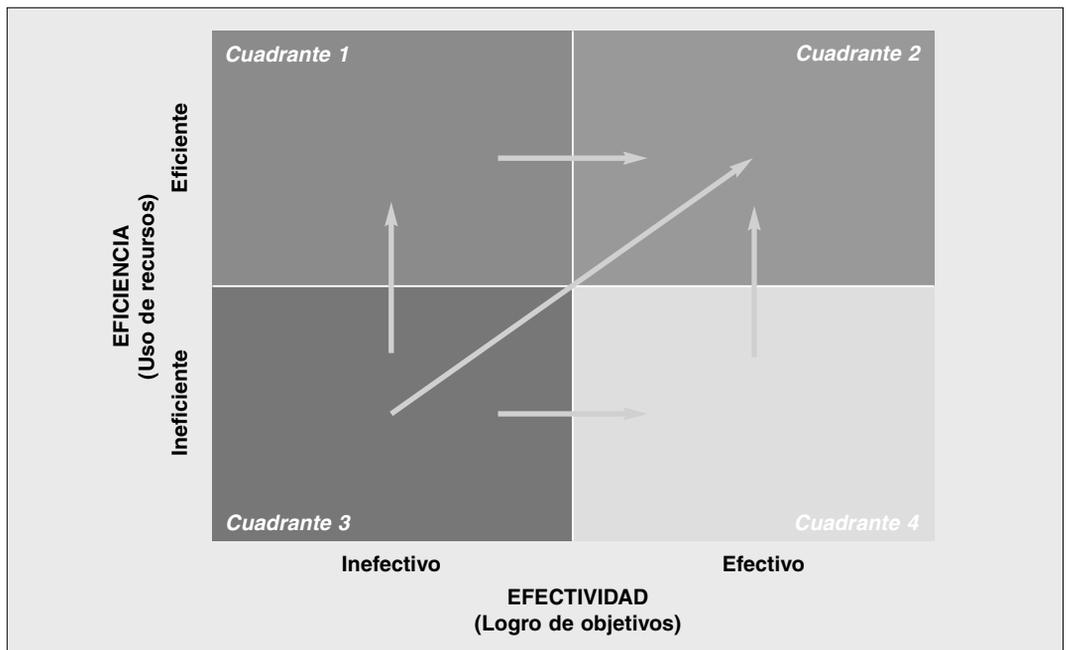


Figura 5.5. Los desafíos y el desempeño de la gestión. Fuente: *Modern Management*, Samuel E. Certo.

presentan los desafíos de la gestión. Como es lógico, las organizaciones desean estar situadas en el cuadrante 2, pues la gestión eficaz se define como el logro simultáneo y duradero de alta eficiencia y alta efectividad. Sin embargo, y de manera excepcional, algunas organizaciones sanitarias pueden tener que sacrificar la eficiencia a la efectividad (p. ej., los servicios de urgencias) o viceversa (p. ej., los servicios centrales de imagen).

Autoridad: los «niveles» de gestión

Un hecho incontestable de la realidad cotidiana es que las responsabilidades de la gestión varían enormemente entre sí y casi nunca son las mismas para los diferentes directivos y gestores de una organización. Para poder enfrentarse a ellas, las responsabilidades son agrupadas y asignadas a diferentes colectivos de directivos y supervisores. Con independencia del grado de complejidad de una organización, muy diferente según se trate de un hospital general, una unidad de servicios o un ministerio de Sanidad, estos colectivos pueden ser clasificados en tres niveles de mando:

- **Gestión directiva o ejecutiva:** responsable de definir los *productos o servicios y los mercados o clientes* hacia los que la organización está enfocada, así como de definir los *recursos o presupuestos* asignados al efecto.
- **Mando medio:** responsable de la *adquisición de los recursos* necesarios y de la *planificación y facilitación de las tareas* requeridas para que la organización genere los productos o servicios establecidos.
- **Mando de línea o supervisión:** responsable de la *ejecución y control de las tareas* necesarias para servir a los clientes o mercados hacia los que la organización está enfocada.

En todos los niveles de mando, la gestión se ejerce con y a través de personas y, por tanto, el manejo adecuado de éstas (tanto individualmente como en grupos) es una característica común a todos ellos. En la práctica las organizaciones reales pueden poseer numerosos estamentos de gestión (presidente del Gobierno, ministro de Sanidad, gerente de hospital, gerente de compras, supervisor de formación, jefe de servicio, jefe de turno, etc.), pero en última instancia todos estos estamentos acaban perteneciendo a un nivel y tipo determinado de gestión (ejecutivo, medio o de línea).

Al llegar aquí se plantea una cuestión importante. En la realidad cotidiana de las organizaciones sanitarias (que, junto con las instituciones de educación superior, son ejemplos paradigmáticos de las «organizaciones del conocimiento»), se puede constatar que un médico puede encontrarse ejerciendo responsabilidades en los tres niveles simultáneamente. Cuando un clínico tiene que decidir si los servicios médicos requeridos para cada paciente corresponden o no a su cartera de servicios médicos (nivel ejecutivo), el tipo de tratamientos y terapias que deben ser provistos a los pacientes (nivel de mando medio), y al mismo tiempo lleva a cabo algunas o todas de las intervenciones necesarias con la cooperación de colegas y subordinados (nivel de línea o supervisión), este profesional está actuando en los tres niveles de gestión. En estas situaciones, debe ponerse un gran cuidado en no confundir la persona (el profesional médico en particular) con la responsabilidad (el nivel de gestión requerido), pues sólo a partir de la definición de las responsabilidades se establecen las habilidades necesarias, los ámbitos de competencias y los grados de autoridad que las personas deben poseer.

Competencias: las «habilidades» de gestión

La definición de las responsabilidades de la gestión es un requisito indispensable para que puedan desempeñarse correctamente y para que ese desempeño pueda ser eva-

luado. Tal definición se traduce en un conjunto de habilidades y competencias que los directivos y gestores necesitan para cumplir con sus responsabilidades.

En líneas generales, se puede afirmar que existen tres categorías de habilidades, todas ellas absolutamente necesarias para el ejercicio de cualquier función directiva (si bien el peso específico de cada una varía según las características del puesto directivo y de la responsabilidad asignada a él).

- **Habilidades técnicas:** las que corresponden a las destrezas y conocimientos necesarios para realizar tareas específicas.
 - Ejemplos: formulación de previsiones; preparación de presupuestos; realización de análisis clínicos; fijación de inventarios de seguridad.
- **Habilidades interpersonales:** necesarias para vincularse y realizar trabajos con y a través de diferentes colectivos de personas, ya sea como individuos o como grupos, pertenecientes o no a la organización.
 - Ejemplos: contactos entre médicos y pacientes; presentación de presupuestos; impartir sesiones de entrenamiento; escuchar reclamaciones de pacientes o subordinados; participar en *task forces*.
- **Habilidades conceptuales:** utilizadas para prever y anticipar los futuros escenarios de actividades y operaciones, para concebir la organización como un todo orgánico y articulado, y para proyectar las consecuencias de opciones en el corto, medio y largo plazo.
 - Ejemplos: diagnósticos y prognosis clínicos; evaluación económica de contratos laborales; nuevas necesidades de los pacientes; regulación ético-sanitaria.

Como indica la Figura 5.6, el uso y aplicación de estas habilidades varían según el nivel de gestión en el que se encuentran los directivos. Aunque en todos los niveles las habilidades interpersonales son importantes (lo que es natural, considerando el carácter social de las organizaciones), las habilidades técnicas son dominantes en el nivel de supervisión de línea, y las habilidades conceptuales son fundamentales en el nivel ejecutivo.

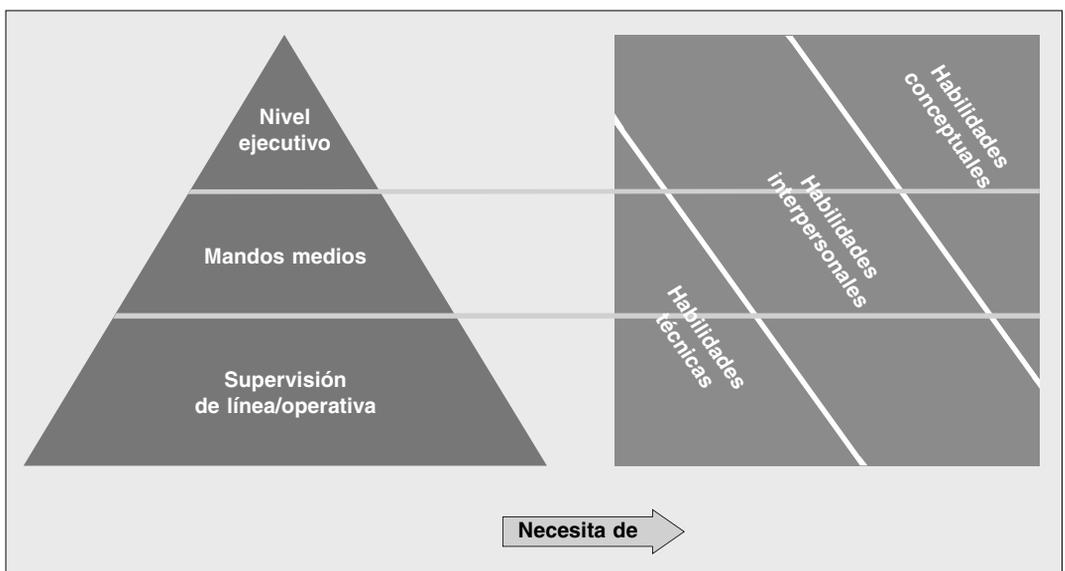


Figura 5.6. Los niveles y habilidades de la gestión. Fuente: *Modern Management*, Samuel E. Certo.

Dada la tendencia a la especialización de puestos y simplificación de tareas² de las profesiones en el mundo actual, es importante recordar que los tres tipos de habilidades son necesarios para todos los niveles de gestión. Lo que cambia en cada uno es el relieve que adquieren los diferentes tipos de habilidades. Es difícil imaginar a un director general de un ministerio de Sanidad o de un hospital general (nivel ejecutivo) tomando decisiones sobre carteras de servicios, pacientes y presupuestos sin conocer las tecnologías y procesos utilizados en su organización. Asimismo, es prácticamente imposible concebir que el jefe de una unidad de servicios clínicos (mando de línea) pueda decidir sobre la asignación de trabajos a sus subordinados sin prever las consecuencias de tales asignaciones sobre la organización y los pacientes.

El ciclo de la gestión: funciones, planificación, organización, ejecución y control

Funciones principales de la gestión

Como hemos señalado antes, una de las conclusiones más importantes de la «escuela clásica» de gestión es que las funciones principales de los mandos o dirigentes de una organización en sus diferentes niveles de responsabilidad son:

- Planificación.
- Organización.
- Ejecución/dirección.
- Control.

Es absolutamente necesario que estas funciones se lleven a cabo en todos los niveles y puestos de dirección, y que sean bien ejecutadas y se encuentren perfectamente articuladas y sin fisuras entre sí. En otras palabras, llevar a cabo estas funciones de manera desarticulada («yo sólo planifico», «yo sólo controlo») y parcial (algo de organización, otro poco de ejecución, nada de planificación) no sirve para nada y no conduce a nada.

Consideremos, por ejemplo, el caso de una unidad de cirugía cuya dirección tiene por objetivo la reducción de las listas de espera para pacientes cardíacos. El jefe de esta unidad establece prioridades para clasificar los tipos de pacientes (mecanismo de planificación) y, asimismo, establece los protocolos que se deben seguir para los diferentes tipos de intervenciones (métodos de ejecución). Esta información es distribuida al resto de los profesionales que componen la unidad, y el desempeño de la unidad es evaluado seis meses más tarde para medir la reducción en las listas de espera. Lo más probable (con casi absoluta certeza) es que no haya habido ninguna mejora en el desempeño, pues la gestión ha sido realizada de manera desarticulada y parcial.

La planificación es incompleta, pues no se ha realizado la previsión de pacientes ni el análisis de los recursos necesarios en el tiempo (un poco de planificación). La organización es inexistente, pues no se determinan las responsabilidades asignadas a

² Los términos «especialización» y «simplificación» requieren ciertas precisiones. Tienen diferentes acepciones en la terminología de gestión y en la terminología médica. Siguiendo la terminología de gestión, aquí se usa la denominación «especialización de puestos» para indicar un puesto de trabajo con poca (o nula) variedad de tareas y con poca (o nula) capacidad de decisión (contestar llamadas telefónicas, realizar una vacunación, medir la presión arterial o tomar la temperatura corporal). El término «simplificación de tareas» indica el tipo de tareas (tareas normalizadas, repetitivas, de baja complejidad) ejecutadas en una especialización de puestos. Siguiendo la terminología médica, aquí se usa el término «especialización profesional» para indicar un puesto de trabajo en el que las tareas (p. ej., interpretar resultados analíticos, realizar intervenciones quirúrgicas, establecer terapias psiquiátricas) requieren un elevado conocimiento médico-clínico, la capacidad para tomar decisiones complejas y una extensa experiencia en la ejecución de tareas.

cada persona y a cada puesto de trabajo para el logro del objetivo («yo sólo planifico»). La ejecución es fragmentaria, porque no se conocen estándares de desempeño ni se vincula el desempeño con las retribuciones del personal (algo de ejecución). Y, por último, el control ha sido sólo parcialmente abordado, pues se conoce el objetivo final pero no los objetivos intermedios ni los puntos físicos y temporales de evaluación (nada de control). Así las cosas, el logro de cualquier objetivo se deberá a mera casualidad, pero no será resultado de un esfuerzo ordenado y deliberado.

La Figura 5.3 subraya el concepto de que la realización de estas funciones principales se debe dar de manera reiterada, iterativa y articulada, a modo de «*círculo cerrado*». Es necesario, por tanto, profundizar en el sentido y contenido de estas funciones.

Planificación

Se considera la más importante de entre las funciones principales de la gestión. La evidencia actual es extensa y exhaustiva en este sentido en numerosas empresas privadas (las *punto.com*), entes públicos (sistema ferroviario inglés), sistemas nacionales de sanidad y de seguridad social (Seguridad Social de EEUU), y hasta en países enteros (Argentina), que acaban en la bancarrota económica y social. Cuando se analizan las causas de semejantes desastres, se observa invariablemente que las quiebras de estas organizaciones están estrechamente ligadas a una planificación inadecuada (además de ordenadores para comprar se necesitan sistemas logísticos para entregar productos) y a unos objetivos perversos (ricos a corto plazo, miserables a largo plazo).

La planificación, por tanto, consiste esencialmente en:

- La fijación de objetivos y mediciones de desempeño.
- La determinación de los planes, programas y acciones dirigidos al logro de los objetivos.
- La asignación de recursos y presupuestos para llevar a cabo los planes.

En un hospital, por ejemplo, los *objetivos* pueden ir desde la reducción de costes de las operaciones hasta la mejor calidad de los diagnósticos, la reducción de las listas de espera o la entrega accesible de medicamentos. Es de importancia capital que los objetivos sean siempre específicos, *cuantificados* y *desplegados* en el tiempo. Los objetivos pueden estar sujetos a *mediciones* por comparación frente a costes incurridos (reducción), por los errores de diagnóstico cometidos (calidad), por el número de pacientes en listas de espera (colas) y por el tiempo necesario para cumplimentar una receta (accesibilidad).

El logro de estos objetivos requiere varios *planes* y *programas*, tales como la eliminación de actividades innecesarias a través de la simplificación de procesos, la priorización de los tipos de errores cometidos utilizando diagramas de Pareto, la gestión de la capacidad, demandas y transferencias de servicios, y la ampliación del número de farmacias hospitalarias y de sus horarios de trabajo. La implantación de estos planes, a su vez, requiere *recursos* tales como *task forces* (reducción, simplificación), sistemas informáticos (tipo y número de errores), expansión de locales y equipos (colas, esperas), y dotación de personal adicional (disponibilidad, accesibilidad).

Teniendo en cuenta el alcance y el impacto que implica la planificación, no es sorprendente que esté considerada la «reina» de las funciones gerenciales y que ocupe un lugar dominante en la práctica de la gestión. La organización que planifica adecuadamente, controla su propio futuro; de otro modo sólo estará reaccionando ante las circunstancias y hechos creados por otros, en lugar de ser ella la que los defina y provoque. Si la planificación es adecuada, la organización será eficaz y tendrá éxito, pero

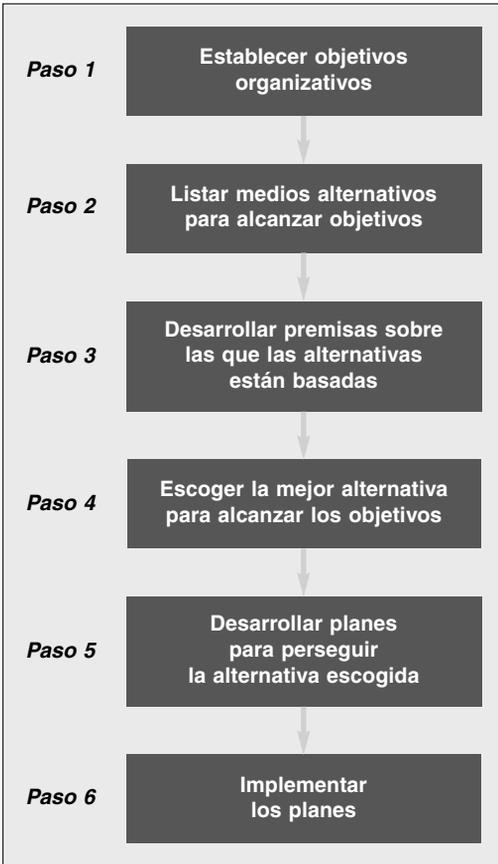


Figura 5.7. Las etapas de la planificación.
Fuente: *Modern Management*, Samuel E. Certo.

si es inadecuada, se enfrentará a consecuencias catastróficas. Ahora bien, planificar no es suficiente: es preciso, además, planificar bien. Pero, ¿cuáles son las claves de una buena planificación?

Etapas de la planificación

La primera clave de una buena planificación radica en entenderla como un proceso que sigue una secuencia ordenada y lógica. Una buena planificación, al igual que ocurre con la innovación científica, raramente es el fruto afortunado de un instante de inspiración. Por el contrario, el desarrollo de planes factibles, viables y susceptibles de tener éxito sigue una secuencia de pasos, tal y como se representa en la Figura 5.7.

El proceso de planificación presentado en la Figura 5.7 requiere habilidad, imaginación y disciplina. Planificar bien exige un alto componente de liderazgo³ de los responsables de tal planificación, así como trazar un panorama del futuro de la organización (p. ej., estos servicios deben ofrecerse a estos pacientes, en estas condiciones y con estas garantías), para lo que se necesita tener habilidad e imaginación.

Además, la planificación exige de sus responsables una rigurosa disciplina intelectual y organizativa en el análisis y despliegue sistemático y articulado de objetivos, medidores, alternativas, planes, recursos y plazos.

Horizontes de planificación

La segunda clave de una buena planificación es el *horizonte temporal*, o para qué plazo se proyectan los objetivos y las acciones necesarias para conseguirlos. El horizonte temporal es importante por el grado de incertidumbre (o certeza) que conlleva: cuanto más largo es el plazo de planificación, mayor es el grado de incertidumbre acerca de los entornos, opciones y recursos disponibles, y viceversa.

Como es evidente, no es lo mismo planificar para las próximas 48 horas que para los próximos cuatro años. Salvo que se produzcan catástrofes o acontecimientos inesperados, entre hoy y pasado mañana todo seguirá básicamente igual, de modo que lo que desean los clientes, el personal con el que se puede contar y la tecnología disponible enmarcarán muy claramente los objetivos y las decisiones de planificación. Pero, dentro de un par de años, la evolución natural de los ciclos económicos, los cambios demográficos y el desarrollo de nuevos conocimientos generarán un marco mucho más difuso de planificación y decisión. En el primer caso (corto plazo) se trata de estable-

³ Por «liderazgo» se entiende aquí la capacidad de alinear al conjunto de los agentes de la organización hacia una meta común compartida.

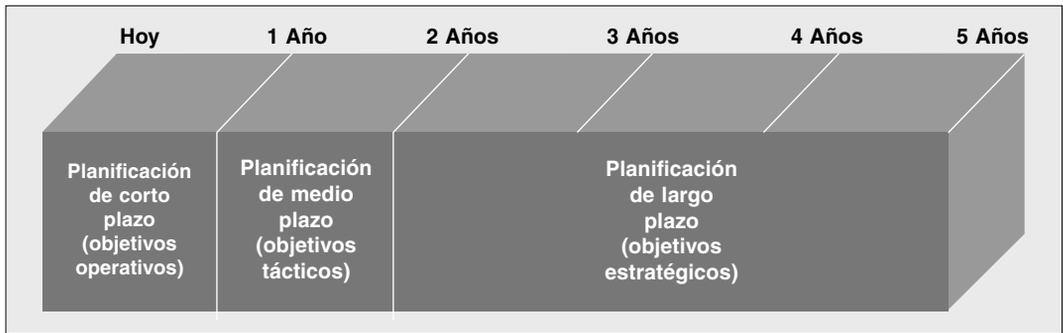


Figura 5.8. Los «horizontes» de planificación. Fuente: *Management*, Richard L. Daft.

cer prioridades en los trabajos y en la asignación de tareas y de personal; en el segundo caso (largo plazo), se trata de definir escenarios de acción y modos de competir.

El horizonte temporal, por tanto, determina la necesidad (o no) de desarrollar planes alternativos para el logro de los objetivos establecidos. Los distintos horizontes de planificación se presentan en la Figura 5.8, en la que también se definen los tres tipos de planificación sobre la base de estos plazos. De hecho, el conocimiento adecuado de los plazos de planificación ayuda a establecer la jerarquía y secuenciación de objetivos, planes y recursos, articuladas de manera efectiva. Los planes estratégicos (planes de largo plazo) enmarcan y fijan límites a los planes tácticos (planes de medio plazo), los cuales, a su vez, fijan límites y condiciones a los planes operativos (planes de corto plazo).

Objetivos y barreras para la planificación

La tercera clave para una buena planificación radica en: a) la determinación adecuada de los objetivos de la organización, y b) la eliminación de las dificultades para el logro de estos objetivos. Con vistas a la calidad de la planificación es un requisito imprescindible que los dos aspectos mencionados se den simultáneamente a lo largo de todo el proceso de planificación.

Como muestra la Figura 5.3, los objetivos de la organización constituyen el punto de arranque y de cierre del «ciclo de la gestión». En el caso de un servicio clínico, sus objetivos deben estar perfectamente alineados con los del conjunto de la organización, y su definición es el punto de arranque de su ciclo de gestión. La Figura 5.9 detalla algunas de las características esenciales que los objetivos de una organización deben poseer para que la gestión sea eficaz. Entre estas características destacan por su importancia las siguientes:

- **Cuantificación:** consiste en fijar en términos numéricos claros e inteligibles los objetivos de la organización o departamento, así como los objetivos individuales, para los diferentes marcos de tiempo.
 - Ejemplos: reducir la longitud de las listas de espera para cirugía al mínimo posible (mal objetivo); maximizar la rotación de inventarios todo el tiempo (mal objetivo); reducir progresivamente las listas de espera en 1000 pacientes por mes durante los próximos 2 años (buen objetivo); pasar de 8 a 12 rotaciones por año de los inventarios del fármaco A, en los próximos 6 meses (buen objetivo).
- **Congruencia:** consiste en la articulación y apoyo mutuo de los diferentes objetivos de la organización entre sí y con los de las personas que la componen.
 - Ejemplos: desarrollar más acciones de formación en tecnologías de la información para reducir el personal administrativo (objetivo incongruente); expandir el

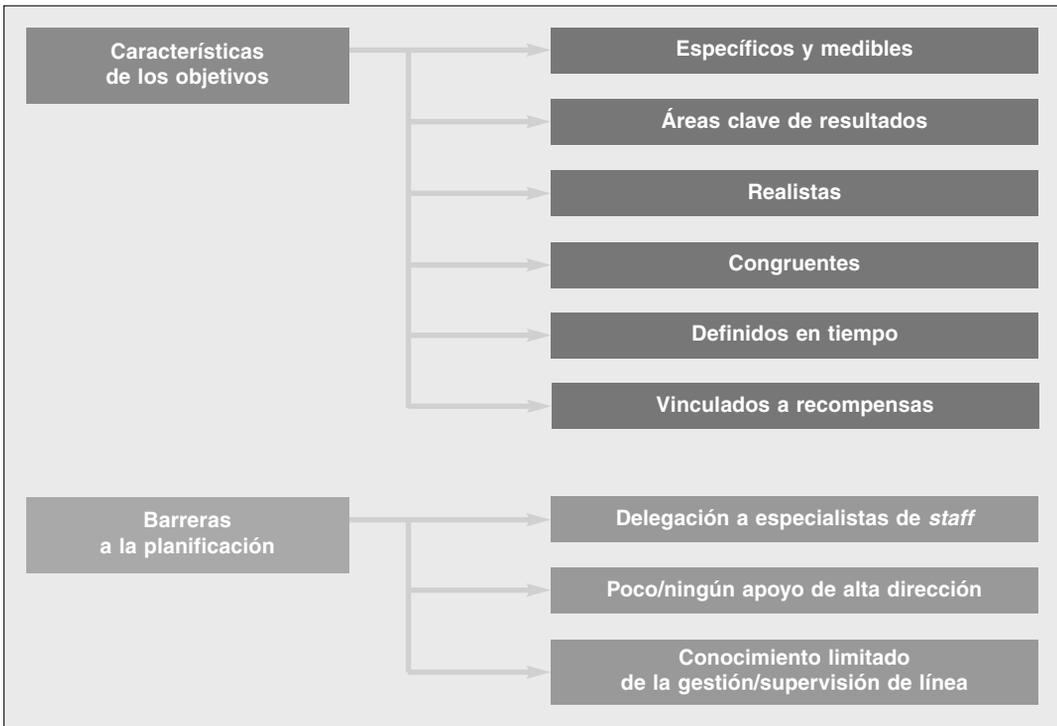


Figura 5.9. Características de objetivos y barreras en relación con una buena planificación. Fuente: Gustavo A. Vargas/Copyright.

nivel de servicio al cliente con una mayor contratación de personal temporal de baja cualificación (objetivo incongruente); ampliar las cuotas de mercado con una cartera de servicios de mayor gama (objetivo congruente); aumentar la rotación de inventarios progresivamente para reducir los *stocks* de seguridad (objetivo congruente).

- **Recompensas:** consiste en vincular de manera directa, factible y transparente el logro de los objetivos de la organización con el desempeño y retribuciones de los miembros de ésta.
 - Ejemplos: reconocer la excelencia en el desempeño de todos y cada uno de los miembros de la organización (objetivo no vinculante); dividir a partes iguales entre el hospital y sus empleados las reducciones de costes logradas durante los próximos doce meses (objetivo vinculante).

Este «abanico» de atributos que deben reunir los objetivos de una organización no es negociable ni divisible. En numerosas organizaciones, las políticas de retribuciones y de promoción del personal están gravemente desalineadas con la consecución de los objetivos, y de hecho, son contrarias a ellos mismos. Una política de retribuciones basada exclusivamente en el número de horas trabajadas no permitirá incrementar la productividad del personal, de la misma manera que una política de promociones basada en la antigüedad no incrementará la excelencia ni la innovación. Estas divergencias constituyen brechas fatales en la gestión.

Los objetivos de la organización y los planes formulados para lograrlos no sólo deben ser cuantificables, congruentes y vinculantes, sino que además deben ser factibles. Para ello es necesario eliminar los obstáculos para la buena planificación. En la

Figura 5.9 se indican algunas de las barreras más frecuentes e importantes. De esta Figura se pueden extraer algunos conceptos básicos de la planificación:

- La *planificación no puede ni debe ser delegada o transferida* ya que, como se ha indicado antes, es la responsabilidad principal de la gestión y, por tanto, una función esencial de ésta. No hay que olvidar que la planificación condiciona el éxito de la organización de manera decisiva (la buena planificación y el desarrollo de planes determinan el 65-75% de la consecución de los objetivos).
- La *planificación exige el apoyo y compromiso incondicionales de los altos directivos de las organizaciones*, que son los únicos que, en última instancia, pueden movilizar o no los recursos necesarios y facilitar que los objetivos puedan o no alcanzarse (la alta dirección concentra hasta el 80% de las decisiones sobre los presupuestos). Desde la perspectiva de un servicio clínico, una buena planificación, requiere el apoyo de la gerencia y del equipo directivo del hospital. De ahí la importancia de mantener una comunicación fluida con la dirección, basada en un compromiso común de servicio a los pacientes, concretado en metas y objetivos comprensibles para ambas partes.
- Finalmente, la *planificación requiere el conocimiento y el compromiso de la supervisión de línea*, que en las organizaciones sanitarias se puede identificar con el jefe de la unidad de servicios clínicos, para que aporte su visión sobre los planes y recursos de forma que contribuya a que los objetivos sean viables y factibles (no hay que olvidar que en las organizaciones la supervisión de línea es responsable de hasta el 100% de las unidades producidas o de los contactos con los clientes).

Modalidades de planificación

Las modalidades de planificación son importantes por el efecto que tienen sobre los planes resultantes. La cuarta clave para una buena planificación se basa en saber cuál es la modalidad adecuada de planificación (el cómo). Las diferentes modalidades tienen ventajas y desventajas, así como distintas oportunidades de aplicación. Como se indica en la Figura 5.10, los tres tipos de planificación son:

- **Planificación centralizada:** llevada a cabo por la dirección general de la organización, auxiliada por un equipo de analistas y especialistas para la recopilación y análisis de la información. Su gran ventaja es la visión de campo y la unidad de mando de la organización; su gran desventaja es la limitada participación y compromiso de los miembros de la organización.
- **Planificación descentralizada:** efectuada en primer término por los mandos de línea y medios, dentro de unos parámetros generales establecidos por la dirección general. Su gran ventaja es el sentido de propiedad y la participación del personal de la organización; su gran desventaja puede ser la dispersión incontrolada de objetivos y recursos.
- **Task forces:** constituidas principalmente para desarrollar planes únicos o de emergencia, las *task forces* permiten centrarse en el logro de objetivos limitados en plazos limitados de tiempo. Su gran ventaja es el grado de focalización que proporcionan al esfuerzo de planificación; sus grandes desventajas son la alienación potencial del resto de la organización y una marcada tendencia a la perpetuación innecesaria del *task force*.

Cuando las modalidades de planificación están bien adaptadas a los tipos de planes que se desea generar, los mecanismos de planificación son efectivos y los planes resul-

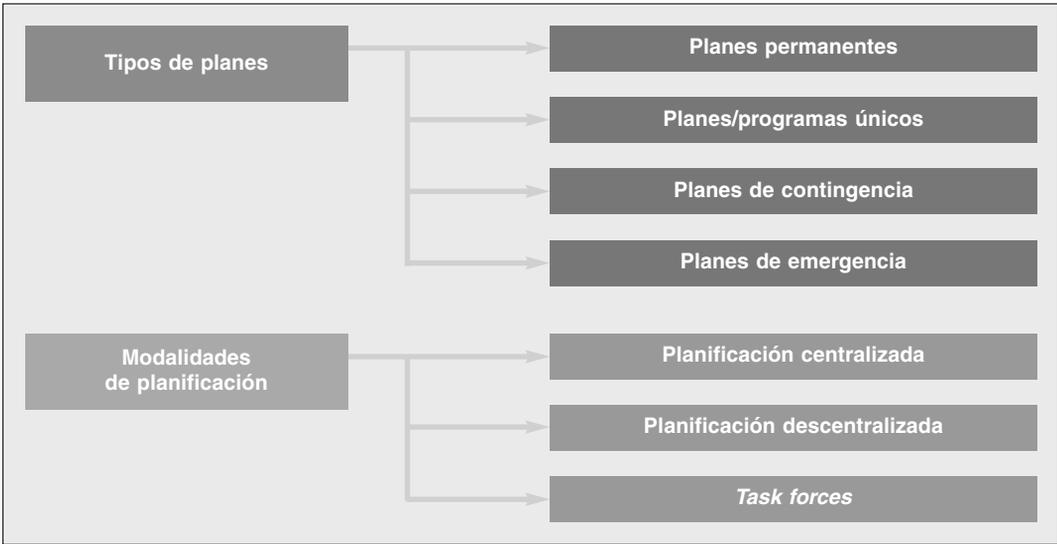


Figura 5.10. Los tipos de planes y modalidades de planificación. Fuente: Gustavo A. Vargas/Copyright.

tantes son factibles, viables y vinculantes. En última instancia, éste es el objetivo final del esfuerzo de planificación.

Tipos de planes

El producto final del proceso de planificación se plasma en un plan concreto. En la medida en que el plan sea bueno (o excelente), el proceso de planificación habrá tenido éxito. Por tanto, la quinta clave para una buena planificación es saber qué tipo de plan se quiere generar (el qué). No todos los planes son iguales ni se llevan a cabo de la misma manera. La Figura 5.10 muestra algunos de los tipos más importantes. Básicamente, existen cuatro tipos:

- **Planes permanentes:** los que *se repiten y actualizan a lo largo del tiempo, confiriendo continuidad y estabilidad* a las actividades de la organización, tales como el plan estratégico, el plan de investigación y desarrollo, el plan de comercialización, el plan financiero, el plan de operaciones y el plan de recursos humanos.
- **Planes únicos:** los que *se establecen con objeto de aplicar programas específicos y son de duración limitada*, tales como el plan de instalación de un nuevo sistema informático, o el de introducción de una nueva prestación sanitaria o de líneas de servicio asistencial.
- **Planes de contingencia:** los que constituyen *alternativas preestablecidas a los planes permanentes o a los planes únicos* para el caso de que las condiciones de entorno cambien de manera previsible, tales como el plan de inversiones o el plan de formación continuada del personal.
- **Planes de emergencia:** los que se desarrollan *para afrontar situaciones límite o de crisis*, que solamente se pueden presentar en circunstancias excepcionales, tales como el plan de extinción de incendios.

Es importante diferenciar entre los tipos de planes porque sus mecanismos de formulación y aplicación varían notablemente entre sí. Por ejemplo, el plan de establecer un nuevo sistema informático se logra a través de un número limitado de especialistas

asignados durante un tiempo limitado; en cambio, diseñar un plan económico-presupuestario requiere la participación de todos los niveles de la dirección.

Volviendo al ejemplo de la unidad de cirugía cuya dirección tiene por objetivo la reducción de las listas de espera para pacientes cardíacos, podemos ver cómo se aplicarían los conceptos básicos de planificación. En primer lugar, cabe establecer si este objetivo es permanente o temporal, para definir el tipo de plan y la modalidad de planificación. Si el objetivo es permanente, entonces el plan es permanente y los horizontes de planificación cubrirán el corto, medio y largo plazos. La modalidad de planificación preferida sería descentralizada, con alta participación de todos los agentes involucrados. El objetivo será cuantificado y desplegado en el tiempo (reducir listas de espera para 500 pacientes los primeros seis meses, y para 1000 pacientes los siguientes doce meses, estabilizando el tiempo de espera máximo en 21 días a los veinticuatro meses). Las prioridades de clasificación de los pacientes y los protocolos para los diferentes tipos de intervenciones serían consensuados, con estándares de desempeño basados en mediciones históricas objetivas. Luego se realizaría la previsión de pacientes y el análisis de recursos necesarios en el tiempo, y se definirían claramente las vinculaciones entre el desempeño y las retribuciones del personal. Finalmente, se llevaría a cabo un estudio de escenarios alternativos (más o menos pacientes, unas patologías u otras) para establecer cómo se podría responder con planes alternativos. Para terminar la planificación, se asignarían responsabilidades específicas a cada persona y a cada puesto de trabajo para el logro del objetivo. Toda esta información se difunde entre todo el personal que compone la unidad. El desempeño de la unidad es evaluado seis meses más tarde para medir la reducción en las listas de espera, así como a través de objetivos intermedios alcanzados en puntos físicos (en este sitio, en este paso, en este puesto) y temporales (en este turno, en esta semana, en esta fecha) de evaluación (algo de control). De este modo, lo más probable (con casi absoluta certeza) es que haya habido mejoras sustanciales en el desempeño, pues la gestión se ha realizado de manera articulada e integral, y el logro del objetivo establecido es el resultado de un esfuerzo ordenado y deliberado.

Organización

La organización es el proceso de establecer y mantener el uso ordenado de todos los recursos comprendidos dentro del sistema de gestión. Esta función se considera como la segunda en importancia de entre las funciones principales de la gestión, aunque también es la menos frecuente. Sus metas principales son:

- Aplicar los planes establecidos para alcanzar los objetivos y mantener las prioridades de la organización, de sus departamentos y funciones y de su personal.
- Desplegar de manera efectiva y oportuna los recursos necesarios para aplicar los planes establecidos.

El resultado del *proceso* de organización es la *estructura* organizativa, también conocida como el *diseño* de la organización. El diseño de la estructura organizativa comprende tanto elementos de tipo general (funciones, departamentos, interfaces) como elementos de tipo particular (actividades, tareas, puestos, métodos de trabajo), que deben apoyarse y reforzarse mutuamente para que la gestión pueda ser efectiva.

En principio, no existe un diseño de organización intrínsecamente superior a los demás. La eficacia de un diseño de la organización se mide por su logro de objetivos (efectividad) y por su uso de recursos (eficiencia). *Los diseños de la organización son, por tanto, contingentes y contextuales;* son contingentes porque dependen de los

objetivos, planes y prioridades de la gestión, y son contextuales porque dependen del grado y tipo de recursos disponibles.

Por ejemplo, la forma en la que se organiza (o se debe organizar) un hospital en un país desarrollado es sustancialmente diferente de la forma en que se organiza en el Tercer Mundo. Aunque sus objetivos genéricos son los mismos (salvar vidas, aliviar el dolor, curar dolencias), sus objetivos específicos serán muy diferentes. En un país desarrollado, un hospital se orientará mucho más (prioridades) a asistir de manera personalizada (planes) a aquellos pacientes con dolencias crónicas, discapacidades o situaciones de urgencia (curar). En un país del Tercer Mundo, un hospital estará mucho más orientado (prioridades) a aplicar programas masivos de asistencia (planes) y a concentrarse en aquellos pacientes con mayor capacidad de supervivencia (prevenir). El diseño organizativo, por tanto, tenderá a ser diferente: mucho mayor compartimentación clínica, con un uso intensivo de tecnología médica y una extensa reglamentación en el hospital del país desarrollado, y mucha mayor flexibilidad profesional, con un uso intensivo de profesionales sanitarios y una alta discrecionalidad en el caso del hospital del Tercer Mundo.

Como es lógico, los diseños de la organización tienen un gran impacto sobre el desempeño de la gestión y, por tanto, no pueden dejarse al azar. La organización que se estructura de manera idónea puede, literalmente, gestar su propio destino, ya que estará en condiciones de inducir las circunstancias y acciones necesarias para alcanzar, con éxito, el objetivo buscado. Organizarse es necesario, pero no es suficiente: además, hay que organizarse bien. Pero, ¿cuáles son las claves de una buena organización?

Desarrollo del diseño de la organización

Como en el caso de la planificación, la primera clave para un buen diseño organizativo consiste en entenderlo como un *proceso* riguroso y lógico. El desarrollo de un buen diseño organizativo requiere comprender claramente la misión y la razón de la organización, lo que debe estar claramente especificado en los objetivos, prioridades y planes de la gestión. Como, además, el diseño de la organización es contingente y contextual, el desarrollo de diseños viables y eficaces debe seguir una secuencia de pasos como los descritos en la Figura 5.11.

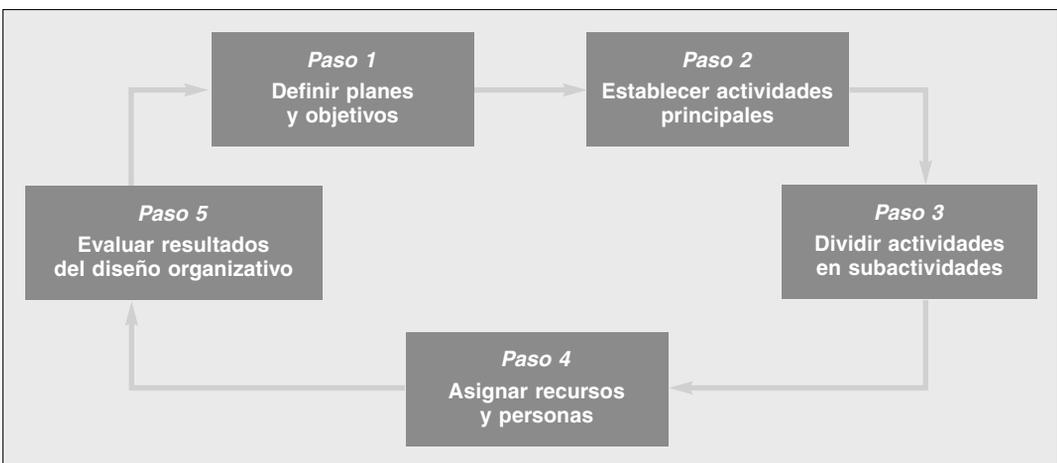


Figura 5.11. Proceso del diseño de la organización. Fuente: *Modern Management*, Samuel E. Certo.

El proceso del diseño organizativo presentado en la Figura 5.11 requiere la comprensión de objetivos, y el conocimiento de entornos y recursos, así como rigor intelectual y profesional. Diseñar una organización, diseñar un servicio clínico, es fundamentalmente tomar decisiones para el medio y largo plazos, decisiones que afectarán profundamente a numerosas personas y colectivos sociales, desde los clientes al personal y a los «propietarios» de la organización (la población, si se trata de un Servicio Nacional de Salud). El *resultado final* del proceso será la asignación de parcelas de responsabilidad y autoridad específicas a diferentes personas o grupos de personas, y la articulación efectiva entre personas y grupos a través de la definición de:

- Los puestos de trabajo.
- Los departamentos de la organización.
- Los mecanismos de enlace interpersonales e interdepartamentales.

Todo esto lleva a otra pregunta importante: ¿cómo y por qué se articulan entre sí estos elementos?

Orientación a los procesos

Un proceso es un conjunto de actividades conectadas entre sí en una secuencia lógica dirigida a la consecución de un resultado específico. En una organización existen numerosos procesos, de diferente importancia y complejidad, que van desde atender una llamada de teléfono para dar una cita, hasta la preparación de una orden de compra o la realización de una operación de cirugía de tórax. La lógica subyacente en el diseño y funcionamiento efectivos de una organización es facilitar todos sus procesos de generación o de prestación de servicios. La articulación de las actividades de la organización se da por medio y a través de los procesos, que los puestos de trabajo, departamentos y funciones deben apoyar.

Los procesos son la organización misma (es decir, son el propio servicio clínico, lo que es y lo que hace) y, por tanto, hay una serie de aspectos relevantes para su diseño y gestión eficaces:

- Aunque los procesos y tareas en un servicio son, de hecho, numerosos y variados, todos ellos giran en torno a lo que se considera el «gran proceso básico» del servicio, o del conjunto de la organización (analizar, diagnosticar y curar en el caso de un hospital; transferir capital de quienes poseen un superávit a quienes poseen un déficit en el caso de un banco; administrar terapias en un servicio de psiquiatría).
- El «gran proceso básico», o proceso principal de la organización –o del servicio– está compuesto y apoyado por otros muchos procesos y subprocesos, que son realizados por el conjunto de puestos, departamentos y funciones del servicio. En una organización, la ruptura del «gran proceso» o de algún proceso conexo, o de ambos, conlleva la ruptura del «contrato social» establecido entre organización y clientes (o ciudadanos, si se trata de organismos públicos). En el caso de un servicio clínico, la ruptura del proceso principal, o de los procesos de apoyo que lo hacen posible, supone la ruptura del contrato social con el paciente, al que no se le puede prestar el servicio en los términos de calidad técnica y de servicio exigibles.
- Todas las funciones y actividades del servicio participan en el proceso principal y repercuten sobre él, al ser, simultáneamente, propietarias y responsables de este «gran proceso» común; esa copropiedad y corresponsabilidad es incuestionable, y no puede ser sustituida por ninguna otra función, departamento o persona.

La Figura 5.12 indica de manera esquemática la interrelación y posición relativas entre procesos y funciones, desde el punto de vista de los conceptos que se han expuesto.

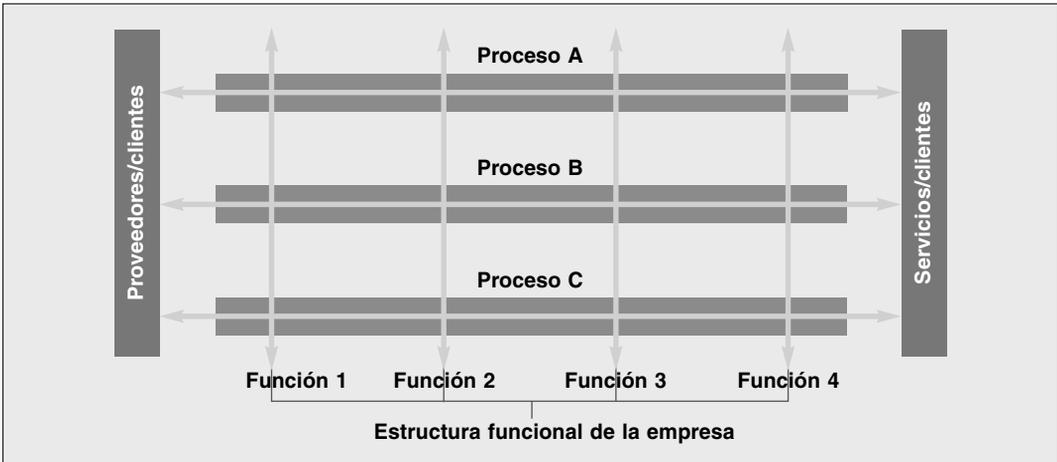


Figura 5.12. La empresa organizada por procesos. Fuente: Gustavo A.Vargas/Copyright.

En la medida en que el diseño de la organización facilite y apoye el «gran proceso», la organización será eficaz, eficiente y, por tanto, estará en la mejor posición para distinguirse por su calidad de servicio; de otra manera, su viabilidad estará seriamente en entredicho –al margen de que se mantenga a pesar de su ineficiencia.

Las «mónadas» de la organización

Las actividades que se realizan en una organización se consolidan en: a) puestos de trabajo, y b) relaciones entre estos puestos de trabajo. Los puestos de trabajo, definidos tanto por su contenido como por sus interrelaciones, constituyen las mónadas de la organización, o elementos básicos de su diseño. El contenido y las interrelaciones de un puesto de trabajo se derivan de los procesos de la organización; de hecho, un puesto de trabajo contiene una «parcela» de un proceso organizativo específico (el puesto es una «caja» que se llena con uno o algunos de los pasos o tareas del proceso), y sus interrelaciones se basan en las conexiones entre estas parcelas necesarias para la ejecución del proceso. La definición de los puestos de trabajo y de sus interrelaciones debe ajustarse a una serie de criterios clave de diseño, tal y como se representan en la Figura 5.13, que comprenden:

- La estructura del puesto.
- La modalidad de la toma de decisiones.
- El alcance y magnitud del control.
- El grado de formalización.

La estructura del puesto tiene que ver con el contenido de tareas y actividades asignadas al puesto de trabajo. Un puesto con una o pocas actividades similares (p. ej., realizar vacunaciones, responder llamadas) es un puesto de estructura simple, o de diseño especializado⁴, mientras que un puesto con numerosas actividades diferentes (p. ej., asistencia psiquiátrica, asesoría médico-legal) es un puesto de estructura compleja, o de diseño flexible.

⁴ El concepto de «diseño especializado» es el mismo que el de «especialización de puesto», descrito en una nota al pie anterior. El concepto de «diseño flexible» abarca al de «especialización profesional», también descrito en una nota al pie anterior.



Figura 5.13. Parámetros del diseño de la organización. Fuente: Gustavo A.Vargas/Copyright.

En cualquier puesto de trabajo se deben tomar decisiones, pero la modalidad de la toma de decisiones define el carácter del puesto. Cuando las decisiones que se han de tomar deben seguir un procedimiento estricto en todos los casos (p. ej., lavar una probeta, preparar una orden de análisis), y los casos excepcionales se comunican al supervisor del puesto, se tiene centralización en las decisiones vinculadas al puesto. Si el titular de un puesto de trabajo puede tomar decisiones por sí mismo dentro de ciertos límites de recursos y objetivos (p. ej., priorizar pacientes, formular evaluaciones de desempeño), pero con cierta flexibilidad en los procedimientos, se tiene delegación en las decisiones ejercidas en el puesto.

El alcance y magnitud del control se define por el número de personas que rinden cuentas a un mismo supervisor (ratio subordinado/supervisor). Cuanto mayor es el número de personas que están vinculadas a un supervisor, menor es la intensidad del control (bajo alcance de control) ejercido por el supervisor sobre cada subordinado, y viceversa (alto alcance de control).

Todo puesto de trabajo debe poseer un cierto grado de formalización, lo que implica que debe reunir algunos atributos, como un nombre, un número de clave, un objetivo, un puesto jerárquico (reporta a/supervisa a) y algún indicador de desempeño. Todos estos atributos básicos deben estar reflejados en un documento escrito que constituye la descripción del puesto. Si además de estos atributos básicos, la descripción del puesto prescribe y describe en términos precisos las actividades que se pueden llevar a cabo en el puesto de trabajo, éste posee una elevada formalización; de lo contrario, el puesto es de baja formalización. El grado de formalización que los puestos de trabajo de una unidad de servicios clínicos puedan requerir depende del tipo de servicios y del tipo de puestos. Cuando los servicios necesitan protocolos rígidos para su adecuada ejecución (p. ej., analítica, imagen, farmacia), el grado de formalización es necesariamente muy elevado. Por otra parte, si los servicios requieren protocolos abiertos y gran capacidad de acomodar pacientes muy diferentes entre sí (psiquiatría, urgencias), entonces el grado de formalización debe ser mínimo. Por sí mismo, ni un extremo ni otro es deseable, sino que todo está en función de la naturaleza del servicio prestado.

Los cuatro parámetros mencionados deben ser coherentes entre sí para que las unidades básicas de la organización, o «mónadas», que son los puestos de trabajo, estén bien diseñadas y proporcionen un fundamento sólido para un diseño efectivo de la organización. Un puesto simple conlleva centralización en las decisiones, alto alcance

del control por el supervisor y elevada formalización; un puesto complejo reúne las características opuestas. Si los puestos de trabajo están diseñados de manera incongruente, los procesos de la organización serán simplemente inviables.

Agrupamiento y construcción de la organización

Para que pueda existir articulación entre los puestos de trabajo, éstos tienen que agruparse y vincularse entre sí, estableciendo:

- *Departamentos*, o grupos de puestos de trabajo vinculados.
- *Jerarquías*, o relaciones vinculantes de autoridad y responsabilidad.

El agrupamiento de los puestos de trabajo se puede hacer partiendo de varios criterios, sin que ninguno de ellos sea intrínsecamente superior. Todo depende del grado en que estos criterios, y los agrupamientos a que den lugar, contribuyan a maximizar el logro de los objetivos de la organización, y a minimizar los costes (o esfuerzos) necesario para tales logros. De hecho, los diferentes criterios y agrupamientos tienen aspectos positivos y negativos, y corresponde al directivo decidir qué balance ofrecen estos aspectos en la construcción de la organización. Como se indica en la Figura 5.14, las bases o criterios principales para el agrupamiento de puestos en el diseño de la organización pueden ser (entre otros): *funciones* (p. ej., finanzas, personal, sistemas de información, servicios centrales, servicios clínicos), *servicios* (p. ej., radiología, oncología, obstetricia), *procesos* (pacientes de urgencias, pacientes ambulatorios, transporte de ambulancias, compras de fármacos), *geografía* (regiones, distritos, hospitales) o *clientes* (agudos, crónicos, bajas militares, infecciosos).

Además del agrupamiento idóneo de puestos, es necesario establecer los niveles relativos de poder, o jerarquías, para que la estructura de la organización esté adecuadamente vinculada y articulada. Las jerarquías se establecen sobre la base de ciertos criterios principales, entre los que cabe destacar los siguientes:

- Las jerarquías deben potenciar:
 - La unidad de dirección (los planes, prioridades, y objetivos), y
 - La unidad de mando (toda persona debe tener un superior, y solamente un superior).

Simples	Funciones	Complejas
Baja diferenciación	Servicios/productos	Alta diferenciación
Comunes	Procesos	Variados
Baja diversidad	Regiones/emplazamientos	Alta diversidad
Baja gama	Clientes/mercados	Alta gama

Figura 5.14. Bases del diseño de la organización. Fuente: Gustavo A.Vargas/Copyright.

- Las jerarquías deben facilitar el mando (el flujo de órdenes) y el control (la ejecución adecuada de las órdenes) de la organización.
- Las jerarquías deben estar enfocadas en primer lugar a la satisfacción del cliente final de la organización, independientemente de los clientes intermedios que estén involucrados.
- Las jerarquías deben tener una orientación simple en cuanto a los términos de los pasos y funciones involucradas, para evitar o minimizar confusiones y conflictos.

El objetivo final de la estructura, o diseño, de la organización es la *robustez en el desempeño* de los procesos organizativos, de modo que los planes, objetivos y prioridades puedan aplicarse y los fallos potenciales de desempeño puedan ser permanentemente anticipados, neutralizados o eliminados.

Cambio y reorganización

La construcción de una estructura de organización es una actividad compleja, difícil y extensa, lo que explica en gran medida la fuerte resistencia al cambio que frecuentemente se encuentra cuando se llevan a cabo esfuerzos de reingeniería de organización. De hecho, una buena estructura proporciona seguridad y continuidad a las personas que la componen; por ello, para ser viable y efectivo, el cambio en la organización debe ser justificado y aceptable. De no ser así se induciría un estado de «nerviosismo sistémico», lo que haría inviables los ajustes realmente justificados y necesarios en la estructura de la organización. Por tanto, el cambio en la organización depende de la magnitud del impacto que las causas de éste tienen sobre la estructura de la organización y sobre su capacidad de aplicar los planes, objetivos y prioridades establecidos.

En el ejemplo anterior de una unidad de cirugía cuya dirección se propone como objetivo la reducción de las listas de espera para pacientes cardíacos, se puede ver cómo se aplicarían los conceptos básicos de organización. Al igual que en la planificación, cabe establecer si este objetivo es permanente o temporal, pues la estructura de la organización se crea para proveer un marco estable de trabajo. Si el objetivo es permanente, se puede emprender la tarea de diseño de la organización. Las prioridades de clasificación de los tipos de pacientes, los procesos y protocolos para los diferentes tipos de intervenciones, y los estándares de trabajo basados en mediciones históricas objetivas, constituyen el punto de partida. Después se definen claramente las actividades que constituyen los diferentes procesos y las relaciones entre diferentes actividades y procesos. Luego, las diferentes actividades se asignan a diferentes «cajas», que constituyen de hecho los puestos de trabajo, y las relaciones y las jerarquías de estos puestos de trabajo (o «cajas») se deciden de modo que éstas faciliten la ejecución de los procesos de la unidad de servicios. Las «cajas» serán de diferentes tipos y tamaños. Algunas serán muy sencillas y estarán sujetas a protocolos rígidos, a fin de anticipar riesgos tales como infecciones secundarias y comas alérgicos. Otras «cajas» serán complejas y estarán sujetas a pocas restricciones, para poder reaccionar rápidamente ante situaciones inesperadas, como hemorragias o paros cardíacos. De cualquier forma, conociendo el contenido de estas «cajas», es posible determinar los perfiles de habilidades y competencias y los grados de autoridad y recursos que han de asignarse a cada puesto de trabajo. Finalmente, un estudio de varios escenarios alternativos (más o menos pacientes, unas patologías u otras) serviría para evaluar si el diseño de la organización es robusto, es decir, puede responder a diferentes situaciones posibles. Para terminar la construcción de la organización, el cuadro organizativo y las descripciones escritas de puestos se plasman en un documento, en el que se asignan responsabilidades específicas a cada persona y a cada puesto de trabajo para el logro del objetivo. Toda esta informa-

ción se distribuye entre todo el personal de la unidad, indicando asimismo las tablas y cronogramas de mediciones de desempeño. Casi con absoluta certeza, esta unidad de cirugía será capaz de alcanzar sus objetivos, pues ha creado la estructura y los mecanismos que le permiten hacerlo así de modo ordenado y seguro.

Ejecución/dirección

La función de ejecución o dirección se encarga de hacer que los planes se conviertan en realidad, a través de acciones concretas que siguen procedimientos establecidos para el desempeño de tareas ordinarias, excepcionales o alternativas. *La importancia de esta función radica en el hecho de que es la que realmente genera o aumenta el valor producido por una organización o, en este caso, por el servicio.* Es la función que convierte una masa de datos en un informe estructurado, o una pila de probetas y fármacos en un análisis, o un grupo de indicadores demográficos en una previsión de demanda, o un conjunto de recursos humanos y tecnologías en una operación de neurocirugía.

En el «ciclo de la gestión» descrito en la Figura 5.3, las funciones de planificación y organización proporcionan los elementos para que las tareas puedan realizarse, y la función de control verifica si se han realizado adecuadamente. Pero solamente la función de ejecución/dirección es la que lleva a cabo, a través de sus tareas y actividades, los planes y prioridades de la organización, utilizando diversos recursos humanos, materiales y tecnológicos. Precisamente por ello, esta función ha adquirido últimamente una creciente importancia, después de haber estado considerada durante mucho tiempo como una función de «bajo nivel» de la gestión.

La función de ejecución/dirección se despliega a través de dos grandes ejes:

- El eje técnico/tecnológico.
- El eje social/de comportamiento.

Estos dos ejes tienen que estar correctamente encajados para que las tareas se lleven a efecto de acuerdo con las especificaciones establecidas de manera fiable y oportuna.

El eje técnico/tecnológico

Este eje de la función de dirección se orienta a sus aspectos «duros». El desarrollo detallado del eje es extraordinariamente extenso y rico. Entre sus aspectos principales cabe destacar «bloques fundamentales» de conocimiento técnico-tecnológico como:

- Análisis de procesos y sistemas.
- Análisis y gestión de capacidad.
- Emplazamiento y distribución de locales.
- Desarrollo de métodos y estándares de trabajo.

Como es obvio, el despliegue adecuado de estos elementos es determinante para el desempeño de cualquier organización. Hay que señalar que conocer y dirigir adecuadamente los elementos del eje técnico/tecnológico de una unidad de servicios clínicos en la práctica, no exige la contratación de un equipo de especialistas en métodos o de analistas de sistemas. Sí implica en cambio la necesidad de conocer algunas técnicas fundamentales que permiten articular el conocimiento ya existente (tiempo de duración de una intervención, listas de recursos para una cirugía) y «traducirlo» a cifras que permiten establecer el tipo y cantidad de trabajo (patologías, intervenciones) que se puede realizar (o no).

El eje social/de comportamiento

Este eje de la función de dirección se orienta a sus aspectos «blandos». La disciplina del Comportamiento Organizativo se centra precisamente en estos aspectos, entre los que cabe destacar:

- Motivación individual.
- Dinámica de grupos.
- Estilos de liderazgo y mando.
- Flujos de comunicaciones.
- Sistemas de retribución/comunicación/información.

Si este eje de la función de dirección no está bien gestionado, resultará imposible alcanzar los objetivos de la organización. Una cosa es ordenar y facilitar las tareas, y otra que las tareas se realicen bien y oportunamente. En última instancia, la gestión de las organizaciones se da con y a través de las personas que la componen, por lo que es absolutamente necesario, sobre todo en organizaciones basadas en el conocimiento, que las personas estén adecuada y efectivamente motivadas, lideradas e informadas.

La combinación articulada y sin fisuras de estos dos ejes de la función de ejecución/dirección proporciona ventajas decisivas a una organización o a un servicio. La lógica de estas ventajas es sencilla, directa e incuestionable: *el corazón de una organización son sus procesos (el eje técnico/tecnológico), que son efectuados por su personal (el eje social/de comportamiento)*. O ambos ejes se articulan y operan bien, o la organización quiebra (tanto en el sentido literal como en el legal) y deja de existir como tal.

Si volvemos al ejemplo de la unidad de cirugía cuya dirección tiene por objetivo la reducción de las listas de espera para pacientes cardíacos, veremos cómo se puede aplicar un gran número de los conceptos básicos necesarios para la ejecución de las tareas. El objetivo es permanente, y su consecución ha sido plasmada en un plan, que proporciona una clara «unidad de dirección». Se han establecido prioridades, procesos, protocolos y estándares, que se han distribuido al personal, lo que facilita y apoya la ejecución ordenada de las tareas. El cuadro organizativo y las descripciones escritas de puestos se han fijado, asignando responsabilidades específicas a cada persona y a cada puesto de trabajo. Ello proporciona la necesaria «unidad de mando». Se han vinculado responsabilidades específicas a puestos y personas específicas, con cronogramas de medidas del desempeño y las correspondientes retribuciones vinculadas a este desempeño. Entre los aspectos de ejecución aún pendientes estarían el aspecto «duro» de la calidad y el aspecto «blando» del estilo de liderazgo. Así, para asegurar la calidad de los servicios quirúrgicos, será necesario insistir en los métodos preventivos, anticipando problemas y «filtrando» los recursos utilizados (fármacos, información, equipos e instrumentos, personal, pacientes). De igual manera, el estilo de liderazgo será acusadamente situacional, pues en una intervención quirúrgica será vertical/autoritario, mientras que antes y después de la intervención dependerá de que se quieran aplicar protocolos (estilo vertical/autoritario) o discutir procedimientos o tratamientos alternativos (estilo horizontal/participativo). Así las cosas, es casi seguro que esta unidad de cirugía podrá ejecutar sus planes de manera impecable y sin fisuras.

Control

El control existe para asegurar que los objetivos, prioridades y reglas de la organización se mantienen en todo momento. Es una de las funciones principales de la gestión, y la que más frecuentemente se encuentra y se lleva a cabo en todos sus niveles.

Una de las causas principales del fracaso de los directivos y de las organizaciones es la falta de controles apropiados, que muchas veces se debe a que no se comprende bien cómo funciona el verdadero control gerencial. La Figura 5.15 describe el «ciclo del control», que se extiende mucho más allá de la simple constatación de las divergencias existentes entre las metas establecidas y el desempeño alcanzado por la organización. De hecho, *el objetivo del control es la eliminación de las desviaciones entre metas y desempeño por medio de acciones correctivas* (rehacer análisis, reparar máquinas) o *preventivas* (anticipar tendencias de gastos, recalibrar equipos, inspeccionar lotes de medicamentos) o por medio de ambas. La gran variedad de sistemas y mecanismos de control organizativo (costes ABC, sistemas informatizados de historias clínicas, aseguramiento de calidad) serán analizados en detalle en otras secciones.

Las Figuras 5.16 y 5.17 detallan ciertos aspectos importantes para la gestión y selección adecuadas de los numerosos mecanismos y técnicas de control existentes. Desde el punto de vista de la «gestión por procesos», la Figura 5.16 indica cómo las técnicas y protocolos de control pueden aplicarse en tres instancias diferentes de estos procesos, y por ello pueden darse:

- **Controles preliminares:** aplicados a los *inputs* (insumos o entradas) de los procesos (estado del paciente, historias clínicas, máquinas de diálisis, banco de sangre, estado del personal médico).
- **Controles concurrentes:** aplicados en el momento y a lo largo de la ejecución de los procesos (control de señales vitales, protocolos quirúrgicos, tiempos de aplicación de electrodos).
- **Controles posteriores:** aplicados a los *outputs* (resultados o salidas) de los procesos (estado del paciente, resultados de análisis, calidad de placas radiográficas).

En la medida en que un proceso médico-clínico se aproxime a un proceso de «manufactura» en el que básicamente se procesan materiales con un grado bajo de contacto con el paciente (radiología), se dará un énfasis relativamente equilibrado entre las tres categorías de controles. En la medida en que un proceso médico-clínico tenga más componentes intangibles y requiera un alto grado de contacto con el paciente, existirá un énfasis mucho más pronunciado en los controles preliminares. En el primer caso, siempre pueden reciclarse o descartarse los materiales; en el segundo caso, los pacientes no pueden ni reciclarse ni descartarse en ningún momento.

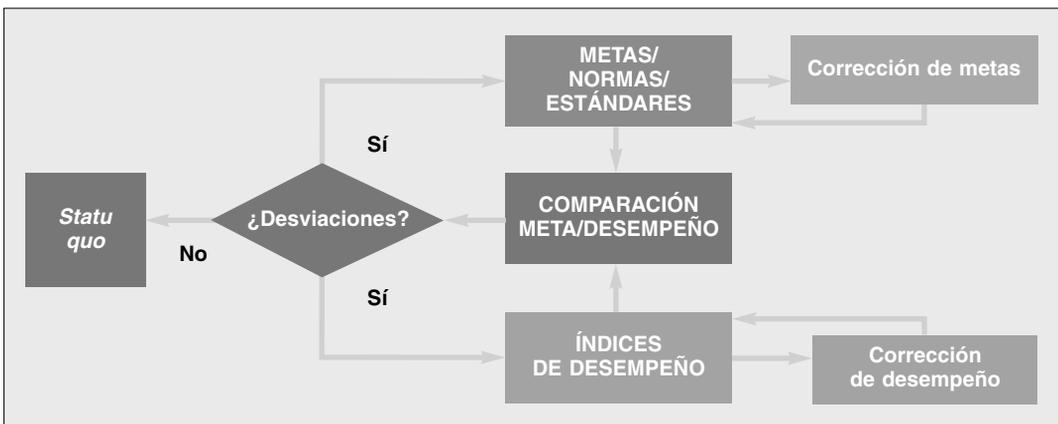


Figura 5.15. El ciclo del control. Fuente: Gustavo A. Vargas/Copyright.

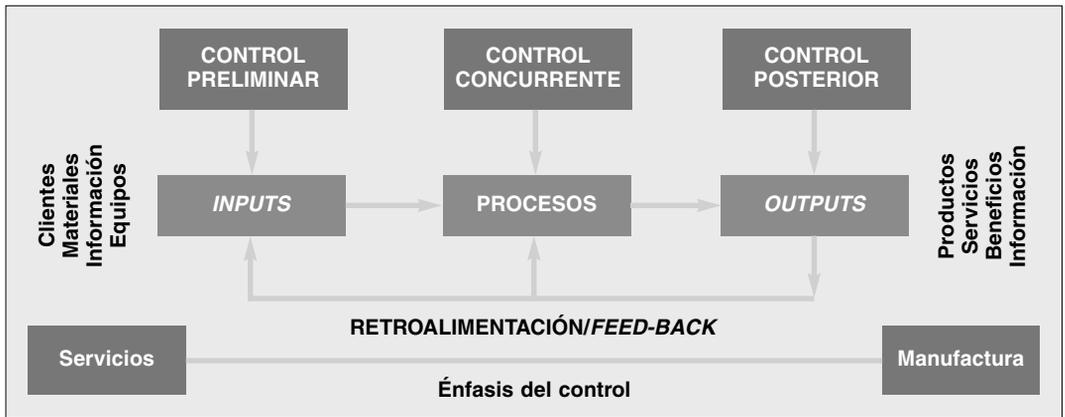


Figura 5.16. Los tipos, modos y puntos de control. Fuente: Gustavo A. Vargas/Copyright.

La Figura 5.17 indica las diferentes estrategias de control organizativo, dirigidas a hacer que los miembros de la organización ejecuten los procesos y ejerzan los controles establecidos en todo momento. No es suficiente establecer un protocolo médico-clínico, es también necesario garantizar que será llevado a cabo, y esto depende de la voluntad de las personas involucradas. Como lo indica la Figura 5.17, esta voluntad se puede lograr y mantener por medio de cuatro estrategias alternativas:

- Control burocrático: basado en la existencia de procedimientos y reglas escritas para cada aspecto de las actividades de la organización (entrada de pacientes, análisis clínicos, pagos de seguros, órdenes de compras).
- Control económico: basado en la vinculación entre actividades, resultados y retribuciones percibidas por los miembros de la organización (bonificaciones por calidad y asistencia, promociones por desempeño, incrementos salariales).
- Control personal: basado en la personalidad del superior/supervisor, quien motiva a los subordinados con la fuerza de su carisma, con la importancia de sus logros profesionales y con sus actos heroicos.



Figura 5.17. Estrategias de control de la organización. Fuente: Gustavo A. Vargas/Copyright.

- **Control cultural:** basado en la ideología, valores y ética compartidos por todos los miembros de la organización, usados para enfrentarse con las acciones y decisiones cotidianas (voluntad de servicio, foco en el paciente, actitud de equipo, preeminencia de la calidad).

Las estrategias de control burocrático y de control económico son necesarias, pero no suficientes. Simplemente, no es posible prever todas las circunstancias que puedan darse y establecer reglas para todas ellas, con lo que los controles burocráticos son limitados en su eficacia. Asimismo, los controles económicos no funcionan más allá de un cierto «punto de saturación», a partir del cual las personas ya no se sienten motivadas. La más poderosa de las estrategias aquí presentadas es la del control personal, pero, desafortunadamente, está basada en la personalidad del líder, y una vez que el líder ya no está presente, el control organizativo se debilita marcadamente. Numerosas experiencias socioorganizativas indican que la estrategia de control cultural es la más efectiva y permanente de las distintas estrategias, pues no está sujeta a los altibajos de regulaciones, retribuciones o liderazgos. Esta estrategia es ciertamente difícil y compleja de implementar, pero una vez alcanzada proporciona a la organización una fortaleza permanente y una eficacia duradera.

Fijándonos una vez más en el ejemplo de la unidad de cirugía que veíamos antes, observamos que prácticamente todos los aspectos necesarios para que exista un control adecuado ya han sido establecidos. El objetivo y el plan para su consecución ya han sido definidos, y los resultados del esfuerzo de toda la unidad de servicios tendrán que ser medidos con arreglo a ellos. Se han determinado protocolos, estándares de desempeño y técnicas de calidad, y se han vinculado responsabilidades específicas a puestos y personas determinadas, a cronogramas de mediciones de desempeño y a retribuciones vinculadas a este desempeño. Solamente falta añadir los aspectos de control presupuestario y de uso correcto de los mecanismos de control (facilitación, no penalización). Con estos aspectos añadidos, la información recopilada a través de los mecanismos de control es sistematizada y trasladada a la función de planificación, donde el «ciclo de gestión» vuelve a comenzar. Ésta es, pues, una unidad de cirugía de alto calibre directivo y de alta eficacia organizativa.

Conclusiones

La necesidad del «*management*» o gestión como una disciplina específica del conocimiento humano quedó firmemente establecida a partir de los cambios económicos y sociales desencadenados por la Revolución Industrial. Esta disciplina no se agota ni se ha agotado en la gestión de las empresas industriales, sino que se ha extendido cada vez más a las empresas de servicios y a las Administraciones Públicas. Es sumamente importante asumir y aceptar que la necesidad y la relevancia de esta disciplina se dan en todas las sociedades independientemente de su grado de desarrollo ya sean sociedades industrializadas, postindustriales o en proceso de industrialización.

El *management* o gestión es, por su naturaleza, una disciplina social, contingente a su entorno (o teatro de operaciones) específico. Como disciplina del conocimiento, puede y debe ser estudiada y aprendida, al igual que lo son el derecho, la sociología, la medicina o la ingeniería. Y, de la misma manera que en estas profesiones, en la disciplina de la gestión existe un conjunto articulado de conocimientos que puede y debe ser usado en función de las situaciones que se presentan en un momento determinado.

BIBLIOGRAFÍA

- BARTLETT CHRISTOPHER A, GHOSHAL SUMANTRA. The Myth of the Generic Manager: New Personal Competencies for New Management Roles. *California Management Review*, 40, N.º 1, 1997.
- BARTOL KATHRYN M, MARTIN DAVID C. *Management*. 3rd. edition, Irwin McGraw-Hill, 1998.
- BOYETT J, BOYETT J. *The Guru Guide*. J. Wiley and Sons, 1998.
- CERTO SAMUEL C. *Modern Management*. 8th. Edition. Prentice Hall, 2000.
- DAFT RICHARD L. *Management*. 6th. edition, Thomson Southwestern, 2003.
- DRUCKER P. *Management Tasks, Responsibilities and Practices*. Harper and Row, 1974.
- HANDY CH. *Understanding Organizations*. Oxford University Press, 1998.
- JONES GARETH R. *Organizational Theory*. Addison Wesley, 1998.
- MINTZBERG H. The Rise and Fall of Strategic Planning, *Harvard Business Review*, January-February 1994.
- MYERS R. *E-Commerce, Unplugged, eCFO*. Summer, 2001.

CAPÍTULO 6

La gestión de operaciones de un servicio clínico

Gustavo A. Vargas

Tipificación de los servicios sanitarios ■

- Gestión de los «productos» y «procesos» de servicios
- «Productos» de las organizaciones sanitarias
- «Procesos» como «productos» sanitarios
- Procesos en la organización sanitaria
- Consecuencias del diseño de los «productos» y procesos sanitarios

El servicio clínico desde un enfoque de operaciones: *inputs*, procesos y *outputs* ■

- El circuito del paciente
- Los *inputs* del servicio clínico
- Procesos: la organización de las actividades en el servicio
- Los *outputs* del servicio clínico
- El «sistema» de operaciones/procesos en el servicio clínico

Cálculo de las previsiones en un servicio clínico ■

- Patrones y horizontes de la demanda
- Fuentes de datos e información
- Etapas en la formulación de previsiones
- Taxonomía de los modelos y metodologías de previsión
- Selección y evaluación de los modelos de previsión
- Aplicaciones de los modelos de previsión
- Aspectos principales de la gestión de previsiones

Gestión de la capacidad de un servicio clínico ■

- Capacidad, tiempo y lugar
- Análisis y gestión de capacidad en el medio plazo
- Análisis y gestión de capacidad en el corto plazo
- Análisis y gestión de capacidad en el largo plazo
- Conclusiones

Bibliografía ■

Tipificación de los servicios sanitarios

Las organizaciones sanitarias son, de hecho, empresas generadoras de servicios que operan en entornos específicos y que generan servicios específicos. Estas organizaciones son diferentes, como lo son otras categorías de empresas (aerolíneas, bancos, universidades, etc.), pero son empresas y, por tanto, pueden y deben ser gestionadas con los mismos principios y criterios de dirección.

Hoy existen ciertas grandes tendencias que las «empresas excelentes» de servicios (independientemente del sector específico en que operen) han comenzado a implantar y de donde se pueden derivar lecciones útiles para las empresas de servicios de salud. Las más importantes de estas grandes tendencias son:

- La aparición del «*product plus*/servicio expandido».
- La primacía de la «organización por procesos».
- La gestión por «momentos de la verdad» y del «círculo virtuoso».
- El desarrollo de la «empresa virtual/hueca».
- El uso de nuevas tecnologías de apoyo.

Las tres primeras grandes tendencias están íntimamente relacionadas entre sí, y constituyen de hecho el núcleo para obtener la excelencia en los servicios en general, y en el sector de salud en particular. Las dos últimas tendencias refuerzan este núcleo a través de opciones tales como la subcontratación (*outsourcing*) y la telemática (*e-health*). Algunos ejemplos pueden servir para aclarar estos conceptos.

La tendencia del *product plus/servicio expandido* va dirigida a la «personalización masiva» de los servicios, que aunque en principio parece un contrasentido, es posible y rentable. La idea fundamental que subyace es que en los mercados actuales la mayor parte de los productos y servicios que se ofrecen al consumidor son de fácil sustitución, ya sea por productos o servicios similares o por marcas afines en sus atributos. Un simple vistazo a la cartera de compras típica de una familia, una empresa o una persona corrobora esta aseveración. Por tanto, la forma más eficaz de lograr ventajas competitivas sostenidas consiste en desarrollar una «mezcla» de atributos físicos e intangibles, incorporados o conectados a los productos y servicios. Si esta mezcla está bien hecha, los productos y servicios se «expanden», adquiriendo atributos diferenciales para los clientes, y dejan por tanto de ser «*commodities*» cuando se comparan con la competencia.

La gran cadena estadounidense de farmacias (*drug stores*) Savon ha implantado el concepto del «*product plus*». Por ejemplo, un paciente que recibe una receta de una medicina para la hipertensión arterial indica a su médico en qué farmacia Savon realiza sus compras normalmente. La receta se envía por correo electrónico directamente del consultorio u hospital a la farmacia Savon, en donde ya se han registrado los datos del paciente: su número de la Seguridad Social (el DNI estadounidense), el plan de seguro médico al que pertenece y el número de la tarjeta de crédito o de la cuenta bancaria a la que se carga el importe. La farmacia procesa la receta médica y la medicina se envía por mensajero o por el servicio postal (dependiendo de la urgencia) directamente al buzón del paciente. El paciente se habrá ido a trabajar o a jugar al golf o al cine, es decir, habrá utilizado su tiempo según sus prioridades personales. Si necesita reponer sus medicinas periódicamente, sólo debe marcar el número telefónico Savon de acceso general y los números correspondientes a las opciones del menú telefónico para recibir su medicina en casa.

Quizá una de las más importantes tendencias actuales es el desarrollo de la «*empresa virtual/hueca*», que «desintegra» la empresa de servicios y transfiere numerosas acti-

vidades a proveedores externos. De este modo, la empresa flexibiliza su estructura de costes y se concentra principalmente en la gestión por procesos. Las razones para esta tendencia, además de los costes, radican en la enorme variedad de actividades, tecnologías, habilidades y recursos que la empresa de servicios contemporánea necesita para competir; y a la imposibilidad física, económica y temporal de contenerlos todos. Un elemento fundamental para la existencia de las empresas virtuales es el uso de nuevas *tecnologías de apoyo*, que cubren todo un abanico de tecnologías blandas y duras, y de metodologías de gestión, toma de decisiones y resolución de problemas.

De todas maneras, es imprescindible recordar siempre que las empresas de salud son organizaciones sociales y están, por tanto, constituidas por personas que actúan como individuos y en equipos de trabajo; por ello los aspectos de gestión de recursos humanos (liderazgo, motivación, comunicaciones, retribución) son de extrema importancia para que su funcionamiento sea eficaz. Pero es también imprescindible recordar que los recursos humanos y no humanos son gestionados y organizados alrededor de un objetivo (el «producto» de la organización), que se genera a través de una serie de actividades interconectadas entre sí (el «proceso» de la organización).

Gestión de los «productos» y «procesos» de servicios

Desde el punto de vista de la *organización por procesos*, la organización se concibe como un sistema articulado de actividades, funciones y resultados, que adquiere recursos del entorno externo a la organización y los transforma en servicios o productos finales con un mayor valor añadido. Esta «visión horizontal» de la organización es característica de la gestión por procesos, y está representada en la Figura 6.1.

Aunque dentro de una organización existe una enorme variedad y cantidad de procesos, todos ellos pueden y deben ser agrupados en algunas categorías principales (que serán descritas más adelante) con arreglo al grado en que añadan, controlen o apoyen el valor de los «productos» (servicios sanitarios) generado por la organización sanitaria. La *concepción orgánica* de la organización gira, por tanto, alrededor de las cadenas o estructuras de los procesos, en lugar de alrededor de las estructuras funcionales o administrativas de la misma.

Para articular estos «grandes procesos» de manera eficaz, las «grandes cuestiones» y opciones de la organización deben ser respondidas de manera interna y externamente coherente entre sí y con los objetivos generales de la empresa. Estas grandes cuestiones pueden enumerarse sucintamente como: *¿qué?*, *¿cómo?*, *¿cuánto?*, *¿dónde?* y *¿quién?*

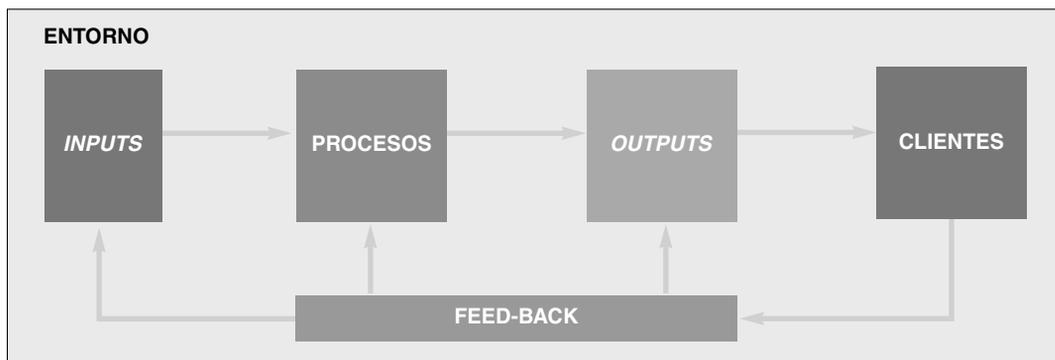


Figura 6.1. La empresa como un sistema de operaciones. Fuente: Gustavo A. Vargas/Copyright.

«Productos» de las organizaciones sanitarias

El punto de arranque del análisis de una organización es lógicamente el *¿qué?*, consistente en el diseño fundamental y mezcla de atributos (tangibles e intangibles) que los servicios intermedios o finales deben poseer para satisfacer a los clientes finales. Las tres grandes opciones para el diseño de un servicio son:

- Estandarización.
- Personalización.
- Modularización.

Como se describe en la Figura 6.2, cada uno de estos diseños posee características y atributos propios, y, por supuesto, ninguno es bueno ni malo *per se*, aunque todos deben encajar adecuadamente con las expectativas del paciente o cliente de la organización sanitaria. Sin embargo, algunos imperativos sociales y económicos conducirán hacia la estandarización de ciertos servicios (vacunaciones, control de natalidad, monitorización periódica), mientras que la lógica de la práctica y la evolución del conocimiento médicos establecerán la necesidad de la personalización o modularización creciente de algunos de estos servicios (gerontología, oncología, psiquiatría).

Cada «producto» (servicio sanitario) intermedio o final posee una mezcla o conjunto de atributos (tangibles e intangibles) que configuran el servicio, y que deben ser claramente conocidos y definidos para que la generación del servicio sea eficazmente realizada. La Figura 6.3 ofrece algunos ejemplos de servicios típicos y de sus correspondientes conjuntos de atributos tangibles/intangibles.

La prevalencia de uno u otro tipo de atributos en el diseño del servicio tiene un enorme impacto en la organización. Los atributos *tangibles* (dosis, temperatura

ESTANDARIZACIÓN	MODULARIZACIÓN	PERSONALIZACIÓN
Características	Características	Características
<p><i>Alto volumen</i> <i>Bajos costes</i> <i>Todos/muchos componentes comunes</i> <i>Muchos procesos comunes</i></p>	<p><i>Medio/alto volumen</i> <i>Medios/bajos costes</i> <i>Muchos componentes comunes</i> <i>Procesos iniciales comunes</i> <i>Procesos finales diferentes</i></p>	<p><i>Bajo volumen</i> <i>Altos costes</i> <i>Pocos componentes comunes</i> <i>Algunos procesos comunes</i></p>
<p><i>Poca flexibilidad/capacidad de respuesta al cliente</i></p>	<p><i>Media/alta flexibilidad/capacidad de respuesta al cliente</i></p>	<p><i>Alta flexibilidad/capacidad de respuesta al cliente</i></p>
Ejemplos	Ejemplos	Ejemplos
<p><i>Vacunación</i> <i>Procesos de pagos</i> <i>Acceso a historias</i></p>	<p><i>Cafetería</i> <i>Análisis clínicos</i> <i>Radiología</i></p>	<p><i>Cirugía mayor</i> <i>Cuidado intensivo</i> <i>Unidades de Quemados</i></p>

Figura 6.2. Alternativas básicas para el diseño del servicio. Fuente: Gustavo A. Vargas/Copyright.

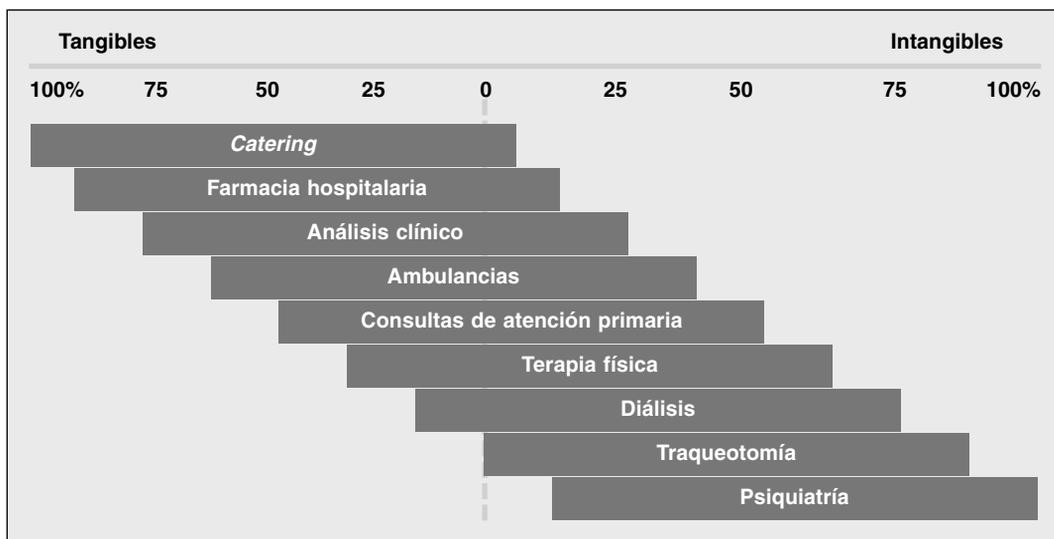


Figura 6.3. Comparación de diferentes «productos» y «paquetes» de servicios. Fuente: Gustavo A. Vargas/ Copyright.

ambiente, aislamiento sónico) pueden ser *estandarizados o modularizados* en gran medida, y también puede ser bien *controlados*. Pero los atributos *intangibles* (p. ej.; resistencia al dolor, ansiedad, empatía) son altamente *personalizados* y muy *poco controlables*. Ello, por supuesto, no es ni bueno ni malo, sino que simplemente constituye la naturaleza del servicio, para el cual la organización debe estar adecuadamente estructurada, preparada y equipada.

«Procesos» como «productos» sanitarios

En la generación de los productos industriales (p. ej., coches, televisores, termómetros) existe una clara separación entre el proceso de producción (línea de montaje), el producto final (automóvil) y el cliente final (propietario o conductor del automóvil). No ocurre así en el caso de los «productos» de servicios, donde existe una interacción a tres bandas entre el proceso de generación del servicio (procedimiento quirúrgico), el servicio final generado (p. ej., mejora de salud) y el cliente final (paciente de cirugía). Claramente, el cliente/paciente está vinculado al proceso en mayor o menor grado, pues de otro modo el servicio no podría ser suministrado. Dicho de otra manera, el «proceso» y el «producto» se solapan, y en algunos casos son uno y lo mismo.

Por ello, los servicios son clasificados según el *grado de contacto* necesario con los clientes/pacientes para producir estos servicios en (Fig. 6.4):

- Servicios «puros».
- Servicios «mixtos».
- Servicios de «cuasimanufactura».

En los servicios «puros», o de «alto contacto», el paciente/cliente debe estar presente prácticamente durante todo el proceso de generación del servicio (p. ej., cirugía), porque es el sujeto del proceso. En los procesos de «cuasimanufactura», o de «bajo contacto», el paciente/cliente debe estar presente sólo durante un breve período del proceso de generación del servicio (radiología, análisis clínicos, etc.), porque sólo se

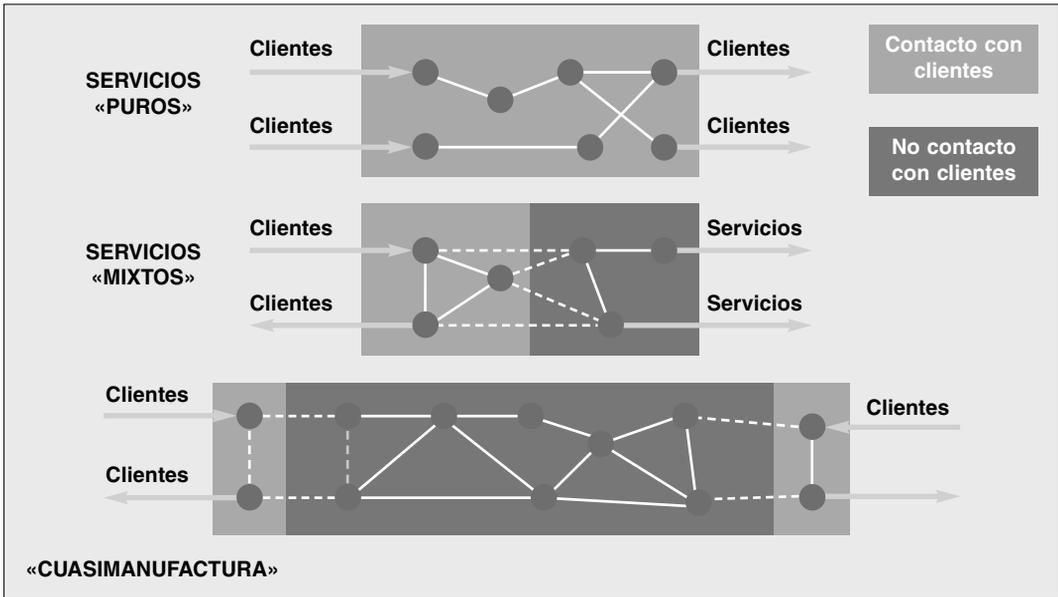


Figura 6.4. «Grandes sistemas» de generación de servicios. Fuente: Gustavo A. Vargas/Copyright.

le necesita para comenzar y terminar (y algunas veces ni siquiera para terminar) el proceso. A su vez, en los servicios «mixtos», o de «contacto medio», la presencia del paciente/cliente es necesaria para algunos aspectos del servicio e innecesaria para otros.

Estas categorías de servicios permiten determinar exactamente los *momentos de la verdad*, es decir, las fases en las que se está en contacto (o no) y se da (o no) valor al cliente/paciente. Saber cuáles son esos momentos permite desarrollar los procedimientos (básicos y de apoyo) y asignar los recursos necesarios para captar y satisfacer al cliente, o para recuperar su buena voluntad en caso de que se hayan producido fallos iniciales. Las características de los recursos asignados a los diferentes tipos de servicios se desprenden de su categorización: cuanto mayor sea el grado de contacto con el cliente, más «blanda» (*customer-friendly*) deberá ser la tecnología usada y mayor deberá ser la habilidad interpersonal de los profesionales de la salud; cuanto menor sea el grado de contacto con el cliente, más «dura» (*customer-unfriendly*) podrá ser la tecnología usada y mayor deberá ser la habilidad técnica de los profesionales de la salud.

Todo ello requiere que el «círculo del paciente» esté bien identificado y conocido a través de todos los elementos y funciones que forman parte de la organización sanitaria, para que los recursos estén adecuadamente emplazados. Parece paradójico, por ejemplo, que se exija del personal de limpieza de Disney World en Orlando (Florida) que sea políglota. Pero debe comprenderse que el 40% de los visitantes de este parque hablan idiomas distintos del inglés y, cuando desean saber cómo llegar a un sitio, es a los barrenderos y limpiadores, que están por todas partes, a quienes preguntan en primer lugar. De manera similar, el primer contacto de la mayoría de los pacientes que llegan a un hospital no es con el personal sanitario. La gestión adecuada de los procedimientos y recursos involucrados en estos «momentos» de la verdad es lo que genera el «círculo virtuoso» de satisfacción del cliente y de eficacia de la organización.

Procesos en la organización sanitaria

Las organizaciones sanitarias son organizaciones sociales y están, por tanto, constituidas por personas que actúan como individuos o equipos de trabajo, por lo que los aspectos de gestión de recursos humanos (p. ej., liderazgo, motivación, comunicaciones, retribución) son de extrema importancia para el funcionamiento efectivo de estas organizaciones. Pero los recursos humanos y no humanos son gestionados y organizados alrededor de un objetivo (el «producto» de la organización), el cual se genera a través de una serie de actividades interconectadas entre sí (el «proceso» de la organización). Los procesos son, de hecho, la columna vertebral de la empresa contemporánea de salud, pues solamente con ellos y a través de ellos se logra el «producto» de la organización.

Desde el punto de vista de la *organización por procesos*, la organización es concebida como un sistema articulado de actividades, funciones y resultados, que adquiere recursos del entorno externo a la misma, y los transforma en servicios o productos finales con un mayor valor añadido. Esta «visión horizontal» de la organización es característica de la gestión por procesos.

Taxonomía de procesos

Aunque dentro de una organización sanitaria existe una enorme variedad y cantidad de procesos, todos ellos pueden y deben agruparse en tres «supercategorías», de acuerdo al grado en que añadan, controlen o apoyen el valor generado por la organización. Estas supercategorías, presentadas en la Figura 6.5, son:

- Procesos operativos.
- Procesos administrativos.
- Procesos de apoyo.

Los procesos operativos constituyen el «proceso básico» o «proceso nuclear» de la organización, pues ellos son los que definen la naturaleza y el carácter de la misma. A manera de ejemplo, el «proceso básico» de un banco es la transferencia de los recursos de capital de aquellos que poseen un excedente, a aquellos que poseen un déficit del mismo. Similarmente, el «proceso básico» de un hospital consiste en la secuencia análisis-diagnóstico-tratamiento de los pacientes para mejorar o aliviar su estado de salud. Solamente cuando el «proceso básico» es efectivamente implementado, el banco o el hospital añaden valor y crean servicios que claramente satisfacen a sus clientes y a sus objetivos organizativos. Los demás procesos, ya sean administrativos (planificación, control, priorización), o ya sean de apoyo (formación, informática) se articulan alrededor del proceso básico y facilitan su ejecución de manera sostenida.

La *concepción orgánica* de la empresa gira, por tanto, alrededor de las cadenas o estructuras de procesos, y no alrededor de las estructuras funcionales o administrativas. La articulación de estos «grandes procesos»



Figura 6.5. Los «grandes procesos» de una empresa. Fuente: Gustavo A. Vargas/Copyright.

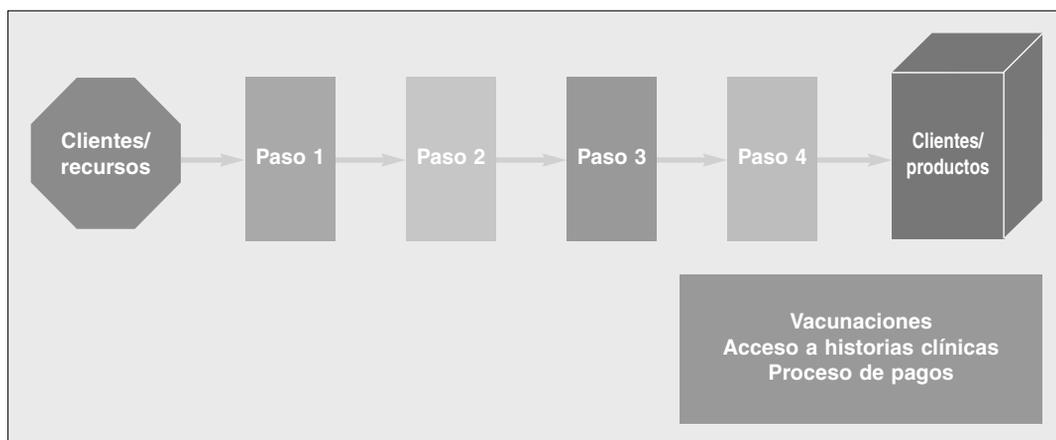


Figura 6.6. Procesos genéricos de conversión. Taller de Flujos/*Flow Shop*. Fuente: Gustavo A. Vargas/Copyright.

responde a la «gran cuestión» del *¿cómo?*, o sea, la manera en que los servicios de salud son generados por la organización sanitaria. La respuesta proporcionada debe ser en todo momento congruente con el *¿qué?*, o sea, el diseño fundamental y mezcla básica de atributos (tangibles e intangibles) que los servicios o productos finales deben poseer para satisfacer a los pacientes o clientes finales.

En adición a su jerarquía, los procesos de generación de servicios o productos finales se clasifican en tres tipos genéricos de acuerdo a su estructura y a la secuencia lógica o tecnológica de sus actividades:

- Talleres de flujos.
- Talleres de órdenes.
- Talleres de proyectos.

Estas tres estructuras principales se representan en las Figuras 6.6, 6.7 y 6.8. En cualquier instancia, la estructura de proceso escogida determina claramente:

- El tipo de tecnología utilizada.
- Los puestos de trabajo.
- Las habilidades requeridas del personal.
- Los sistemas de gestión y compensación de personal.
- Las metodologías de programación y control.
- Los sistemas informáticos.
- El tamaño de las instalaciones.
- Las estructuras de costes.

En relación a estas tres estructuras principales de procesos, que pueden encontrarse tanto en empresas de servicios como industriales, cabe recordar que, específicamente, los procesos de servicios se clasifican de acuerdo al grado de contacto necesario con los clientes para generar estos servicios, en:

- Servicios «puros».
- Servicios «mixtos».
- Servicios de «cuasimanufactura».

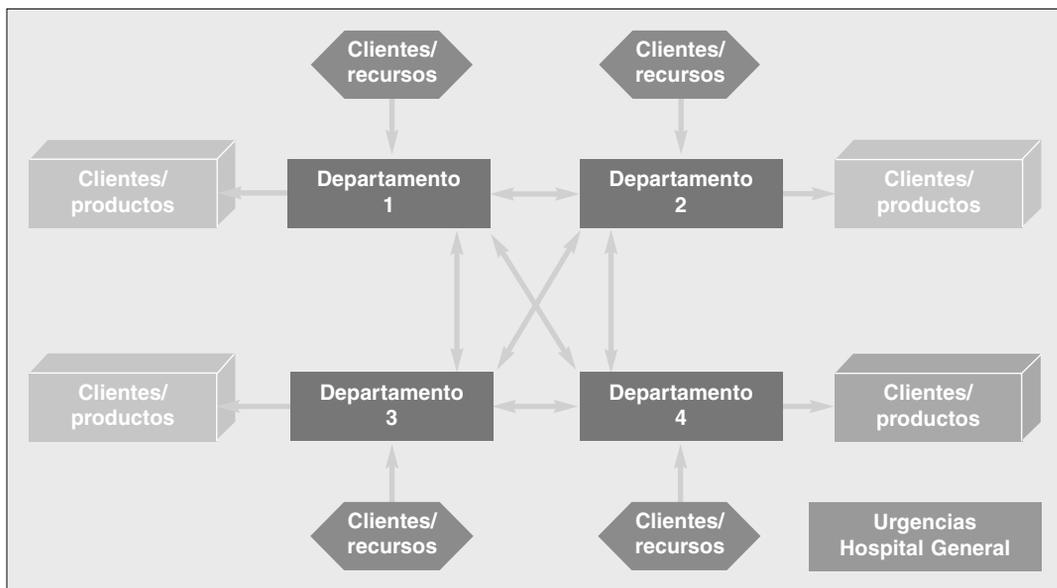


Figura 6.7. Procesos genéricos de conversión. Taller de órdenes/*job shop*. Fuente: Gustavo A. Vargas/Copyright.

Estas categorías de procesos, típicas de empresas de servicios, permiten determinar exactamente los *momentos de la verdad*, es decir, las instancias en las cuales se da (o no) valor al cliente. El conocimiento de estos «momentos» permite desarrollar los procedimientos (básicos y de apoyo) y asignar los recursos necesarios para satisfacer las necesidades del paciente/cliente.

A su vez, la construcción adecuada de los procesos de servicios en empresas de la salud requiere que estos procesos sean estructurados en estamentos como los repre-

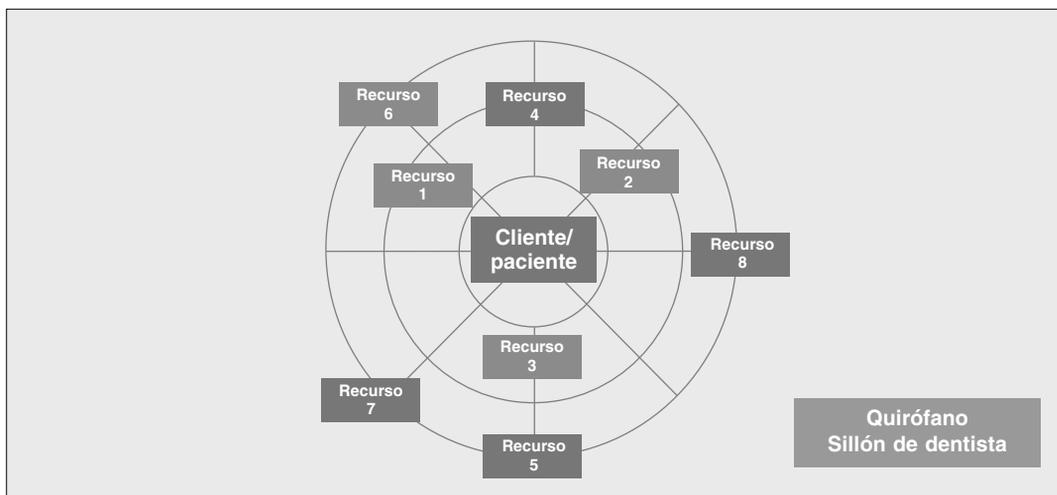


Figura 6.8. Procesos genéricos de conversión. Taller de proyectos/*Project shop*. Fuente: Gustavo A. Vargas/Copyright.

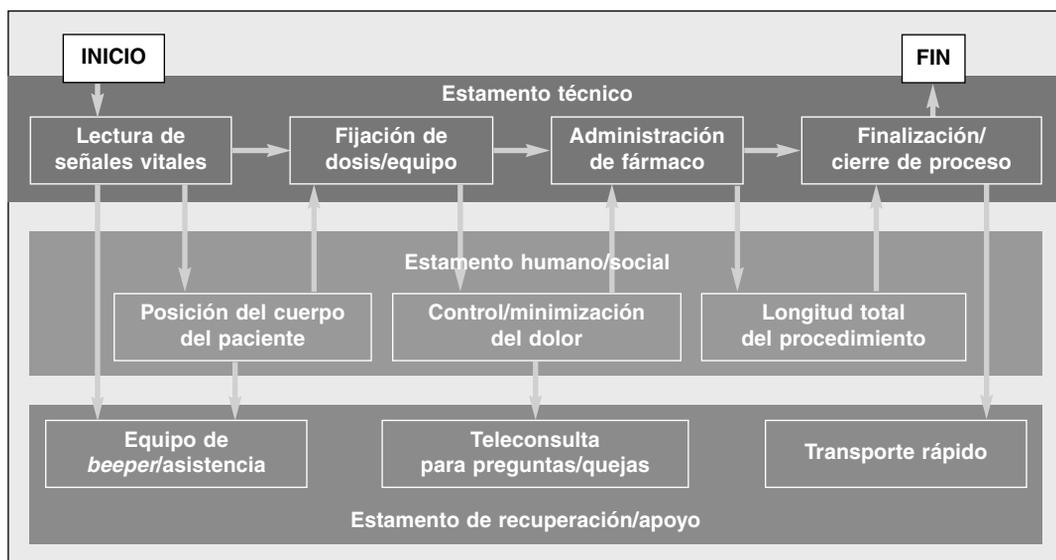


Figura 6.9. Diseño de estructura de procesos. Fuente: Gustavo A. Vargas/Copyright.

sentados en la Figura 6.9, que cubren desde los atributos meramente técnicos, a los atributos socio-humanos y a los atributos de recuperación de fallos eventuales del servicio.

Dinámica de procesos

La estructura de los procesos constituye su anatomía, pero los procesos también poseen su dinámica de acción (o fisiología), efectuada por medio de una serie de componentes. Entre los más importantes se encuentran los siguientes:

- *Inputs* (recursos, entradas).
- Flujos (secuencias de pasos seguidos por pacientes, materiales, personal e información).
- Tareas (actividades específicas realizadas en cada paso del proceso).
- Dotaciones (de recursos, materiales, información y personal).
- *Outputs/outcomes* (servicios, resultados).
- *Feed-back* (retroalimentación).
- Entorno(s).

Un proceso (cualquier proceso) solamente puede ser gestionado y controlado si todos esos elementos están *identificados, medidos y articulados* entre sí. Si uno solo de estos elementos no estuviera identificado o vinculado a los demás, el proceso estaría mal diseñado, o fuera de control, o mal gestionado, o todo a la vez. Como quiera que sea, no existirá realmente un proceso, sino una serie de eventos y acciones inconexas con resultados erráticos e impredecibles. La analogía con el funcionamiento del cuerpo humano es directa: cualquier órgano o función corporal que no actúa en sintonía con el resto, afecta a todo el organismo y provoca una enfermedad o dolencia.

Todos estos componentes funcionan de acuerdo a un *tempo* o ritmo (o latido, para utilizar la analogía del cuerpo humano), común que constituye el *tiempo de ciclo*, y que actúa como el marcapasos organizativo. Este tiempo es, por definición, el tiempo que transcurre entre dos pacientes/clientes sucesivos que salen del proceso (el

tiempo entre dos pacientes que salen de quirófano, o que salen de radiología, o que salen de atención primaria). Por supuesto, este tiempo puede ser altamente variable en ciertas situaciones (psiquiatría), pero normalmente oscila alrededor de una media y dentro de un rango conocido de variabilidad. Alrededor de este *tiempo de ciclo*, que corresponde al «proceso nuclear», se construyen y articulan todos los otros tiempos presentes en los procesos de servicios. Algunos de estos tiempos más importantes son:

- Tiempo de ciclo (el *tempo*/marcapasos del proceso).
- Tiempo de ejecución (tiempo para realizar una actividad del proceso).
- Tiempo de preparación (tiempo necesario para arrancar una actividad).
- Tiempo de espera (tiempo derivado de desfases entre otros tiempos).

El conocimiento tanto de la estructura como de los elementos componentes así como de los tiempos de los procesos es imprescindible para la determinación de los *cuellos de botella*, de las *colas estructurales* y de las *colas coyunturales* en las organizaciones de salud. El análisis de estas últimas situaciones pertenece a la planificación de la capacidad y dimensión de la organización de salud, pero este análisis sólo es viable en la medida en la que las estructuras, elementos y tiempos de proceso sean conocidos.

Encaje servicios-procesos

El «encaje» estructural y dinámico entre diseños de servicios finales y procesos de generación de servicios determina la viabilidad de la organización y la necesidad de los cambios y ajustes microeconómicos en el tiempo. Un mecanismo de importancia crítica para un encaje adecuado es la matriz estratégica servicio-proceso, representada en la Figura 6.10.

La lectura de esta matriz es clara y también compleja. Una organización sanitaria puede tener una variedad de servicios (inmunizaciones, apendectomías) y de procesos (vacunaciones periódicas, intervenciones quirúrgicas), pero ellos deben estar adecuadamente encajados entre sí. Cuando este encaje se da (inmunización con vacunación periódica, con intervención quirúrgica), la organización posee consistencia sistémica-estructural. Pero cuando este encaje no se da, la organización posee una asistemia estructural que no puede ser corregida o neutralizada por otro medio que no sea una corrección estructural. La «prueba ácida» de la consistencia sistémica-estructural consiste en identificar y representar los servicios y procesos organizativos en la matriz servicio-proceso y verificar si los mismos se intersectan a lo largo de la diagonal principal (diagonal noroeste a sureste). Cuanto mayor sea la distancia de estas intersecciones a la diagonal principal de la matriz, mayor será el grado de infactibilidad sistémica-estructural. La Figura 6.10 ejemplifica esta prueba de consistencia sistémica.

Como consecuencia, una organización sanitaria puede encontrarse con una incongruencia estructural que no puede corregir por factores del entorno o de dotación de recursos. En esta situación, una de las decisiones estratégicas más importantes a las que se enfrenta es la de *producir* o *vender*, lo que significa decidir qué servicios genera internamente y cuáles se han de externalizar (*outsourcing*). La decisión del *outsourcing* es importante por sus consecuencias económicas y organizativas, y porque puede erosionar seriamente la calidad y el valor generados por la organización. Aparte de la incongruencia estructural, entre los *drivers* del *outsourcing* también se encuentra la posibilidad de la flexibilidad de los costes al hacer que una mayor proporción de los mismos sean costes variables. Ello, sin embargo, da lugar a impactos y requerimientos significativos. Desafortunadamente, el *outsourcing* ha sido mal comprendido

ESTRUCTURA DEL PROCESO	ESTRUCTURA DEL SERVICIO		
	Personalización	Modularización	Estandarización
Taller de proyectos (Uno a la vez)	Consultas Cirugía Servicios dentales		Efecto de flexibilidad
Taller de órdenes (Unos cuantos a la vez)		Quemaduras Informaciones Reparaciones	Área de infactibilidad primaria
Taller de órdenes (Operación en lotes)		Inventarios de farmacia Radiología Test de laboratorio	
Taller de flujos (Cadenas de servicios)	Área de infactibilidad primaria		Vacunaciones Lavandería Cafetería
Taller de flujos (Operación continua)	Efecto de células		Telecomunicaciones

Figura 6.10. Matriz estratégica servicio-proceso. El «encaje estratégico interno». Fuente: Gustavo A. Vargas/Copyright.

y manejado en numerosas instancias, similarmente a como el Taylorismo y el Justo-a-Tiempo lo fueron en su día.

Los requerimientos del *outsourcing* no son nimios, y entre ellos son dignos de mención los siguientes:

- La eficiencia de los mercados.
- La tipificación/selección de procesos.
- La gestión compartida/negociada.
- La revolución telemática.

Como puede verse, algunos de estos requerimientos pueden ser determinados por la organización (procesos, gestión, telemática), pero otros claramente no (mercados). Y las causas del fracaso pueden ser múltiples y serias. Asumiendo que el *outsourcing* es bien manejado, la función de la empresa de servicios más directamente impactada por el *outsourcing* es la función de *Compras*. El cambio es nada menos que revolucionario, cuando se comparan las características tradicionales y emergentes de esta función. Aspectos de estrategia, alcance, procesos, interfaces, calidad, inversiones, tecnología y enfoque son dramáticamente alterados, a tal punto que muchos de ellos son irreversibles.

Desempeño de los procesos de servicios

Diseñar un buen sistema o proceso de servicios es importante, pero también lo es llevarlo a cabo y controlarlo día tras día. Esto da lugar a la necesidad de evaluar el desempeño de la gestión y de la calidad alcanzada en la organización de servicios.

Si los mecanismos involucrados son adecuados, entonces la organización tendrá un buen desempeño, pues se conjugan el «poder» (derivado de un buen diseño y encaje) con el «querer» (derivado de la voluntad de involucración). Ninguna de estas dimensiones por sí sola es suficiente, pues deben estar presentes ambas en todo momento.

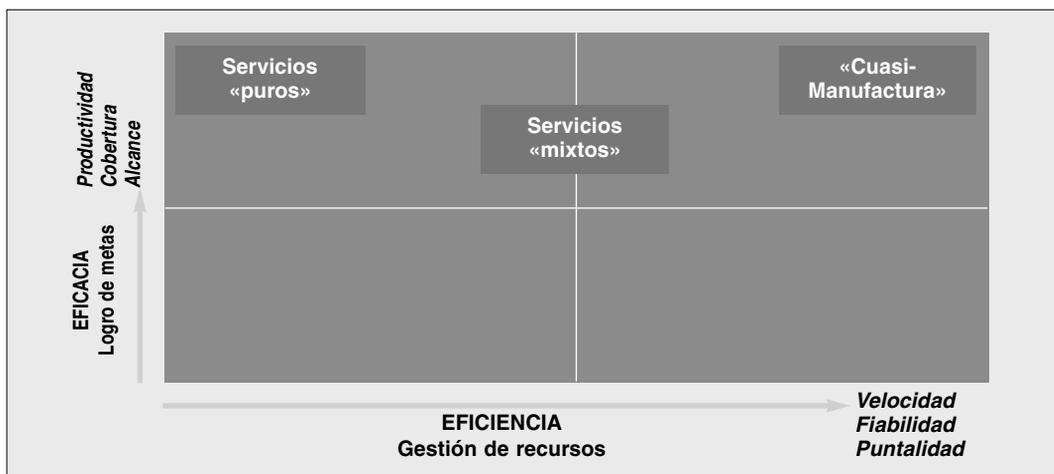


Figura 6.11. La métrica básica de las empresas de servicios. Fuente: Gustavo A. Vargas/Copyright.

El desempeño, a su vez, varía en su métrica dependiendo del tipo de servicios evaluados. Las dos dimensiones fundamentales de la métrica del desempeño son:

- La **eficacia** (logro de metas).
- La **eficiencia** (gestión de recursos).

Como se muestra en la Figura 6.11, el énfasis del desempeño de servicios «puros» (servicios de urgencia) tenderá a ser la eficacia, mientras que los servicios de «cuasimanufactura» (análisis clínicos) tenderán a enfatizar tanto la eficacia como la eficiencia. Y esto constituye una diferencia cualitativa gigantesca en la forma en la que los diferentes servicios son gestionados y operados día a día. La *medida* determina la *prioridad*, y la *prioridad* determina la *acción* (la «cola menea al perro»).

Consecuencias del diseño de los «productos» y procesos sanitarios

Cuando las necesidades de los clientes cambian, el diseño de los «productos» de las organizaciones sanitarias también tienen que cambiar. Y si estos diseños no se evalúan, ajustan y modifican oportunamente, el objetivo y metas de la organización no se podrán alcanzar. Es normal que se den resistencias al cambio, derivadas de la falta de preparación y de comprensión, de la urgencia del cambio o de ambas cosas. Para facilitar la transición existen técnicas cuya aplicación adecuada y oportuna favorece el cambio.

Aunque ya se han mencionado antes, conviene recordar los siguientes aspectos:

1. Las organizaciones sanitarias operan en entornos específicos y generan servicios específicos; son diferentes, como lo son otras categorías de empresas (aerolíneas, bancos, universidades, etc.), pero son empresas, y por tanto pueden y deben ser gestionadas con los mismos principios y criterios de dirección.
2. El punto de arranque del análisis de la organización es, lógicamente, el diseño fundamental y mezcla de atributos (tangibles e intangibles) que los servicios intermedios o finales deben poseer para satisfacer a los clientes últimos.

3. En el caso de los «productos» de servicios, existe una inevitable interacción a tres bandas entre el proceso de generación del servicio, el servicio final generado y el cliente/paciente final, el cual está siempre vinculado al proceso en mayor o menor grado.
4. La categorización de los servicios hace que sea posible determinar exactamente los *momentos de la verdad*, cuyo conocimiento permite a su vez desarrollar los procedimientos y asignar los recursos necesarios para satisfacer al cliente, o para recuperarse de fallos iniciales.
5. La adecuada tipificación de los servicios sanitarios es decisiva para la eficacia de la organización, pues el diseño del servicio como «producto» define para las organizaciones sanitarias el conjunto de procesos necesarios y su grado de articulación para satisfacer los objetivos genéricos de eficacia y eficiencia en la gestión.

El mensaje es claro: solamente se puede hacer bien aquello que se conoce bien, y solamente se conoce bien aquello que se puede definir apropiadamente. En el caso de las organizaciones sanitarias, esto significa la adecuada y completa tipificación de los servicios que generan, y de los procesos utilizados a ese efecto.

El servicio clínico desde un enfoque de operaciones: *inputs*, procesos y *outputs*

Aunque puede parecer obvio, es conveniente precisar la diferencia entre «gestión» y «administración». La gestión de una organización consiste en la toma de decisiones y en la resolución de problemas concernientes a esa organización. La administración de una organización consiste en la aplicación coherente de normas, reglamentos y procedimientos establecidos para el funcionamiento correcto de la organización. Tanto la gestión como la administración son necesarias para que una organización cumpla con sus objetivos y funciones, pero la gestión predomina sobre la administración. Ello es así porque las normas y procedimientos son el producto de decisiones orientadas a resolver o anticipar los problemas con los que una organización se enfrenta. En términos de habilidades directivas, la diferencia fundamental entre gestión y administración radica en la capacidad de los gestores para asumir riesgos y para ejercer con autonomía la toma de decisiones. Esta diferencia no es baladí: actualmente en España, la autonomía de los gestores de las organizaciones sanitarias es poca, pero el riesgo que afrontan estos gestores es prácticamente nulo, una situación que se reproduce en todos los niveles de la organización sanitaria típica. Cuando esta situación de «administración» cambia a una de «gestión», las habilidades directivas, desde los directores de hospitales hasta los jefes de unidades de servicios clínicos, tienen que dar un giro copernicano.

Más aún: una de las grandes tendencias que hoy siguen las «empresas excelentes» de servicios, particularmente las organizaciones proveedoras de servicios sanitarios, es la creciente primacía de la «gestión por operaciones¹ y procesos». Ello implica básicamente que en todo momento los recursos humanos y no humanos se gestionan y organizan en torno a un objetivo (el «producto» o «servicio» de la organización, es decir, del centro sanitario a través de sus diferentes servicios y unidades clínicas), que se genera a través de una serie de actividades (las «operaciones» de la organización) interconectadas entre sí (el «proceso» de la organización).

En una unidad de servicios asistenciales, por tanto, la gestión por procesos significa comprender y entender las necesidades de los pacientes, o clientes, desde un pun-

¹ Se entiende por «operación» «una actividad constituyente o contribuyente de un proceso». El término «operación», por tanto, no está usado aquí en su acepción médico-clínica, sino en su acepción sistémica.

to de vista articulado y coherente. Ello implica determinar la secuencia de pasos que sigue un paciente desde que ingresa hasta que sale de la unidad asistencial, y definir cómo todos estos pasos se conectan entre sí y se apoyan mutuamente para generar un servicio que tenga utilidad para el paciente.

Algunas preguntas pueden ayudar a entenderlo. ¿Cuál es el punto de inicio del servicio a un paciente psiquiátrico: el momento en que comienza la consulta o la llamada telefónica de urgencia? ¿Cuál es el punto final del servicio a un paciente quirúrgico: la conclusión del período postoperatorio o la evaluación a medio plazo de los resultados de la intervención? ¿Cuál es el criterio para determinar la fecha de una cita o de una intervención: la disponibilidad del personal médico o la gravedad del caso? Si las respuestas a estas preguntas son las opciones mencionadas en primer lugar, la gestión de la unidad de servicios es fragmentada e inexistente, a pesar de las buenas intenciones que se puedan tener. Pero si las respuestas dadas corresponden a las segundas opciones, entonces, la unidad de servicios está gestionada desde la perspectiva de procesos adecuadamente enfocados en sus clientes. Podrán existir (y, de hecho, existirán) fallos individuales de desempeño, pero el foco y la ejecución de los servicios médico-clínicos serán fiables y satisfactorios. Gestionar una unidad de servicios por procesos implica que el desempeño de la unidad no está determinado ni guiado por los intereses específicos de los diferentes agentes (médicos, enfermeras, sindicatos, etc.), sino por el interés del paciente que recibe el servicio concreto.

La *gestión por operaciones y procesos* ofrece, pues, una visión de las organizaciones sanitarias en la cual el conjunto de la organización y de las unidades de servicios que la componen constituye un sistema articulado de actividades, funciones y resultados. Este sistema adquiere recursos del entorno externo a la organización (presupuesto, inversiones, pacientes, etc.) y los transforma en servicios o productos finales con un mayor valor añadido². Esa «visión horizontal» de la organización es característica de la gestión por operaciones y procesos, y se representaba en la Figura 6.1. Dada su importancia esta visión requiere una mayor elaboración.

Los componentes básicos de la visión horizontal de la gestión por operaciones y procesos son:

- **Inputs** (o entradas, o insumos): son todos aquellos elementos que entran dentro de la organización sanitaria para ser procesados (pacientes, información) o para contribuir a la ejecución de procesos (médicos, enfermeras, centrífugas, fármacos).
- **Procesos**: son secuencias concatenadas de acciones y decisiones que se llevan a cabo para transformar los *inputs* en *outputs*.
- **Outputs** (o resultados, o «productos»): son todos los elementos tangibles (p. ej., análisis, imágenes) o intangibles (p. ej., terapias psiquiátricas) resultantes de los procesos generadores, en este caso de las prestaciones sanitarias.
- **Clientes**: son los distintos colectivos a los que van dirigidos los *outputs*, es decir, los servicios o prestaciones de la organización sanitaria, y que a su vez pueden clasificarse como:
 - Clientes externos (pacientes) y clientes internos (otros servicios, otros profesionales).
 - Clientes finales (pacientes) y clientes intermedios (aseguradoras, sistema de salud).

² Se entiende como valor añadido «un cambio de estado que conlleva una significativa mejora física, cualitativa, y/o económica con respecto al estado inicial de individuos, materiales u organizaciones». En términos concretos, esto significa la reducción del dolor o del riesgo de vida en un paciente, o el incremento en la puntualidad de las citas, o la reducción de los inventarios de fármacos obsoletos, como consecuencia de las acciones y decisiones realizadas.

- **Feed-back** (o retroalimentación): es la información generada en cada etapa de los procesos, como resultado de las acciones o decisiones llevadas a cabo en los procesos.
- **Entorno:** en este caso, son los diferentes elementos que delimitan el marco de acción de la gestión clínica, y que pueden ser de escala macroeconómica (p. ej., presupuesto del hospital) o altamente localizados (p. ej., horarios de trabajo, organización de los turnos).

En definitiva, la *concepción orgánica* de un servicio clínico, o de una organización sanitaria en su conjunto (a diferencia de la concepción administrativa), pivota alrededor de las cadenas de operaciones y de las estructuras de procesos, y no alrededor de las estructuras funcionales o administrativas de la organización.

El circuito del paciente

Aunque dentro de las organizaciones sanitarias existe una enorme variedad y cantidad de operaciones (traqueotomías, extracciones, análisis, etc.) y de procesos (consultas, cirugías, presupuestación, etc.), todas ellas pueden y deben agruparse en una serie de categorías principales. Con más detalle, estas categorías incluyen:

- **Procesos «nucleares»:** los que transforman los recursos de entrada en los servicios médico-clínicos deseados y, de ese modo, añaden valor para el paciente. *Ejemplos: realización de una diálisis, terapia psiquiátrica, intervención quirúrgica, lectura de radiografía.*
- **Procesos «facilitadores»:** aquellos que sirven de apoyo para la realización de los procesos nucleares, contribuyendo a su eficacia y accesibilidad. *Ejemplos: automatización de historias clínicas, sistemas expertos, transporte de ambulancias, guardias de enfermería.*
- **Procesos de «alto contacto»:** procesos en los que el paciente se encuentra directamente involucrado y «tocado» por las actividades sanitarias. *Ejemplos: realización de ecografías, procedimientos de diálisis.*
- **Procesos de «cuasimanufactura»:** aquellos en los que el paciente se encuentra involucrado sólo marginalmente. *Ejemplos: realización de pruebas de analítica, interpretación de resultados de radiología.*

Para articular de manera eficaz los diferentes tipos de operaciones y actividades en un servicio clínico es preciso identificar los procesos nucleares del servicio, así como el grupo de «clientes» principales. Ésta es una condición necesaria, pero no suficiente. Es preciso, además, comprender todos estos procesos desde la perspectiva específica del sujeto (y objeto) de los procesos, o sea, el paciente.

Las operaciones y procesos de las organizaciones sanitarias deben orientarse a la ejecución y facilitación del acto clínico de curación o mejora del paciente, sin el cual la organización carecería de razón de ser. Entender el «ciclo del paciente» desde la perspectiva del paciente mismo es de importancia crucial para la prestación correcta de servicios clínicos o asistenciales. Despojado de toda su jerga técnica o administrativa, el «ciclo del paciente» está básicamente compuesto de las etapas de:

- **Acceso:** mecanismos y vías por medio de las cuales el paciente entra en el sistema de salud (atención primaria, urgencias, etc.).
- **Priorización:** reglas aplicadas al paciente para situarlo en las listas (o colas) de atención (triaje, FIFO).

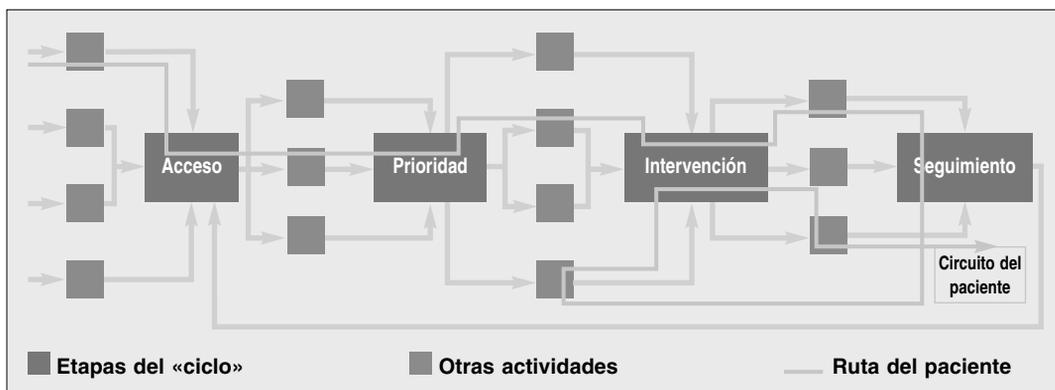


Figura 6.12. «Ciclo» de paciente frente a «circuito» del paciente. Fuente: Gustavo A. Vargas/Copyright.

- **Intervención:** el momento de contacto médico-clínico con el paciente (consulta, tratamiento, cirugía).
- **Seguimiento:** mecanismos y procedimientos seguidos para evaluar la eficacia y resultados de la intervención (segundas visitas, análisis, etc.).

Estas etapas, conjuntamente con las decisiones médico-clínicas y administrativas, determinan el *circuito* o *ruta* que sigue un paciente a través de la organización sanitaria, así como si la ejecución del acto médico-clínico es eficaz para lograr la curación del paciente de manera satisfactoria (para el paciente) y eficiente (para la organización). Existe una diferencia significativa entre el «ciclo» del paciente y el «circuito» del paciente, diferencia que no puede ser soslayada y que siempre debe ser tomada en cuenta (Fig. 6.12).

El ciclo del paciente (acceso, priorización, intervención, seguimiento) tiene lugar en todos los casos en que se proporcionan servicios sanitarios a los pacientes. Pero este ciclo puede ser facilitado o impedido por acciones administrativas o profesionales específicas. Cuando estas acciones facilitan el ciclo del paciente (p. ej., evitando demoras innecesarias, enviando a los pacientes a instituciones adecuadas), el circuito o ruta del paciente será corto, claro y fiable. Pero si estas acciones obstaculizan el ciclo del paciente (p. ej., realizando intervenciones inadecuadas, aplicando inflexibles reglamentos de turnos), el circuito o ruta del paciente será engorroso, confuso y errático.

La gestión adecuada del circuito del paciente repercute de manera positiva y simultánea en todos los que participan en él. De una gestión organizada con esta visión de la organización sanitaria se derivan una gestión y una práctica médica eficaces, cuyas acciones y decisiones pueden ser evaluadas de manera correspondiente. Este tipo de gestión no es sencilla, pero es precisamente lo que determina la excelencia de la organización.

Los *inputs* del servicio clínico

Una correcta gestión por operaciones y procesos empieza con el conocimiento e identificación de los *inputs* de la organización. *Inputs* (o entradas, o insumos) son todos aquellos elementos que entran dentro de la organización sanitaria para:

- Ser procesados (pacientes, información).
- Contribuir a la ejecución de procesos (médicos, fármacos, etc.).

Esta caracterización de los *inputs* es importante, pues permite identificar en gran medida el grado de control que un jefe de servicio puede ejercer sobre ellos y, como consecuencia, sobre los procesos y *outputs* de su unidad organizativa.

En principio, los pacientes, considerados como *inputs*, presentan las siguientes características:

- Son sólo parcialmente predecibles, en términos de su cantidad, características personales y conjunto de patologías.
- Son sólo parcialmente controlables, dado que sus reacciones y conductas son extremadamente individualizadas.
- Poseen criterios de evaluación de la atención médica que reciben con un elevado componente subjetivo, que pueden variar marcadamente de unos pacientes a otros.
- Pueden influir en alguna medida sobre la duración y complejidad del acto médico, voluntaria o involuntariamente.

Los *inputs* restantes, diferentes de los pacientes (personal, equipos, consumibles, información, locales), se caracterizan porque:

- Son altamente predecibles y calculables, en términos de cantidad, características individuales y conjunto de habilidades.
- Son mayoritariamente controlables, dado que los protocolos y procedimientos de trabajo son susceptibles de homologación.
- Pueden someterse a criterios normalizados de evaluación del desempeño en la atención proporcionada aunque haya marcadas diferencias entre pacientes.
- Pueden influir decisivamente sobre la duración y complejidad del acto médico, voluntaria o involuntariamente.

Quizá el aspecto más importante que se debe considerar en la gestión eficaz de los *inputs* para los servicios clínicos es el «encaje» (o congruencia, o correspondencia) adecuado entre los varios *inputs* entre sí (p. ej., perfiles de pacientes con perfiles de personal), así como entre los *inputs* y los procesos propiamente dichos (p. ej., habilidades del personal con automatización de historias clínicas). Este «encaje» es un factor determinante de la consistencia estructural o de la disfuncionalidad que pueda experimentar una unidad de servicios clínicos. En otro apartado se ofrece un análisis más detallado de este encaje estructural.

Procesos: la organización de las actividades en el servicio

En general, un proceso se define como una secuencia concatenada y lógica de acciones y decisiones que se llevan a cabo para transformar un conjunto determinado de *inputs* en un conjunto deseado de *outputs*. Además, específicamente un proceso de servicios clínicos es:

- Una secuencia de acciones clínicas y administrativas.
- Dirigidas a mejorar el estado de salud del paciente.
- Sobre la base de un fundamento científico-técnico.
- Con una utilización adecuada de recursos económicos y no económicos.

La estructura de los procesos está claramente afectada por el tipo de servicios clínicos que se vayan a generar, y afecta a su vez al tipo y al conjunto de *inputs* requeridos.

Los procesos bien diseñados deben poseer dos características clave, a saber:

- El «*encaje hacia delante*» entre procesos y servicios, es decir, que el proceso que se diseña y ejecuta para prestar un determinado servicio sea coherente y esté adecuadamente ensamblado con el tipo de servicio que se va a prestar. Los servicios muy estandarizados (p. ej., vacunaciones, análisis) requerirán una estructura de procesos rígida y normalizada, mientras que los servicios marcadamente personalizados (p. ej., psicoanálisis, terapias de rehabilitación) necesitarán una estructura de procesos flexible y adaptable al paciente.
- El «*encaje hacia atrás*» entre procesos sanitarios y los *inputs* de los procesos, pues el diseño de los procesos va a determinar el tipo de *inputs* que se requieren. Así, por ejemplo, los procesos con una estructura rígida y altamente repetitivos (p. ej., análisis clínicos) requieren y aumentan su eficiencia, con la adopción de recursos que permitan su automatización (*input* tecnológico), mientras que los procesos no repetitivos (p. ej., urgencias) requieren un personal flexible (*input* laboral).

Una consideración importante en los procesos de servicios clínicos es la existencia de una *interacción a tres bandas* entre el proceso de generación del servicio médico-clínico (procedimiento quirúrgico), el servicio final generado (apendectomía, mejora de salud, etc.) y el cliente final (paciente de cirugía). Como es lógico, el cliente/paciente está presente en el proceso, en mayor o menor grado, pues de otro modo el servicio no podría llevarse a cabo (Fig. 6.13).

En todos los casos, el proceso y el servicio final se solapan, y en algunos casos son uno y lo mismo. De esta situación se derivan requisitos adicionales de encaje hacia delante y hacia atrás en los procesos asistenciales, que serán analizados en detalle más adelante.

No todos los procesos son igualmente importantes, y sus prioridades relativas deben conocerse bien para que puedan gestionarse adecuadamente. De hecho, en cada unidad clínica existen pocos «procesos nucleares» (GRD principales, ya sea porque, aun siendo de escasa complejidad, afectan al mayor número de pacientes, o por-

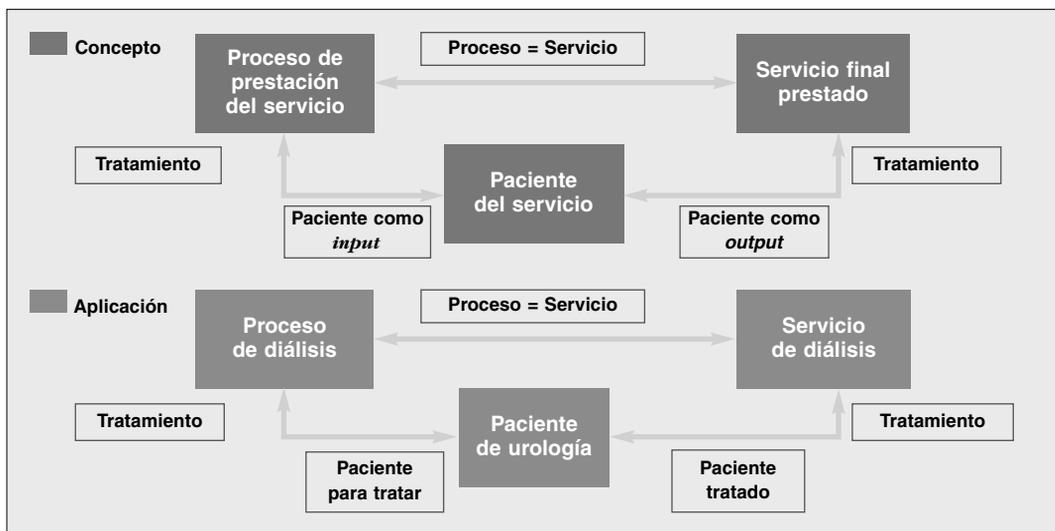


Figura 6.13. Proceso, paciente y servicio final prestado. Interacción a tres bandas. Fuente: Gustavo A. Vargas/Copyright.

que aunque afectan a un número reducido de pacientes son altamente complejos). Alrededor de estos procesos nucleares deben organizarse todos los demás (contratación, pagos, formación, informática, etc.). La identificación de estos procesos nucleares locales y el ajuste de las demás operaciones y procesos es un requisito para la excelencia en la gestión de unidades clínicas.

Los procesos, además, deben tener un foco, pues obviamente no se puede hacer de todo con los mismos recursos y protocolos. El foco va a determinar el factor crítico en cada proceso y, en consecuencia, los criterios de priorización en el servicio. En algunos casos el foco será la fiabilidad (p. ej., análisis clínicos, traqueotomías), y en otros casos podría ser la velocidad (p. ej., en urgencias) o las economías de escala (p. ej., en las farmacias hospitalarias). De cualquier forma, el foco determina una gran parte la selección de estructuras e *inputs* de procesos. Dado que el foco principal de cada proceso determina el factor o los factores clave para la disponibilidad, ejecución y calidad del servicio en cuestión, con arreglo a ese foco principal se toman decisiones relativas a la estructura física y a la dotación de los recursos necesarios para que ese proceso se pueda llevar a cabo. Esto significa que si no se ha definido el foco y el factor crítico de un proceso, falta la referencia necesaria para determinar y priorizar los recursos que se necesitan.

Como es lógico, este foco, debe ser a su vez congruente con las necesidades de los clientes y con los objetivos de la organización sanitaria. Sólo cerrando este círculo se garantiza la coherencia y consistencia del conjunto de la organización, fundamento incuestionable de su eficiencia.

Los *outputs* del servicio clínico

Se consideran *outputs* (o resultados, o «productos») todos los elementos tangibles (análisis, imágenes, etc.) o intangibles (terapias psiquiátricas) resultantes de los procesos generadores de servicios sanitarios.

Cada *output* (servicio sanitario) intermedio o final posee una «mezcla» o «paquete» de atributos (tangibles e intangibles) que configuran el servicio, y que deben conocerse y definirse con toda claridad y precisión a efectos de que la generación del servicio sea eficaz. La Figura 6.3 ofrecía algunos ejemplos de servicios típicos y sus correspondientes «paquetes» de atributos tangibles o intangibles.

En algunos casos, se establece una diferencia entre el concepto de «*output*» como *resultados* del proceso y el concepto de «*outcome*» como *estado* o característica de los resultados del proceso médico-asistencial. Por ejemplo, el *output* (o resultado) de una unidad de cirugía cardíaca sería el número de *bypass* coronarios realizados, y el *outcome* sería el número (o porcentaje) de intervenciones que han resultado en supervivencia o funcionalidad del paciente. La combinación de resultado y estado (*output* y *outcome*) constituye el «producto» del proceso médico-asistencial.

De manera similar a los procesos, los servicios sanitarios entendidos como «productos» deben estar adecuadamente encajados con los pacientes/clientes a los que van dirigidos, y con los procesos médico-asistenciales y administrativos que los generan o apoyan. El circuito del paciente, descrito en un apartado anterior es el que debe determinar cómo, dónde y cuándo tienen que prestarse los productos/servicios sanitarios a los pacientes/clientes. Es importante profundizar en el significado de los tres aspectos que acaban de mencionarse:

- *Cómo se prestan los servicios sanitarios*: este aspecto hace necesario que existan protocolos, normas, métodos y estándares de desempeño.
- *Dónde se prestan los servicios sanitarios*: lo que establece la necesidad de un emplazamiento físico idóneo del punto de provisión del servicio.

- *Cuándo se prestan los servicios sanitarios*: lo que determina factores tales como las prioridades entre pacientes y las horas de acceso o de trabajo para la provisión de los servicios.

En resumen, puede afirmarse que los *outputs* (o resultados) buscados poseen atributos que van más allá del aspecto médico-asistencial (curo o no curo) solamente. Además, poseen otros varios requisitos de encaje para que la unidad de servicios clínicos se gestione con eficiencia desde el punto de vista de sus beneficiarios, es decir, de sus clientes/pacientes.

El «sistema» de operaciones/procesos en el servicio clínico

Los aspectos que se han tratado hasta ahora dan idea de lo que significa tener una perspectiva de las organizaciones sanitarias, y de los servicios que las forman, desde un enfoque de operaciones. Aunque pueden mencionarse otros aspectos relevantes de la visión y gestión por operaciones y procesos de una unidad de servicios asistenciales (y, de hecho, así se hará en otro lugar de esta obra), los aspectos mencionados son los que constituyen el eje de tal enfoque.

Este enfoque ofrece una visión sistémica de las unidades de servicios asistenciales, lo que potencia la excelencia en su gestión pero también implica varios desafíos importantes, desafíos no solamente conceptuales sino también relativos a aspectos técnicos y organizativos, complejos pero absolutamente necesarios. Por ello, aunque los conceptos, técnicas y estructuras aquí presentados son necesarios para que pueda darse una gestión eficaz y eficiente de un servicio a corto, medio y largo plazos, no garantizan por sí solos la eficacia sostenida de las unidades sanitarias. Es necesario, además, añadir a este enfoque algunos factores críticos.

Los factores críticos que determinan que un servicio obtenga los resultados que ha decidido obtener, y no cualesquiera otros resultados, son los de *foco*, *encaje* y *consistencia* sistémicas. Estos factores garantizan que los diferentes elementos de la unidad organizativa, la unidad clínica en este caso, se articulen de forma coherente entre ellos para que la unidad sea funcionalmente viable (y no un popurrí de diferentes piezas).

Además, los cambios y las transformaciones que puedan o deban introducirse en las unidades clínicas a lo largo del tiempo deben mantener el foco y el encaje de la organización. Si no es así, el sistema se fractura, con el consiguiente impacto negativo en su eficiencia y, en la calidad asistencial.

En la Figura 6.14 se muestra cómo se traducen todas estas cuestiones en los conceptos y técnicas necesarios para la gestión de servicios clínicos. En esta Figura se resumen los elementos principales de la gestión por operaciones y procesos, así como las técnicas y estructuras necesarias para este tipo de gestión. Entre estos elementos cabe destacar:

- La identificación de los pacientes y recursos como las entradas (o *inputs*) de la unidad de servicios.
- La identificación de los pacientes atendidos y de los servicios médico-clínicos prestados como las salidas (o *outputs*) de la unidad de servicios.
- La fijación de las responsabilidades de gestión según los límites impuestos por la estructura de la organización (hospital, región, dependencia, etc.).
- La definición de los procesos como la secuencia o secuencias de actividades y decisiones que vinculan las entradas y salidas de la unidad organizativa.

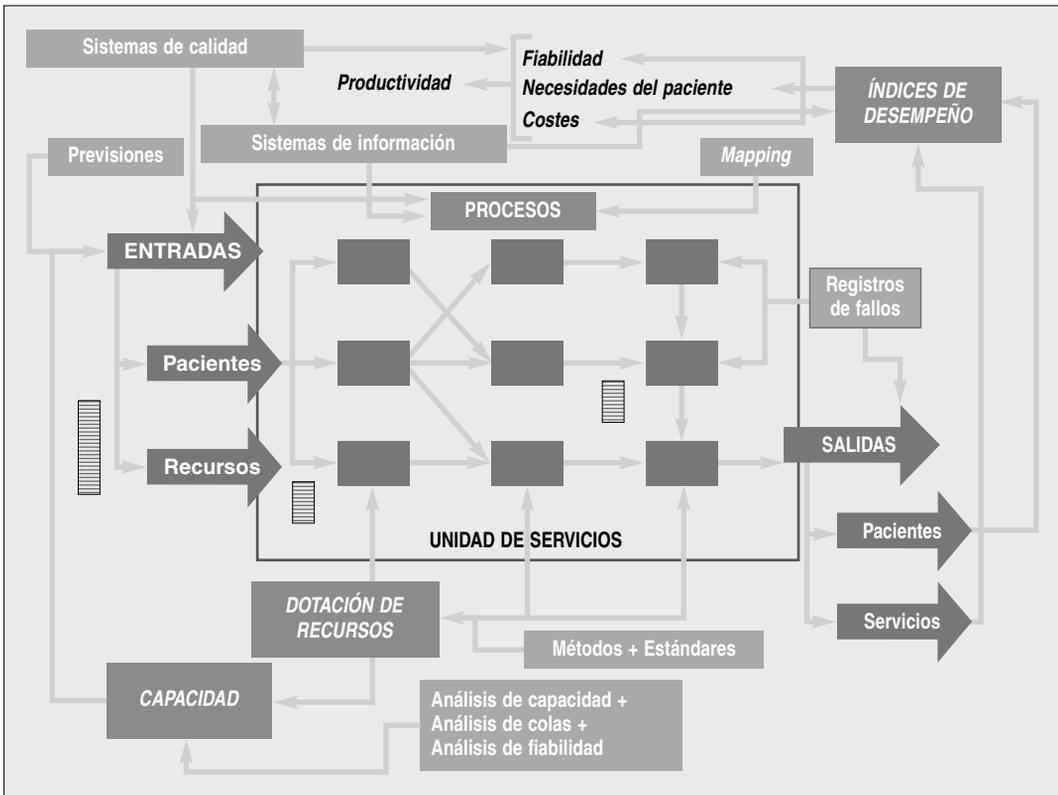


Figura 6.14. La «caja negra» de la unidad de servicios clínicos. Fuente: G. Vargas, L. Ruiz/Copyright.

- La definición del desempeño como el contraste entre los estados (*outcomes*) de las entradas (pacientes enfermos, como *inputs*) y las salidas (pacientes tratados, como *outputs*).
- El establecimiento de la capacidad y de las listas de espera (colas) estructurales como el balance entre el nivel de servicios requeridos (demanda) y la dotación de recursos existentes (oferta).

Cada uno de estos elementos puede ser estudiado y analizado por separado y, de hecho, posee entidad e importancia propia. Es más, ninguno de ellos es discutible. La identificación de pacientes y patologías, la delimitación de entornos y responsabilidades, la definición de procesos y recursos, la gestión de capacidades y de listas de espera, la fiabilidad de las intervenciones médico-clínicas y la medición del desempeño, deben darse en todo momento, y no son objeto de cuestionamiento o discusión. La clave de una gestión diferencial y excelente, sin embargo, radica en la articulación e integración de todos estos elementos para la toma de decisiones y la resolución de problemas con un enfoque sistémico de las organizaciones sanitarias y de sus unidades de servicios clínicos.

Asimismo, de la Figura 6.14 se desprenden las **principales técnicas de análisis gerencial** que debe conocer y manejar la persona responsable de la gestión de una unidad de servicios clínicos. Entre ellas pueden mencionarse las siguientes:

- La **formulación de previsiones**, para anticipar y gestionar la demanda de servicios.

- El **mapping** (o *plasmación en gráficos*) de procesos, para identificar las actividades y puntos de decisión de la unidad.
- Los **métodos y estándares**, para normalizar actividades y prever los recursos necesarios por actividad.
- El **análisis de capacidad**, que permite establecer el balance entre recursos necesarios y disponibles para diferentes plazos de tiempo.
- Los **sistemas de aseguramiento y control de calidad**, que junto con los *registros de fallos* permiten mantener la fiabilidad de los servicios y anticipar o corregir los errores.
- Los **sistemas de información y comunicación**, que apoyan las decisiones médico-clínicas y administrativas, y facilitan la resolución de problemas.
- Los **sistemas de costes**, que proporcionan la base necesaria de presupuestación de recursos, así como la medición y *tradeoffs* económicos necesarios.

Aunque puede parecer una relación algo extensa de «deberes», es de hecho el conjunto de requisitos clave para la gestión eficaz por operaciones y procesos de una unidad de servicios clínicos. Para ser excelentes, las organizaciones se gestionan utilizando este conjunto de herramientas, combinado con el conocimiento científico-profesional que constituye el contenido sustancial de la actividad médico-asistencial. Ambos componentes del conocimiento se necesitan, complementan y apoyan mutuamente, y no deben ser objeto de una dicotomía injustificable.

Por supuesto, siempre es posible tratar de esquivar la gestión por operaciones y procesos, aduciendo ya sea imposiciones administrativas, ya la inaccesibilidad de la información pertinente, o la falta de los recursos o el tiempo necesarios. Pero además de que en la vida real nunca se tendrá toda la información, recursos o tiempo necesarios (y aun así, se realizan intervenciones, prescriben fármacos y aplican terapias), simplemente no existen otras alternativas a esta modalidad. Si se desean foco, encaje y consistencia sistémicas en la gestión de las unidades de servicios clínicos, la opción es clara.

Cálculo de las previsiones de un servicio clínico

El punto de partida para la planificación y gestión correcta de la organización sanitaria es la estimación del volumen y necesidades de sus pacientes/clientes que deben satisfacer. Solamente a partir de este conocimiento pueden saber las organizaciones sanitarias cuál es el escenario futuro con el que se enfrentan, y evaluar la dotación de recursos necesarios para que la organización opere eficazmente en ese escenario. No es necesario, ni posible, que tal conocimiento sea perfecto, pues tratándose del futuro siempre existirá un cierto grado de incertidumbre, pero el futuro escenario de actuación debe ser previsto porque sólo así será posible controlarlo o adecuarse a él.

La mayor parte de las decisiones adoptadas por una organización sanitaria se basan en un sistema de previsiones de demanda por sus servicios. El objetivo principal de este sistema es identificar los patrones subyacentes de demanda a partir de la información disponible, así como determinar los factores que conforman esa demanda. En el caso de una organización sanitaria, existen ciertas características de la demanda que merecen ser mencionadas como punto de partida:

- La demanda de servicios sanitarios está permanentemente influida por factores estacionales (pulmonías en invierno, alergias en primavera, accidentes en verano), cuya gravedad y duración afectan decisivamente a esta demanda.

- El volumen y conjunto de la demanda de servicios sanitarios están directamente vinculados a las características demográficas (cohortes etarias), geográficas (altitud, clima, humedad, etc.) y ocupacionales (agricultura, minería, construcción, etc.) de la población de pacientes/clientes.
- Las fuentes de demanda de servicios de una unidad clínica pueden ser tanto internas (otras unidades, clientes intermedios) como externas (otras organizaciones, clientes finales).
- La demanda de servicios es principalmente de dos tipos: demanda básica y demanda derivada; la demanda básica (correspondiente al «proceso nuclear» de la unidad de servicios) debe ser estimada, y la demanda derivada (correspondiente a los procesos de facilitación y apoyo al proceso nuclear) se calcula a partir de la demanda básica.

El análisis de las características que ofrecemos aquí se centra en las unidades de servicios clínicos (psiquiatría, dermatología, radiología, cardiología, nefrología, etc.), aunque algunos de los conceptos se pueden aplicar a los distintos niveles de un sistema nacional de salud.

Patrones y horizontes de la demanda

La mayor parte de los sistemas de previsión se basan en la observación repetida de la demanda registrada por servicios específicos a lo largo del tiempo. Ello es coherente con el hecho de que la mayoría de las enfermedades que afligen a la humanidad son, con raras excepciones (p. ej., virus Ébola), conocidas en sus efectos y características. Desde esta perspectiva, los **patrones básicos** de la demanda son:

- **Horizontalidad** (estabilidad en los valores medios y en los rangos de variación de la demanda).
- **Tendencia** (incremento, reducción, o variación sistemática de la demanda en el largo plazo).
- **Estacionalidad** (variación sistemática y repetida de demanda vinculada a horas, días, semanas, meses o estaciones).
- **Ciclo** (variación gradual de demanda a lo largo de períodos prolongados de tiempo).
- **Azar** (cambios de demanda impredecibles pero recurrentes).

Estos cinco patrones de demanda se combinan en grados diferentes para definir el perfil de la demanda subyacente por servicios específicos de salud. Se establece así el volumen y mezcla de servicios demandados, correspondientes al «proceso nuclear» que genera estos servicios (número de intervenciones de cirugía cardíaca, tipos de cirugía cardíaca, etc.), y de estas demandas básicas se derivan las demandas de recursos necesarios (número de quirófanos, número de neurocirujanos, número de turnos de enfermería, etc.).

Las tendencias y ciclos conllevan efectos de largo plazo (12-60 meses), mientras que la estacionalidad y las variaciones aleatorias repercuten principalmente en el medio (3-12 meses) y corto plazos (0-3 meses). Obviamente, en el largo plazo (5 o más años) todo cambia, mientras que en el muy corto plazo (1-5 días) prácticamente no hay cambios. Por ello, una de las decisiones más importantes en un sistema de previsiones es la determinación del *horizonte de previsión* (el plazo de tiempo para el cual se formulan previsiones).

El horizonte de previsión está directamente vinculado al *horizonte de planificación* utilizado por la dirección de la unidad de servicios clínicos, según el grado de autoridad y competencia asignados. *En la unidad típica de servicios clínicos, el horizonte de previsión está normalmente orientado al medio (3-12 meses) y corto plazos (0-3 meses)*. Ello significa que las tendencias y ciclos pueden extrapolarse sin mayores riesgos, y que la estacionalidad y las variaciones aleatorias adquieren especial importancia para estas unidades.

Fuentes de datos e información

Aunque la mayoría de los sistemas de previsión se basan en repetidas observaciones históricas (o datos) registradas a lo largo del tiempo, no todas estas observaciones son del mismo tipo. Básicamente, existen dos tipos de datos:

- **Cuantitativos:** son observaciones (o datos) sobre hechos registrados a lo largo del tiempo (número de pacientes por día, incidencia semanal de una patología, etc.).
- **Cualitativos:** son observaciones (o datos) sobre opiniones y percepciones que pueden haber ocurrido o no (puntualidad de citas, cortesía del personal, intención de uso de telemedicina, etc.).

Esta diferencia es importante, pues cuando se utilizan *datos cuantitativos* el supuesto básico de las previsiones es que *el pasado, bien conocido y medido, volverá a repetirse* (p. ej., alergias por trimestre), ya sea *independientemente* (p. ej., número de casos de alergia por día) o *en asociación* con otros hechos (nivel de contaminación del aire, etc.). Es más, la utilización de estos datos implica que sus circunstancias son conocidas, comunes y estables. Las fuentes de estos datos son habitualmente las historias clínicas, los informes médico-técnicos y los registros de actividades.

Cuando se utilizan *datos cualitativos* se asume que *el pasado puede o no repetirse* pero, como quiera que sea, la *información histórica no capta toda la realidad* de la situación. Una persona puede ser atendida, pero tras una larga espera; un paciente puede ser operado, pero sin atención a su pudor; un cliente puede ser tratado de una enfermedad crónica, pero con un dolor insoportable. Más aún: cuando a estas personas se les propone la utilización de nuevas formas de atención (telemedicina, fármacos experimentales, etc.), las razones de su aceptación o fracaso pueden no ser explícitamente captadas. Sólo utilizando mecanismos específicamente dirigidos a datos cualitativos (grupos enfocados de pacientes/clientes) es posible registrar estos datos y proyectarlos al futuro.

Un sistema eficaz de previsiones utiliza ambos tipos de datos, a fin de evitar los sesgos causados por la naturaleza de éstos. En la práctica, las unidades de servicios clínicos bien gestionadas se apoyan principalmente en datos cuantitativos para formular sus previsiones, pero también utilizan periódicamente datos cualitativos para validar los datos cuantitativos y realizar ajustes por excepción.

Etapas en la formulación de previsiones

La formulación de previsiones sigue una metodología precisa, como la presentada en la Figura 6.15. Aunque se muestran aquí claramente las etapas del proceso, algunos aspectos merecen una mención explícita:

- El objetivo y el horizonte de previsión deben ser claramente establecidos desde el principio.

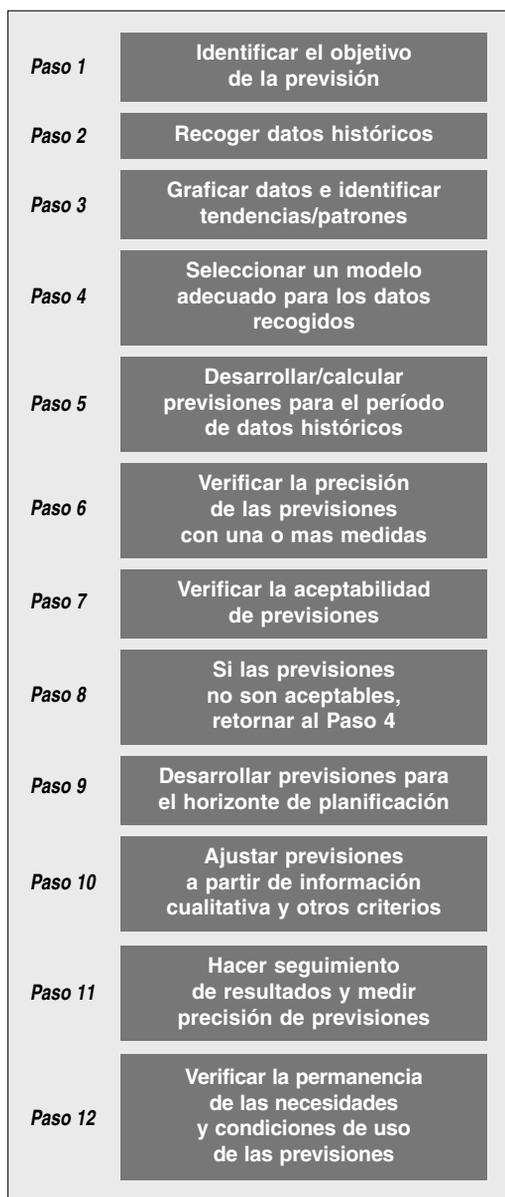


Figura 6.15. Etapas del proceso de previsión.
Fuente: *Quantitative Analysis for Management*, Barry Render and Ralph M. Stair, Jr.

- Las fuentes y tipos de datos que se van a utilizar deben ser definidos, pues condicionan la credibilidad de las previsiones.
- La selección del modelo de previsión depende del horizonte que se establezca y de los datos disponibles.
- El desempeño del modelo de previsión debe ser medido y validado positivamente, a fin de que tanto el modelo como sus previsiones sean aceptables.
- Las previsiones formuladas deben ser comparadas y contrastadas con las circunstancias históricas y actuales del entorno, y ajustadas en consecuencia.
- Las circunstancias y entornos deben ser constantemente evaluados para asegurar la pertinencia de las previsiones formuladas.
- Los sistemas, modelos y previsiones resultantes deben ser periódicamente evaluados y probados como parte de la habitual gestión de la organización.

Ninguno de estos aspectos es negociable, pues la ausencia de uno solo de ellos invalida tanto el sistema de previsiones como las previsiones formuladas. Asimismo, aunque todos los pasos que se muestran en la Figura 6.15 son (sorprendentemente) normales, la clave de su eficacia radica en que se den en la secuencia lógica indicada, de manera disciplinada y sin atajos ni omisión de ninguno.

Taxonomía de los modelos y metodologías de previsión

Aunque los modelos de previsión pueden ser clasificados de varias maneras, una de las taxonomías más útiles es la indicada en la Figura 6.16.

Las principales categorías de modelos son las siguientes:

- **Modelos cuantitativos:** basados en la utilización de datos cuantitativos (o históricos) y cuyo supuesto básico es que el pasado volverá a repetirse; entre estos modelos se encuentran:
 - **Series de tiempo:** que asumen que la demanda de servicios sanitarios está influida por el factor estacional (p. ej., alergias en primavera, neumonías en invierno).
 - **Métodos causales o asociativos:** que asumen que la demanda de servicios sanitarios está influida por uno o varios factores, cuyas variaciones provocan

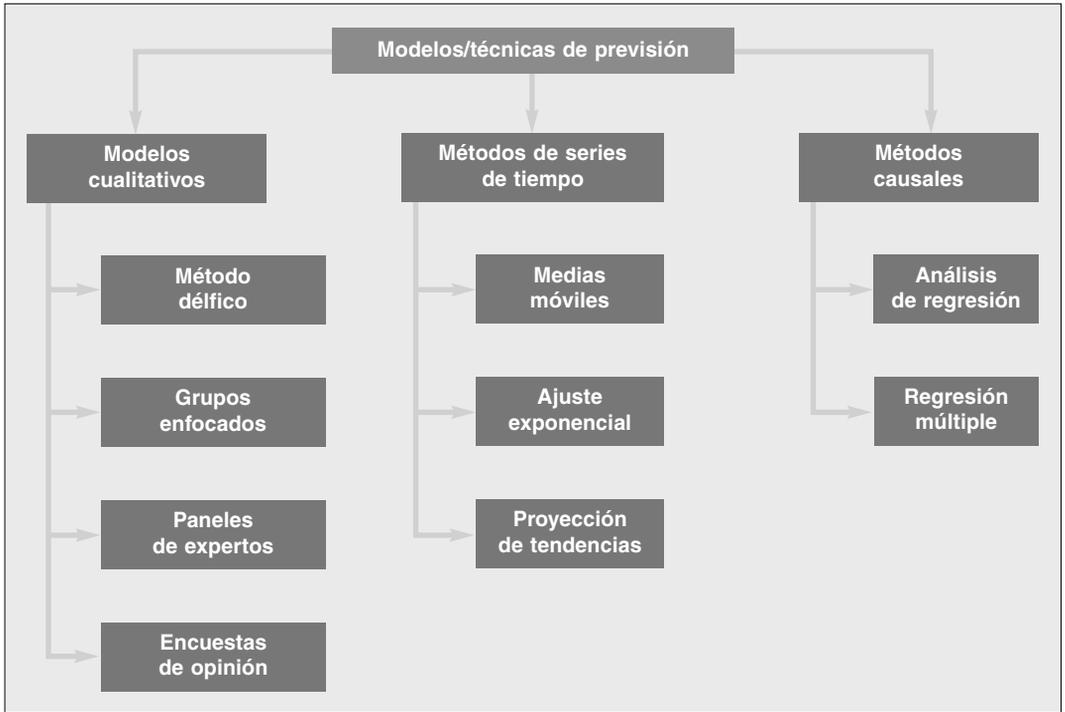


Figura 6.16. Taxonomía de los modelos de previsión. Fuente: *Quantitative Analysis for Management*, Barry Render and Ralph M. Stair, Jr.

cambios en la demanda (p. ej., casos de tuberculosis vinculados a la alimentación, la ocupación y los ingresos).

- **Modelos cualitativos:** basados en la utilización de datos cualitativos y cuyo supuesto básico es que la información histórica no registra toda la realidad, ni es suficiente para predecir el futuro; entre estos modelos se encuentran los siguientes:
 - **Método délfico:** genera predicciones sobre la demanda de servicios sanitarios considerando datos objetivos y subjetivos, filtrando y salvaguardando la privacidad de las opiniones, a través de varias iteraciones.
 - **Grupos enfocados:** generan predicciones por medio de una interacción o discusión directa entre miembros de un grupo representativo pero reducido (10-20 personas) de la población de clientes/pacientes.
 - **Paneles de expertos:** generan predicciones por medio de una interacción o discusión directa entre profesionales que conocen la población de clientes/pacientes y los medios de satisfacer sus necesidades.
 - **Encuestas de opinión/percepción:** formulan previsiones concretas basándose en una muestra representativa y extensa de la población de clientes/pacientes.

En los Anexos 1 (Fórmulas) y 2 (Glosario) se ofrece una descripción más detallada de los términos y fórmulas utilizadas en algunos de los modelos más importantes.

Selección y evaluación de los modelos de previsión

No existe un modelo de previsión que pueda ser aplicado a todas las circunstancias y horizontes. La selección del modelo de previsión que se va a utilizar dependerá de

TABLA 6.1 *Criterios de selección de técnicas de previsión.*

Técnica de precisión	Cantidad de datos históricos	Tendencia/patrón de datos	Horizonte de previsión	Tiempo de preparación	Background del personal
<i>Suavización exponencial sencilla</i>	5 a 10 observaciones	Estacionario	Corto	Corto	Complejidad baja
<i>Suavización exponencial con tendencia</i>	3-4 observaciones por estación	Rampa	Corto a medio	Corto	Sofisticación moderada
<i>Modelos de tendencias</i>	10 a 20, con 5 por estación	Rampa	Corto a medio	Corto	Sofisticación moderada
<i>Estacionalidad</i>	Suficientes para 2 picos y valles	Ciclos y estaciones	Corto a medio	Corto a medio	Sofisticación baja
<i>Modelos causales de regresión</i>	10 observac. por variable independiente	Conjuntos complejos	Corto, medio y largo	Largo	Considerable sofisticación

Fuente: *Quantitative Analysis for Management*, Barry Render and Ralph M. Stair, Jr. 1998).

varios factores y criterios. Algunos de los más importantes se muestran en las Tablas 6.1 y 6.2.

La *gran ventaja de los modelos cuantitativos* radica en que *proporcionan un rango de valores* para cada previsión, mientras que la *ventaja principal de los modelos cualitativos* consiste en su *capacidad de incorporar tanto aspectos subjetivos como nuevos hechos* a las previsiones formuladas. Para la gestión de servicios clínicos, los modelos más útiles (y utilizados) son los que tienen un horizonte de previsión de corto y medio plazos.

En todo caso, el desempeño de los modelos de previsión se evalúa con arreglo a tres medidas principales:

- **Precisión:** el grado en que el hecho previsto coincide con el evento real, en cada instancia.
- **Estabilidad:** el grado en que las previsiones sucesivas de hechos varían de hecho previsto a hecho previsto.
- **Sensibilidad:** el grado en que las variaciones previstas coinciden con las variaciones reales, en cada instancia.

La Tabla 6.3 y los Anexos 1 y 2 definen las medidas. De entre estas medidas de desempeño, la más importante suele ser la precisión, pero tanto la estabilidad como la sensibilidad también deben ser consideradas en la evaluación del desempeño de los modelos de previsión.

Como es lógico, los aspectos conexos, como los de costes incurridos, el esfuerzo necesario y los beneficios potenciales de los distintos modelos, también deben ser seleccionados y evaluados.

TABLA 6.2 Factores de previsión.

Factor(es)	Corto plazo	Medio plazo	Largo plazo
<i>Frecuencia</i>	Frecuente	Ocasional	Infrecuente
<i>Nivel de agregación</i>	Por líneas	Por familias	<i>Output</i> total por tipos de servicios
<i>Tipo de modelo</i>	Suavización Proyección Regresión	Proyección Estacionalidad Regresión	Paneles de expertos Grupos enfocados Criterio ejecutivo
<i>Grado de involucración de la dirección</i>	Bajo	Moderado	Alto
<i>Coste por previsión</i>	Bajo	Moderado	Elevado

Fuente: *Quantitative Analysis for Management*, Barry Render and Ralph M. Stair, Jr. 1998).

Aplicaciones de los modelos de previsión

Los Anexos 3, 4 y 5 presentan algunos ejemplos de aplicación de modelos de previsión para diferentes horizontes de planificación. El cálculo y evaluación de estos modelos están hechos con arreglo a las fórmulas ofrecidas en los Anexos 1 y 2.

- En el Anexo 3 se presenta un ejemplo del uso de la técnica de suavización exponencial para el corto plazo, aplicada a la previsión de período a período (trimestre a trimestre) del número de intervenciones de cirugía cardíaca. Esta técnica pertenece a la familia de las series de tiempo, cuyo supuesto básico es que el tiempo es la causa principal de las variaciones registradas en la variable que se desea prever (número de intervenciones de cirugía cardíaca). Los siguientes aspectos son importantes:

- La previsión se hace de un trimestre para otro, es decir, que para hacer la previsión para el tercer trimestre del año 2 (T3-2), hay que conocer primero el número real de intervenciones efectuadas en período inmediatamente anterior (T2-2).
- La previsión, por tanto, se hace paso a paso, y no se proyectan 16 semestres hacia el futuro a partir del primer trimestre (T1-1); por el contrario, se hace una proyección de sólo un trimestre futuro a partir del trimestre presente.

- El coeficiente de suavización exponencial (0.3) escogido en este caso indica que la previsión del trimestre actual (T3-2) se ajusta (añade o sustrae) solamente en un 30% del error incurrido (Yp-Y) en el semestre actual para dar la previsión del trimestre siguiente (T4-2).

TABLA 6.3 Atributos de los modelos de previsión.

Precisión <i>Minimizar Abs. /Xpr - Xre/</i>
Estabilidad <i>Minimizar Abs. /Xpr1 - Xpr2/</i>
Sensibilidad <i>Minimizar Abs. /(Xpr1 - Xpr2) - (Xre1 - Xre2)/</i>

Fuente: Gustavo A. Vargas/Copyright. 1998).

- Las medidas de precisión utilizadas indican que hay un error medio bajo, pero no despreciable (DAM es 7.2; el error estándar es 2.2), con una tendencia a subestimar la demanda (el sesgo es negativo), y una señal de rastreo que indica la necesidad de corregir las previsiones al alza.
 - El coeficiente de suavización exponencial, establecido por los gestores, debe ser incrementado (de 0.3 a 0.4 ó 0.5) para reducir el grado de imprecisión de las previsiones actuales. Después de probar varios valores de este coeficiente con la misma información que en este ejemplo, se escogerá el coeficiente de suavización que genere las mejores medidas de precisión.
 - Una vez más hay que recordar que esta técnica de previsión se emplea principalmente para el corto plazo, y sólo de período a período; hacerlo de otra manera significaría aplicarla de forma incorrecta.
- En el Anexo 4 se presenta un ejemplo del uso de la técnica de regresión lineal simple para el medio y largo plazos, aplicada a la previsión a lo largo del tiempo (no de período a período), del número de intervenciones de cirugía cardíaca. Esta técnica pertenece a la familia de los métodos causales, en los que se determina una relación causa-efecto entre ciertos factores (tiempo, edad, distancia, etc.) y la variable que se desea prever. Los siguientes aspectos son importantes:
- La previsión se hace a lo largo de un número de trimestres hacia el futuro, es decir, que para hacer la previsión para cada trimestre de cada año (T1-1, T2-1, T3-1 ... T4-4), solamente hay que conocer la asociación entre intervenciones y períodos de tiempo (coeficiente de tendencia, ordenada inicial).
 - La previsión, por tanto, se hace de una vez desde el presente hacia el futuro, y se proyectan 16 semestres hacia el futuro a partir del primer trimestre; no hace falta esperar los resultados de un trimestre para proyectar los resultados de los sucesivos trimestres.
 - El coeficiente de tendencia y la ordenada inicial no son producto de una decisión gerencial, sino de un análisis matemático-estadístico, basado en las ecuaciones del análisis de regresión lineal simple.
 - Las medidas de precisión utilizadas indican que hay un error cuadrático muy bajo, prácticamente despreciable (el error estándar es 0.3), con una ligera tendencia a subestimar la demanda (el sesgo es negativo, ó -2), lo que no indica que sea necesario corregir las previsiones al alza.
 - Los gestores de la organización pueden tomar la decisión de probar diferentes previsiones basadas en diferentes asociaciones (así, en lugar de una asociación demanda-tiempo, podría ser una asociación demanda-edad media). Después de probar varios tipos de asociaciones, como en este ejemplo, se escogerá la que genere las mejores medidas de precisión.
 - Esta técnica de previsión se utiliza principalmente para el medio y largo plazos, y sólo si el supuesto de que «la historia se repite» es válido; de otra manera no se aplicaría de forma adecuada.
- En el Anexo 5 se presenta un ejemplo del uso de la técnica de regresión lineal simple para el largo plazo, aplicada a la previsión atemporal (no a lo largo del tiempo, no de período a período) del número de intervenciones de cirugía cardíaca. Esta técnica pertenece también a la familia de los métodos causales, en los que se determina una relación causa-efecto entre ciertos factores, que en este caso no incluyen el tiempo (edad, ingreso, distancia), y la variable que se desea prever. Los siguientes aspectos son importantes:
- La previsión se hace a lo largo de un número de trimestres hacia el futuro, pero para realizar la previsión para cada trimestre de cada año (T1-1, T2-1, T3-1 ... T4-4), hay que conocer la asociación (coeficiente de tendencia, ordenada inicial)

- entre intervenciones y otro factor diferente del tiempo. Este otro factor puede (o no) resultar afectado por el transcurso del tiempo.
- La previsión, por tanto, se hace de una vez desde el presente hacia el futuro, y se proyectan 16 semestres hacia el futuro a partir del primer trimestre, sobre la base de las estimaciones de un factor atemporal (individuos de la tercera edad en población fuente); no hace falta esperar los resultados de un trimestre para proyectar los resultados de los sucesivos trimestres.
 - El coeficiente de tendencia y la ordenada inicial no son producto de una decisión gerencial, sino de un análisis matemático-estadístico, basado en las ecuaciones del análisis de regresión lineal simple.
 - Las medidas de precisión utilizadas indican que hay un error cuadrático muy bajo, prácticamente despreciable (el error estándar es 0.8), con una pequeña tendencia a subestimar la demanda (el sesgo es negativo, ó -5). lo que no hace necesario de momento corregir las previsiones al alza.
 - Los gestores de la organización pueden tomar la decisión de probar diferentes previsiones basadas en diferentes asociaciones (en lugar de una asociación demanda-tercera edad podría ser una asociación demanda-edad media, o demanda-ingreso per cápita). Tras probar varios tipos de asociaciones, como en este ejemplo, se escogerá la que genere las mejores medidas de precisión.
 - Esta técnica de previsión se emplea principalmente para el largo plazo, y sólo si el supuesto de que «la historia se repite» es válido; de otro modo la aplicación no sería adecuada.

El procesamiento de datos para la formulación de las previsiones se facilita utilizando herramientas informáticas que ayudan a «digerir» la masa de información numérica (tanto cualitativa como cuantitativa) de manera eficaz, entre las que hay desde herramientas tan sencillas como una hoja electrónica de cálculos tipo Excel, hasta otras tan sofisticadas como los paquetes de *software* SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) o MiniTab (*Mini Tabulator*). Pero éstas son herramientas que sólo aplican las decisiones de los gestores de servicios, que son los que deciden la información que es necesaria, los parámetros del análisis y la interpretación de los resultados.

La decisión acerca del modelo o técnica de previsión que se va a adoptar es, en última instancia, una decisión de dirección, basada en la oportunidad, encaje y desempeño de los distintos modelos o técnicas en la situación real.

Aspectos principales de la gestión de previsiones

Ofrecemos a continuación una recapitulación de los aspectos principales expuestos hasta aquí:

1. Los patrones básicos de demanda de servicios son horizontalidad, tendencia, estacionalidad, ciclo y azar. La demanda puede resultar afectada por factores externos, que quedan fuera del control de los directivos y gestores. Asimismo, las decisiones sobre los servicios que se van a ofrecer y el coste de las tecnologías usadas son indicadores internos que pueden influir la demanda.
2. Diseñar un sistema de previsiones implica determinar lo que se va a prever (número de análisis clínicos), qué técnica de previsión se va a usar (medias móviles), y cómo pueden ser de ayuda los sistemas informáticos de previsión (SPSS) en la toma de decisiones gerenciales.
3. El nivel de agregación de los datos (por días, por edades, por patologías) y las unidades de medición elegidas (número de visitas, número de intervenciones) son

aspectos importantes en las decisiones gerenciales acerca de lo que se va a prever. Existen dos tipos de técnicas de previsión: métodos cuantitativos y métodos cualitativos. Los métodos cuantitativos se basan en datos históricos (regresión, series de tiempo); los métodos cualitativos se basan en opiniones (paneles de expertos, grupos enfocados).

4. Los métodos cualitativos se utilizan en situaciones en las que no existen datos históricos relevantes. Estos métodos requieren un alto grado de interacción entre personas, y habitualmente son muy costosos. El emplazamiento de nuevas unidades, la expansión de la capacidad operativa o la implantación de nuevas tecnologías son ejemplos de situaciones que justifican el uso y los costes de estos métodos.
5. Los métodos causales de previsión se basan en la hipótesis de una relación funcional entre el factor que es objeto de previsión y otros factores internos o externos a la organización (p. ej., neumonías y temperatura ambiente). Los métodos causales son capaces de identificar puntos de inflexión en los patrones de demanda, pero requieren un análisis más extenso para determinar la relación apropiada entre lo que se desea prever y los factores internos y externos. Los métodos causales tienden a ser usados en la planificación a medio plazo, para grupos o familias de servicios (número de diálisis, número de radioterapias, etc.). El análisis de regresión lineal es uno de los métodos causales más populares y comunes.
6. El análisis de series de tiempo se usa a menudo en sistemas informatizados para generar rápidamente un gran número de previsiones de corto plazo necesarias para la programación de personal, trabajos o clientes (análisis/día, pacientes/día, médicos/turno, etc.). Los métodos de medias móviles y de suavización exponencial se usan para calcular el promedio de una serie de tiempo. La técnica de suavización exponencial tiene la gran ventaja de que solamente requiere mantener una mínima cantidad de datos para actualizar la previsión.
7. La suma acumulada de errores, el error medio cuadrático, la desviación estándar de errores y la desviación media absoluta son medidas utilizadas en la práctica para evaluar la precisión de las previsiones. La señal de rastreo se usa para determinar si una técnica de previsión ya no produce errores aceptables de previsión. Las medidas de precisión de las previsiones son el principal criterio utilizado en la selección de las técnicas de previsión.
8. La combinación de las previsiones sobre un mismo aspecto (número de partos), generadas calculando el promedio de dos o más previsiones independientes obtenidas mediante técnicas alternativas de previsión (regresión lineal, medias móviles), tiende a producir previsiones de mucha mayor precisión más frecuentemente.

Gestión de la capacidad de un servicio clínico

«Capacidad es la habilidad para realizar un trabajo (Capacity is the ability to perform work)» Frederick Taylor.

Siguiendo la definición de Taylor, capacidad es la habilidad que posee una organización para realizar un trabajo determinado a lo largo del tiempo. En una organización sanitaria, capacidad es, por tanto, el número de pacientes con ciertas patologías específicas (condiciones de trabajo, estaciones del año, cohortes y subgrupos etarios) que puede ser atendido sin deterioros en el desempeño en un marco de tiempo específico (turnos, semanas, meses, años) y con recursos específicos (médicos, enfermeros, camilleros, ambulancias, quirófanos, etc.). La Figura 6.17 presenta la traducción gráfica del concepto de capacidad aquí explicitado.

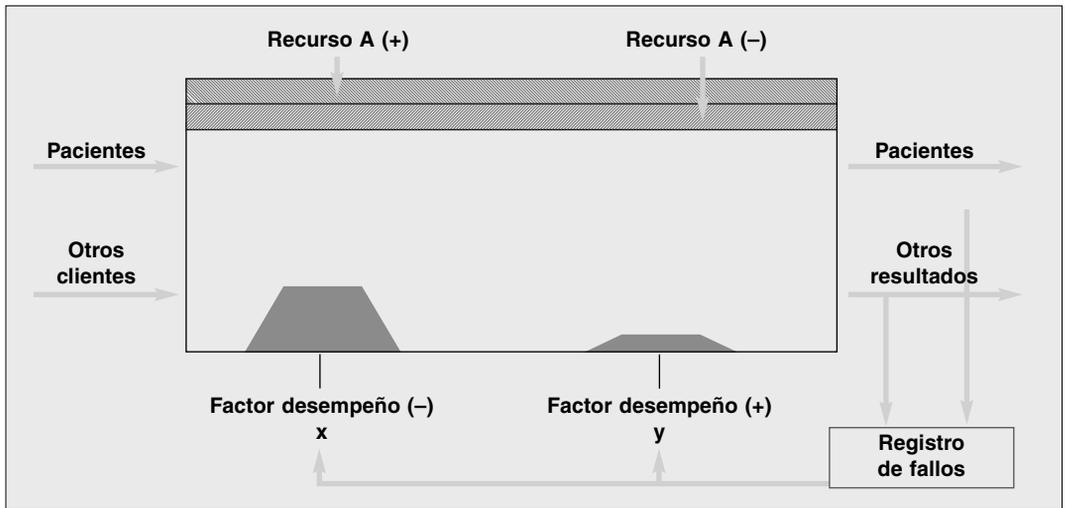


Figura 6.17. Capacidad «local»-Medio plazo. Fuente: Gustavo A. Vargas/Copyright

Los conceptos de *capacidad* y *calidad* están íntimamente relacionados, pero no son idénticos. Ciertamente, los procesos sanitarios asistenciales y de apoyo deben diseñarse y gestionarse con la necesaria dotación de recursos (*capacidad*), y deben ejecutarse de manera impecable y fiable (*calidad*). Sin embargo, una alta fiabilidad no puede suplir la falta de recursos adecuados, ni la abundancia de recursos puede suplir una mala ejecución de los procesos asistenciales. Es fundamental comprender estas diferencias conceptuales, pues en muchos casos se asume que la falta de calidad técnica en la prestación de servicios sanitarios es consecuencia de la falta de los recursos necesarios. Ello no es ni debe ser así. Aunque no se pueda atender a todos los pacientes debido a una dotación inadecuada de recursos (*capacidad*), aquellos que sean atendidos pueden ser bien atendidos. Y, aunque se atienda a todos los pacientes que lo requieran, la atención puede ser deficiente o inadecuada (*calidad*). Tanto la capacidad como la calidad en los servicios sanitarios necesitan ser gestionadas con arreglo a estos conceptos.

Las decisiones sobre capacidad son de una importancia estratégica crucial, pues de ellas se derivan aspectos tales como:

- El dimensionamiento de la organización sanitaria –y sin duda del servicio– y, como consecuencia, la posibilidad de poder prestar eficazmente servicios a la población de referencia.
- La estructura de costes de la organización.

A través del análisis y gestión de la capacidad, se pretende lograr en última instancia un balance adecuado, a lo largo del tiempo, entre las demandas de servicios sanitarios (actuales y previstas) y los recursos asignados para satisfacerlas (en el presente y en el futuro).

Para ello, es necesario convertir las demandas de servicios sanitarios en estimaciones de los recursos necesarios para proveer estos servicios. Esta conversión se logra partiendo de un conjunto *mínimo* de requisitos, entre ellos:

- La categorización y clasificación de los *pacientes* y *patologías* que tienen que ser atendidos.

- La oportuna *previsión* de las posibles demandas de servicios sanitarios para el corto, medio y largo plazos.
- La caracterización de los tipos de *tecnologías* médico-clínicas y de atención al paciente que deben utilizarse.
- La identificación (*mapping* o graficación) de los *procesos* sanitarios del servicio.
- El establecimiento de *protocolos* o *métodos* de trabajo para la realización de las tareas asistenciales y administrativas.
- La definición de *estándares*, que deben ser objetivos y válidos para la realización de las actividades sanitarias.
- La existencia previa de indicadores sobre el *desempeño* de las diferentes unidades de servicios clínicos y administrativos.

Si estos requisitos no se dan, no es posible llevar a cabo un análisis de la capacidad correcto, y menos aún una adecuada gestión de la capacidad. La consecuencia del análisis inadecuado de la capacidad es un *fallo estructural*, que se traduce ya sea en listas de espera (colas estructurales) inmanejables debido a la falta de recursos suficientes, ya en costes excesivos (desperdicios sistémicos) y crecientes debido a recursos ociosos no utilizados. El análisis y la gestión idónea de la capacidad tiene, precisamente, el efecto opuesto, y se traduce en una *solidez sistémica* permanente.

Capacidad, tiempo y lugar

El análisis y gestión de la capacidad deben segmentarse en función de dos variables: el tiempo y los procesos.

En lo que se refiere al factor tiempo, los distintos horizontes temporales repercuten en la gestión de la capacidad. Por eso es necesario considerar, al menos, tres horizontes temporales: largo, medio y corto plazo. Tal como veremos a continuación, en cada uno de ellos existe un factor crítico a partir del cual se debe gestionar la capacidad del servicio.

- En la gestión de la capacidad a largo plazo, la decisión crítica de capacidad es la determinación del *número y tipo de pacientes* que deberán ser atendidos, incluidos aspectos tales como patologías específicas, área territorial, etcétera. El horizonte temporal de estas decisiones es normalmente de uno a cinco años.
- En el medio plazo, la decisión crítica sobre la capacidad consiste en la estimación de la *dotación de recursos* necesarios (médicos, quirófanos, etc.) para atender a las necesidades de los pacientes (o, alternativamente, del número de pacientes que pueden ser atendidos con los recursos disponibles). El horizonte temporal de estas decisiones es normalmente de uno a doce meses.
- En el corto plazo, la decisión crítica consiste en el *racionamiento de los recursos* disponibles (médicos, quirófanos) entre el número y tipo de pacientes que tienen que ser atendidos, por medio de reglas de priorización aplicadas coherentemente (triaje, FIFO). El horizonte temporal de estas decisiones es normalmente de un día a un mes.

En la gestión de un servicio clínico, el corto y medio plazos son los más importantes de gestionar, pues en ellos es donde existe un mayor grado de control sobre la capacidad de la organización, por parte de los jefes de servicio.

Como ya se ha indicado, hay otra segmentación necesaria para el análisis y gestión de la capacidad, que está directamente vinculada a los procesos asistenciales y de apoyo:

- **Capacidad local:** es la capacidad que posee un recurso (p. ej., médico) o equipo (p. ej., unidad de diálisis, equipo quirúrgico) determinado, cuando actúa en solita-

rio (número de intervenciones, número de pacientes). El concepto de capacidad «local» se presenta en la Figura 6.17, en donde se incorporan los aspectos mencionados más adelante.

- **Capacidad sistémica:** es la capacidad que posee un proceso (atención primaria) determinado, y que está fijada por el recurso o equipo con la capacidad local más restringida (el «cuello de botella») vinculado a ese proceso. El concepto de capacidad «sistémica» se muestra en la Figura 6.18, junto con otros conceptos mencionados más adelante en esta misma sección.

En una unidad de servicios clínicos, en donde confluyen varios procesos, tanto la capacidad local de cada recurso o equipo como la capacidad sistémica de cada proceso tienen que calcularse y conocerse; sólo así es posible determinar el máximo volumen de trabajo que puede ser realizado (número de intervenciones, número de pacientes). Si se desconoce la capacidad, sistémica o local, de un servicio, las estimaciones sobre recursos necesarios carecen de fundamento y, en consecuencia, de consistencia argumental ante los órganos responsables.

Análisis y gestión de capacidad en el medio plazo

Cuando la demanda de servicios sanitarios y la dotación de recursos asistenciales y administrativos no son equivalentes, se da un fallo estructural. La existencia de una creciente lista de espera en una unidad de servicios clínicos se conoce como «cola estructural» (que no se puede resolver por medio de medidas urgentes o temporales). La existencia de estas colas es síntoma (la fiebre) de un desequilibrio estructural (la neumonía) entre demanda y dotación de recursos.

Para resolver estas situaciones existen ciertos conceptos y herramientas que los responsables de las unidades de servicios sanitarios pueden utilizar. El eje del análisis que aquí se presenta está en el cálculo de la capacidad a medio plazo, ya que, como se ha señalado antes, es sobre el que puede ejercerse un mayor grado de control y, por tan-

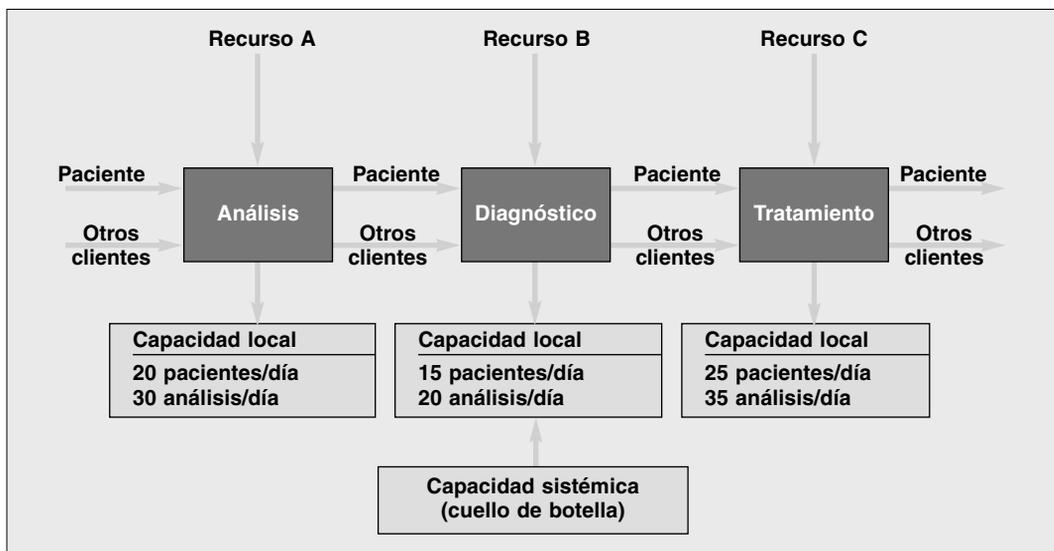


Figura 6.18. Capacidad «sistémica»-Medio plazo. Fuente: Gustavo A. Vargas/Copyright.

to, sobre el que puede tener más margen de maniobra el jefe de servicio.

En primer lugar, existen definiciones y conceptos que es preciso conocer, ya que son los factores aplicables a las fórmulas matemáticas necesarias para este análisis:

Ds = Demanda anual prevista de servicios (consultas, análisis, intervenciones)

Ct = Capacidad teórica, absoluta o instalada

Ce = Capacidad efectiva

Cs = Capacidad programada

M = Número de recursos disponibles (médicos, centrífugas, quirófanos)

Ts = Tiempo programado de uso de recursos

Wp = Eficiencia del trabajador
(en porcentaje)

Ue = Disponibilidad de equipo
(en porcentaje)

Eo = Eficacia organizativa
(en porcentaje)

St = Estándar de tiempo de actividad (horas/consulta; minutos/análisis)

Rp = Eficiencia del proceso
(en porcentaje)

Ucr = Utilización de capacidad real
(en porcentaje)

Ucp = Utilización de capacidad
programada (en porcentaje)

Or = Resultados del proceso
(número de pacientes, número
de análisis; número
de intervenciones)

Una revisión rápida de estos conceptos muestra la razón de los prerequisites de análisis y gestión indicados más arriba. Cada uno de estos prerequisites da como resultado las definiciones aquí planteadas. Combinando estos elementos, pueden plantearse dos tipos de problemas. Los tipos de problemas planteados y resueltos aquí corresponden a una situación de *capacidad local (stand-alone)*. En la Figura 6.17 se incorporan los aspectos de variedad de pacientes/clientes (previstos y actuales), dotación de recursos y factores de desempeño (eficiencia del personal).

Para analizar una situación de *capacidad sistémica* es necesario conocer el proceso dentro del cual están insertadas estas capacidades locales. Conociendo la cadena (o

Problema tipo 1: ¿Cuántos pacientes (o análisis, o intervenciones) puedo atender?**Fórmulas**

$$Ct = (M \times (\text{días/año}) \times (\text{horas/día}))/St$$

$$Ce = Ct \times Wp \times Ue \times Eo$$

$$Cs = (M \times Ts \times Wp \times Ue \times Eo)/St$$

$$Rp = (Or/Cs) \times 100$$

$$Ucr = (Or/Ct) \times 100$$

Ejemplo

Si: $M = 5$ médicos

$$Ts = (250 \text{ días/año}) \times (1 \text{ turno/día}) \times (8 \text{ horas/turno});$$

$$St = 45 \text{ minutos/consulta} = 0.75 \text{ horas/consulta}$$

$$Wp = 105\% = 1.05$$

$$Ue = 95\% = 0.95$$

$$Eo = 85\% = 0.85$$

$$Or = 10\,125 \text{ pacientes}$$

Entonces:

$$Ct = (M \times (\text{días/año}) \times (\text{horas/día}))/St = (5 \times 365 \times 24)/0.75 = \mathbf{58\,400 \text{ consultas/año}}$$

$$Ce = Ct \times Wp \times Ue \times Eo = 58\,400 \times 1.05 \times 0.95 \times 0.85 = \mathbf{49\,516 \text{ consultas/año}}$$

$$Cs = (M \times Ts \times Wp \times Ue \times Eo)/St = (5 \times 250 \times 1 \times 8 \times 1.05 \times 0.95 \times 0.85)/0.75 = \mathbf{11\,305 \text{ consultas/año}}$$

$$Rp = (Or/Cs) \times 100 = (10\,125/11\,305) \times 100 = \mathbf{90.4\%}$$

$$Ucr = (Or/Ct) \times 100 = (10\,125/58\,400) \times 100 = \mathbf{17.5\%}$$

Problema tipo 2: ¿Cuántos recursos (médicos, centrifugas, quirófanos) necesito para atender a estos pacientes (o análisis, o intervenciones)?**Fórmulas**

$$M = (Ds \times St)/(Ts \times Wp \times Ue \times Eo)$$

$$Ucp = ((Ts)/((\text{días/año}) \times (\text{horas/día}))) \times 1000$$

Ejemplo

Si: $Ds = 15\,000$ consultas/año

$$Ts = (250 \text{ días/año}) \times (1 \text{ turno/día}) \times (8 \text{ horas/turno})$$

$$St = 45 \text{ minutos/consulta} = 0.75 \text{ horas/consulta}$$

$$Wp = 105\% = 1.05$$

$$Ue = 95\% = 0.95$$

$$Eo = 85\% = 0.85$$

Entonces:

$$M = (Ds \times St)/(Ts \times Wp \times Ue \times Eo) = (15\,000 \times 0.75)/((250 \times 1 \times 8) \times (1.05 \times 0.95 \times 0.85)) = \mathbf{6.63 \text{ médicos}}$$

$$Ucp = (Ts/((\text{días/año}) \times (\text{horas/día}))) \times 100 = ((250 \times 1 \times 8)/(365 \times 24)) \times 100 = \mathbf{22.8\%}$$

secuencia) de capacidades locales de cada proceso, es posible establecer la capacidad sistémica del proceso según la capacidad local más restringida (el cuello de botella). Esta situación se presenta en la Figura 6.18, donde se incorporan los aspectos de secuencia del proceso de atención a pacientes/clientes y de estándares de desempeño.

De todos modos, el *punto de partida* del *análisis de capacidad* es siempre el análisis de las capacidades locales. A través de este análisis las demandas de los pacientes se «traducen» en necesidades de dotación de recursos para plazos específicos. Además, a través de este análisis de capacidades locales se articulan también los diferentes equipos y grupos de trabajo

La *gestión de la capacidad* a medio plazo se realiza sobre la base del análisis de la capacidad. En caso de que exista una sobrecarga estructural (las demandas de pacientes exceden la dotación de recursos), se pueden tomar decisiones que modifiquen la dotación de recursos y permitan ajustes e incrementos de la capacidad. Entre estas acciones se encuentran las siguientes:

- Incrementar el número de turnos/día, o de días/año.
- Modificar los protocolos y métodos para reducir estándares de tiempo.
- Aumentar la eficiencia del personal a través de formación e incentivos.
- Mejorar la eficacia de la organización mediante la informatización de historias clínicas y órdenes de trabajo.
- Subcontratar o externalizar actividades no esenciales en períodos de demanda más elevada.
- Trasladar la demanda de pacientes no críticos hacia otros períodos de tiempo.

Algunas de estas acciones son *reactivas* (aceptan las cosas como son) y se ajustan a las circunstancias (más turnos, subcontratas), mientras que otras son *proactivas* (intentan modificar las cosas) y se orientan a cambiar las circunstancias a las que se enfrentan (incentivar al personal, gestionar pacientes). La elección de las acciones a adoptar depende de dos aspectos:

- El grado de libertad que posean las unidades de servicios (puedo o no puedo subcontratar estos servicios).
- El balance económico de las decisiones adoptadas (qué acciones me cuestan menos, o me generan más ingresos).

De todas formas, el proceso de análisis y gestión de la capacidad es riguroso y requiere información pertinente. Afortunadamente, casi toda la información necesaria a estos efectos está disponible o es fácilmente accesible, y el análisis es conceptualmente sencillo y directo.

Análisis y gestión de capacidad en el corto plazo

El análisis de la capacidad en el corto plazo (de un día a un mes de horizonte) se lleva a cabo de la misma forma que para el medio plazo. Los conceptos y fórmulas son los mismos, y solamente cambian el horizonte temporal y el volumen y características de demanda por servicios.

Los números tienen que elaborarse, sin embargo, desde una visión de corto plazo. No es apropiado dividir la demanda anual entre 52 semanas o 365 días para obtener unas estimaciones semanales o diarias sobre el número de visitas de pacientes. La previsión de estas demandas se debe hacer sabiendo que el número y las patologías de los pacientes cambiarán significativamente según los días de la semana (resfriados los

lunes, traumatismos los domingos, etc.), o las semanas del año (catarros en enero, lesiones cutáneas en julio).

En caso de que el análisis revele la existencia de una sobrecarga estructural de capacidad, las acciones que se han de adoptar para la gestión de la capacidad son similares a las opciones de medio plazo. La diferencia principal radica en el hecho de que la demanda de corto plazo siempre será aleatoria en gran medida, pues los pacientes enferman cuando enferman, y la gravedad de las patologías no es controlable en principio.

Este hecho genera una situación de desequilibrio temporal entre demanda y capacidad, lo que se conoce como una lista de espera transitoria o «cola coyuntural». En estos casos la gestión de la capacidad se hace por medio de «reglas de acceso y priorización», que efectivamente racionan los recursos disponibles en el corto plazo entre los clientes/pacientes. Dos de las reglas más usadas a este efecto son:

- **TRI (triaje):** que clasifica a los pacientes en tres categorías:
 - Casos perdidos (no se puede hacer nada).
 - Casos no críticos (no hay riesgo de vida ni dolor excesivo).
 - Casos críticos (solamente con atención inmediata se pueden salvar).
- **FIFO (first-in, first-out):** que clasifica a los pacientes según el orden de llegada a la unidad de servicios clínico-médicos, y de la cual existen dos versiones:
 - *FCFS (first-come, first-served):* que atiende primero al paciente que llega primero a la persona o equipo que proporciona el servicio.
 - *FISFO (first-in-system, first-served):* que atiende primero al paciente que llega primero a la unidad de servicios médico-asistenciales.

De hecho, estas dos reglas se deben utilizar conjuntamente, empezando por el triaje (cuando sea aplicable) y luego aplicando la regla FIFO para cada categoría del triaje. La atención prestada en una unidad de urgencias, por ejemplo, se basa en la articulación TRI-FIFO aplicada de manera coherente. La atención prestada en otros servicios que utilizan un sistema de citas (o reservas) también se basa en el mismo concepto. En los servicios no asistenciales y predominantemente administrativos, la regla FIFO es la que se usa normalmente. La Figura 6.19 presenta un esquema de la aplicación de estas dos reglas de priorización a una unidad de servicios clínico-médicos, con un proceso de atención muy simple constituido por un solo paso.

El efecto de cada una de estas reglas (y de otras) en la gestión de la capacidad a corto plazo puede calcularse por medio de dos técnicas principales que se presentarán y analizarán en otras secciones. Estas técnicas son:

- **Teoría de colas** (o *queueing theory*).
- **Simulaciones por ordenador.**

En ambos casos, se pretende obtener algunos indicadores básicos de la gestión de capacidad a corto plazo, entre los que se encuentran:

- Tiempo de espera del paciente.
- Tiempo que el paciente permanece en el sistema.
- Número de pacientes en las colas (o listas).
- Probabilidades de diferentes números de pacientes.
- Utilización (o tiempo ocioso) de los recursos disponibles.
- Costes de atención por paciente.
- Costes de los recursos utilizados.
- «Trade-offs» entre recursos, tiempos de espera y gravedad de los casos.

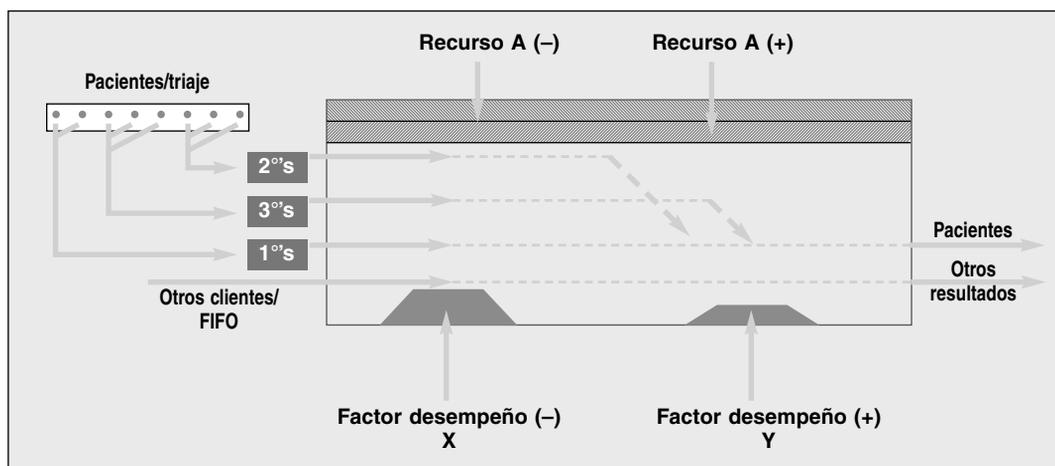


Figura 6.19. «Racionamiento» de capacidad local–corto plazo. Fuente: Gustavo A. Vargas/Copyright.

Con las cifras que proporcionan estos indicadores es posible ajustar la gestión a corto plazo de la capacidad de servicios sanitarios, y anticipar los resultados de diferentes decisiones.

Independientemente de las reglas y técnicas utilizadas, hay dos riesgos que deben ser controlados en la mayor medida posible:

- La aplicación incongruente de las reglas de acceso y priorización.
- La sobrereacción a las fluctuaciones en las colas coyunturales.

Cuando se dan estas situaciones, el sistema de atención al paciente literalmente se colapsa, y el desperdicio de recursos es inmenso. Nos encontramos con lo peor de ambos mundos: ni los pacientes (muchos o pocos, no importa) son bien atendidos, ni los recursos (muchos o pocos, no importa) son bien utilizados. En otras palabras, es precisamente en el corto plazo donde un directivo no puede permitirse ser «cortoplacista».

Análisis y gestión de capacidad en el largo plazo

Aunque normalmente las decisiones sobre capacidad en el largo plazo no son competencia exclusiva de los responsables de los servicios asistenciales, es conveniente y útil comentar algunos de los conceptos principales que se manejan para tomar estas decisiones. El concepto clave es considerar la capacidad como un «tipo especial de inventario».

En una organización de servicios, como lo son las unidades de servicios sanitarios, existe un inventario de recursos disponibles (médicos, enfermeros, camas, quirófanos, etc.) que se utilizan para «producir» los servicios requeridos por los pacientes/clientes cuando éstos los reclaman. Este inventario de recursos es realmente un conjunto de inversiones en infraestructuras (camas, salas, edificios, máquinas, etc.) y en organización (unidades de servicios, dotaciones de personal, sistemas de gestión) y, contrariamente a los inventarios comerciales e industriales, constituyen de hecho decisiones de largo plazo sobre la capacidad de la organización.

Ahora bien, ¿cuál es el nivel y el tamaño idóneo de estos inventarios para una organización sanitaria? Una de las respuestas más acertadas es la que proporciona la téc-

nica conocida como «análisis marginal» o «modelo del período único». Los pasos que se siguen en esta técnica son los siguientes:

- Para cada unidad de servicios, se determina cuáles son las previsiones de demanda posibles para los diferentes tipos de pacientes que hay que atender. Como la demanda de largo plazo es incierta, la demanda se representa por medio de una distribución (como la distribución normal o la distribución uniforme), o por medio de una tabla de frecuencias (indicando la proporción o probabilidad para cada nivel de demanda).
- Para cada tipo de paciente, se calcula el coste unitario de provisión de cada servicio (C_o), así como el valor que representa para cada paciente este servicio (C_u).
 - En una economía en la que la provisión de servicios sanitarios se da por medio del mercado libre, C_u es la contribución unitaria a los beneficios de la unidad de servicios por cada paciente atendido cuando lo necesita.
 - En una economía en la que la provisión de servicios sanitarios se da por medio de un sistema nacional de salud, C_u es lo que un paciente deja de percibir (en sueldos) por no ser atendido cuando lo necesita. Otra alternativa a la estimación del valor de C_u es el coste cargado a la Seguridad Social, que produce una persona en baja laboral.

Cualquiera que sea la opción adoptada para la estimación de C_u , debe ser aplicada de manera congruente en el análisis y las decisiones sobre la capacidad a largo plazo.

Luego, se computa el «fractil crítico», que es la ratio entre C_u y (C_u+C_o) . Este fractil crítico es la fracción o porcentaje de la demanda potencial prevista que deberá ser

Ejemplo

Para una unidad de nefrología, se ha determinado que la demanda de servicios prevista para 5-10 años estará normalmente distribuida, con una media de 12000 pacientes por año y una desviación estándar de 500 pacientes por año. Asimismo, se ha estimado que el coste de atender a un paciente es de 1000 euros, y que por cada paciente no atendido se produce un impacto económico negativo de 2500 euros. ¿A qué nivel debe fijarse la capacidad de la unidad de nefrología para el plazo de 5-10 años?

Si:

$D = n(12\,000; 500)$ (demanda anual normalmente distribuida; media = 12 000, y desviación estándar = 500)

$C_o = 1000 \text{ E/pac.}$

$C_u = 2500 \text{ E/pac.}$

$FC = C_u/(C_u+C_o)$

Luego:

$FC = (2500)/(2500 + 1000) = 0.715$ o 71.5% De las tablas estandarizadas de distribución normal se obtiene el factor $z = 0.57$

$D_s = 12\,000 + (0.57) \times (500) = 12\,285$ pacientes/año (demanda anual que debe ser satisfecha por la unidad de nefrología)

satisfecha en el largo plazo (87%), y para la cual se establecen los inventarios o dotaciones de recursos. El fractil crítico también recibe el nombre de «nivel de servicio» (su complemento se conoce como «nivel de riesgo»).

En general, todas las decisiones adecuadas de capacidad a largo plazo se llevan a cabo por medio de este «análisis marginal», aunque a veces adoptan nombres diferentes y se presentan desde otras perspectivas (como, por ejemplo, la de economías de escala).

Conclusiones

La capacidad es una dimensión esencial para la buena gestión de las organizaciones sanitarias por su impacto en la satisfacción de los pacientes y en la gestión adecuada de los recursos. La capacidad tiene que gestionarse de manera eficaz con los mecanismos de gestión existentes y, bien gestionada, proporciona resultados magníficos para el desempeño de la organización. Conviene recordar que siempre es necesario mantener la congruencia entre los diferentes tipos y horizontes de capacidad, utilizando el mismo conjunto mínimo de datos comunes a todos los niveles de gestión.

BIBLIOGRAFÍA

- ARMSTRONG JS. *Principles of Forecasting: a Handbook for Researchers and Practitioners*, Kluwer Academic Publishers, 2001.
- BLACKSTONE, JH. *Capacity Management*, 1999, South-Western Publishing Co.
- CALDWELL C. *The Handbook for Managing Change in Health Care*. ASQ Quality Press, 1988.
- CERTO S. *Modern Management 8th. edition*. Prentice Hall, 2000.
- DAFT RICHARD L. *Management, 6th. edition*. Thomson South Western, 2003.
- DAVIS MARK M, CHASE AQUILANO NJ, CHASE, RICHARD B. *Fundamentals of Operations Management, 4th. Edition*, 2003 McGraw-Hill Irwin.
- FITZSIMMONS, JA, FITZSIMMONS, MONA J. *Service Management: Operations, Strategy and Information Technology*, 4th. edition, 2004, Irwin McGraw-Hill.
- GEORGOFF DM, MURDICK RG. Manager's Guide to Forecasting. *Harvard Business Review*, January-February, 1986.
- HOLTON WILSON J, KEATING B. *Business Forecasting*, McGraw-Hill, 1998.
- KRAJEWSKI LEE J, RITZMAN LARRY P. *Operations Management: Strategy and Analysis, 6th. Edition*. Prentice Hall, 2002.
- LITTLE ARTHUR D. The Pennsylvania State University: *Logistics in Service Industries*, Council of Logistics Management, 1991.
- MELNYK STEVEN A, SWINK M. *Operations Management: An Integrated Modular Approach*, McGraw-Hill, 2002.
- MELNYK STEVEN A, SWING M. *Value-Driven Operations Management: An Integrated Modular Approach*, McGraw-Hill, 2002.
- REID R, DAN SANDERS, NADA R. *Operations Management*, J. Wiley and Sons, 2002.
- RENDER BARRY STAIR, RALPH M. *Quantitative Analysis for Management 7th. edition*, Prentice-Hall, 2000.
- RUIZ L, VARGAS G, CODURAS A. Recovering the Lost patient through Customer Focus and Lean Process Design. *Proceedings*, European Health Management Association Annual Conference, Estocolmo, Suecia, Junio, 2000.
- SMALLEY HAROLD E. *Hospital Engineering Management*, Prentice-Hall, 1992.
- STEVENSON WILLIAM J. *Operations Management, 7th. edition*, McGraw-Hill Irwin, 2002.
- VARGAS G, MANOOCHEHRI G. An Assessment of Operations in US Service Firms, *International Journal of Operations and Production Management*, Vol. 15, No. 1, 1995.

ANEXO 1 MODELOS Y TÉCNICAS DE PREVISIÓN ORGANIZATIVA Fórmulas clave	
<i>Modelos y técnicas</i>	<i>Indicadores</i>
<p>Media móvil MA = [Suma (demandas en n periodos previos)]/n</p>	<p>Desviación absoluta media (DAM) = [Suma (valor absoluto (observación n – previsión n))]/n</p>
<p>Media móvil ponderada WMA = [Suma (peso para período n)(demanda en periodos n)]/ [Suma (pesos)]</p>	<p>Error estándar de estimación: $S_{y,x}$ = raíz cuadrada [($\sum (Y_o - Y_p)^2$)/($n-2$)]</p>
<p>Previsión de suavización exponencial = Nueva previsión = previsión anterior + C.S. (última observación - previsión anterior) $Ft = Ft-1 + \alpha (At-1 - Ft-1)$</p>	<p>Sesgo: $B = \sum$ (observaciones en periodos t – previsiones en periodos t)</p>
<p>Ecuación de regresión lineal simple: $Y_p = a + b \cdot X_o$ $b = [\sum X \cdot Y - n \cdot X_m \cdot Y_m] / [\sum X^2 - n \cdot X_m^2]$</p>	<p>Señal de rastreo: TS = B/DAM</p>
<p>Ecuación de regresión lineal múltiple: $Y_p = a + b_1 \cdot X_{o1} + b_2 \cdot X_{o2}$</p>	
<p>Coefficiente de correlación: $r = [n \cdot \sum X \cdot Y - \sum X \cdot \sum Y] /$ [Raíz cuadrada ($(n \cdot \sum X^2 - (\sum X)^2) \cdot (n \cdot \sum Y^2 - (\sum Y)^2)$)]</p>	

Fuente: Quantitative Analysis for Management, Barry Render and Ralph M. Stair, Jr. (adaptado y ampliado).

ANEXO 2
MODELOS Y TÉCNICAS DE PREVISIÓN ORGANIZATIVA
Glosario

Modelos de series de tiempo. Modelos que formulan previsiones usando solamente datos históricos en el tiempo (horas, días, semanas, meses, estaciones, etc.).

Ejemplo: casos de alergias por mes, proporción de urgencias por turno diurno.

Modelos causales. Modelos que formulan previsiones usando variables y factores añadidos al tiempo (horas, días, semanas, meses, estaciones, etc.), y que establecen relaciones de causa-efecto entre variables y previsiones.

Ejemplo: casos de neumonías por grado de descenso de temperatura, kilogramos de peso corporal por gramos de mantequilla consumida por semana.

Modelos cualitativos. Modelos de previsión que utilizan opiniones, experiencias, criterios y otros datos subjetivos.

Ejemplo: proporción y tiempos de duración de servicios clínicos proporcionados por telemedicina.

Método Delfos (o délfico). Técnica sistemática y estructurada de previsión cualitativa que recurre e involucra a expertos, asesores, grupos de opinión o análisis de experiencias para formular previsiones.

Ejemplo: proporción y tiempos de duración de servicios clínicos proporcionados por telemedicina.

Grupo de toma de decisiones. Panel de expertos en el método délfico que tiene la responsabilidad de formular las previsiones.

Ejemplo: panel de profesionales médicos, directivos e informáticos involucrados en la previsión de la demanda de servicios de telemedicina.

Diagramas de dispersión. Diagrama de los valores de la variable que va a ser prevista, confrontada gráficamente a los valores de otra variable (tiempo).

Ejemplo: gráfica en dos ejes que representa la relación entre horas del día (eje horizontal) y número de casos de urgencia (eje vertical).

Media móvil. Técnica de previsión que promedia los valores históricos anteriores de la variable que va a ser prevista para calcular una previsión.

Ejemplo: tiempo de duración de una intervención quirúrgica sobre la base del promedio de los tiempos registrados en las diez últimas intervenciones.

Media móvil ponderada. Técnica de media móvil que asigna pesos diferentes a los valores históricos anteriores de la variable que va a ser prevista para calcular una previsión.

Ejemplo: tiempo de duración de una intervención quirúrgica sobre la base del promedio de los tiempos registrados en las diez últimas intervenciones, dando mayor peso a los tiempos de las tres intervenciones más recientes.

Suavización exponencial. Método de previsión que consiste en una combinación de la previsión más reciente y el valor real observado más reciente.

Ejemplo: tiempo de duración de un servicio clínico sobre la base de la previsión de duración y el tiempo real de duración más reciente.

Constante de suavización. Valor entre 0 y 1 (normalmente varía entre 0.1 y 0.3) usado en una previsión de suavización exponencial.

Desviación absoluta media (DAM). Técnica para determinar la precisión de un modelo de previsión, calculando la media de los valores absolutos (independientemente del signo) de las diferencias entre valores previstos y valores reales de la variable de interés.

Nota: Este indicador se usa cuando se asigna igual importancia a las desviaciones producidas, por ejemplo, en tiempos de duración de intervenciones quirúrgicas.

Error cuadrático medio (ECM). Técnica para determinar la precisión de un modelo de previsión, calculando la media de los cuadrados de las diferencias entre valores previstos y valores reales de la variable de interés.

Nota: Este indicador se usa cuando se asigna más importancia a las desviaciones grandes que a las pequeñas; por ejemplo, en tiempos de respuesta de servicios de ambulancia.

ANEXO 2 MODELOS Y TÉCNICAS DE PREVISIÓN ORGANIZATIVA (Cont.) Glosario

Error medio absoluto porcentual (EMAP). Técnica para determinar la precisión de un modelo de previsión, calculando la media de los errores absolutos como porcentajes de las diferencias entre valores previstos y valores reales de la variable de interés.

Sesgo. Técnica utilizada para determinar la precisión de un modelo de previsión estableciendo el error medio total y la tendencia (sobrestimación, subestimación) de éste.

Nota: Este indicador se usa cuando se desea determinar si un modelo o técnica de previsión produce errores sistemáticamente por arriba o por debajo de los valores reales, o sea, que el modelo o técnica no es «neutral».

Cuadrados mínimos. Procedimiento usado en proyección de tendencias y en análisis de regresión para minimizar los cuadrados de las distancias entre la línea recta de tendencia estimada y los valores observados.

Análisis de regresión. Procedimiento de previsión que utiliza el enfoque de los cuadrados mínimos sobre una o más variables independientes para desarrollar un modelo de previsión del que pueden existir varias formas alternativas (lineal, cuadrática, múltiple, escalonada).

Ejemplo: Grado de intensidad o duración de una dolencia asociadas con el grupo de edad de los pacientes. Alternativamente, incidencia de una dolencia asociada con el grupo de edad y la ocupación de los pacientes.

Error estándar de la estimación (EEE). Medida de la precisión de las predicciones generadas por análisis de regresión.

Coefficiente de correlación. Medida del grado de asociación o relación existente entre dos variables.

Ejemplo: relación entre horas de sueño y nivel de actividad diurna; relación entre gravedad de una patología y duración del servicio clínico.

Señal de rastreo. Medida del grado en que la previsión predice los hechos reales.

Fuente: Quantitative Analysis for Management, Barry Render and Ralph M. Stair (adaptado y ampliado).

ANEXO 3
PREVISIÓN DE INTERVENCIONES - CIRUGÍA CARDÍACA
Caso corto plazo

Modelo de suavización exponencial (SE)

Coeficiente S.E.
0,3

Trimes/
Año

N.º Interv.
observ.
(cardíacas)
(Y)

N.º Interv.
previstas
(cardíacas)
(Yp)

Error o
diferencia
(Yp-Y)

Diferencia
absoluta
|Yp-Y|

Suma acum.
errores

Error
cuadrático
(Y-Yp)**2

T1-1	45						
T2-1	50	45	-5	5	-5	25	
T3-1	52	47	-6	6	-11	30	
T4-1	56	48	-8	8	-18	62	
T1-2	58	51	-7	7	-26	56	
T2-2	60	53	-7	7	-33	53	
T3-2	64	55	-9	9	-42	82	
T4-2	65	58	-7	7	-50	54	
T1-3	68	60	-8	8	-58	66	
T2-3	71	62	-9	9	-66	76	
T3-3	70	65	-5	5	-71	26	
T4-3	74	66	-8	8	-79	57	
T1-4	75	69	-6	6	-85	40	
T2-4	79	71	-8	8	-94	71	
T3-4	84	73	-11	11	-105	118	
T4-4	87	76	-11	11	-115	113	
Suma	1058			115,2		929	
Medias	66						
N.º periodos	16						
DAM (S.E)							
SESGO (S.E.) Y (R.L.)				7,2	-115		
SEÑAL DE RASTREO (S.E)					-16		
ERROR ESTÁNDAR DE ESTIMACIÓN (S.E) Y (R.L.)						2,2	

ANEXO 4 PREVISIÓN DE INTERVENCIONES - CIRUGÍA CARDÍACA Caso del medio y largo plazo							
Regresión lineal (RL) simple							
Trimes./ año	N.º Interu. observ. (cardíacas) (Y)	Periodos tiempo (X)	(X**2)	(X.Y)	N.º Interu. previstas (cardíacas) (Yp)	Error o diferencia (Yp-Y)	Error cuadrático (Yp-Y)**2
T1-1	45	1	1	45	47.1	2.1	4.4
T2-1	50	2	4	100	49.6	-0.4	0.1
T3-1	52	3	9	156	52.2	0.2	0.0
T4-1	56	4	16	224	54.7	-1.3	1.7
T1-2	58	5	25	290	57.2	-0.8	0.6
T2-2	60	6	36	360	59.8	-0.2	0.0
T3-2	64	7	49	448	62.3	-1.7	2.8
T4-2	65	8	64	520	64.9	-0.1	0.0
T1-3	68	9	81	612	67.4	-0.6	0.4
T2-3	71	10	100	710	69.9	-1.1	1.1
T3-3	70	11	121	770	72.5	2.5	6.1
T4-3	74	12	144	888	75.0	1.0	1.0
T1-4	75	13	169	975	77.5	2.5	6.5
T2-4	79	14	196	1106	80.1	1.1	1.2
T3-4	84	15	225	1260	82.6	-1.4	1.9
T4-4	87	16	256	1392	85.2	-1.8	3.4
Suma	1058	136	1496	9856		-2	27
Medias	66	9					
N.º per.	16						
SESGO (S.E.) Y (R.L.)							
ERROR ESTÁNDAR DE ESTIMACIÓN (S.E) Y (R.L.)						-2	0.3
Coefficiente de tendencia b (R.L.)							
Ordenada inicial a (R.L.)							

ANEXO 5
PREVISIÓN DE INTERVENCIONES - CIRUGÍA CARDÍACA
Caso largo plazo

Regresión lineal (RL) simple

Trimes./ año	N.º Interv. observ. (cardiacas) (Y)	Población fuente (% 60 + años) (X)	(X**2)	(X.Y)	N.º Interv. previstas (cardiacas) (Yp)	Error o diferencia (Yp-Y)	Error cuadrático (Yp-Y)**2
T1-1	45	11.0	121.00	495.0	49.8	4.8	23.5
T2-1	50	11.5	132.25	575.0	51.9	1.9	3.6
T3-1	52	10.8	116.64	561.6	49.0	-3.0	8.8
T4-1	56	11.2	125.44	627.2	50.7	-5.3	28.5
T1-2	58	12.2	148.84	707.6	54.8	-3.2	10.5
T2-2	60	15.0	225.00	900.0	66.2	6.2	38.5
T3-2	64	14.3	204.49	915.2	63.3	-0.7	0.4
T4-2	65	14.8	219.04	962.0	65.4	0.4	0.1
T1-3	68	16.4	268.96	1115.2	71.9	3.9	15.4
T2-3	71	16.5	272.25	1171.5	72.3	1.3	1.8
T3-3	70	15.9	252.81	1113.0	69.9	-0.1	0.0
T4-3	74	16.6	275.56	1228.4	72.7	-1.3	1.6
T1-4	75	17.4	302.76	1305.0	76.0	1.0	1.0
T2-4	79	18.1	327.61	1429.9	78.9	-0.1	0.0
T3-4	84	18.7	349.69	1570.8	81.3	-2.7	7.1
T4-4	87	19.3	372.49	1679.1	83.8	-3.2	10.3
Suma	1058	240	3715	16357		-4.8	127.8
Medias	66	15					
N.º per.	16						
SESGO (S.E.) Y (R.L.)							
ERROR ESTÁNDAR DE ESTIMACIÓN (S.E) Y (R.L.)						-5	0.8
Coefficiente de tendencia b (R.L.)			4.09				
Ordenada inicial a (R.L.)		4.86					

CAPÍTULO 7

Reingeniería de procesos y gestión hospitalaria

Adenso B. Díaz

Introducción ■

¿Qué es la reingeniería de procesos? ■

Evolución histórica

Ideas básicas de la reingeniería

La reingeniería de procesos y el uso de las tecnologías de la información

El papel de los recursos humanos

Interpretación de la reingeniería en el ámbito hospitalario ■

Experiencias de la aplicación de la reingeniería de procesos a la gestión hospitalaria ■

Críticas y posibilidades reales de aplicación ■

Conclusiones ■

Bibliografía ■

Introducción

Según el *Barómetro de la Salud-2002* realizado por el Centro de Investigaciones Sociológicas y hecho público¹ por la ministra de Sanidad el 8 de abril de 2003, la sanidad es el asunto que más interés suscita entre los españoles, por delante de la educación y la seguridad ciudadana. En ese mismo estudio se hacía público asimismo que, según los usuarios, los aspectos más negativos relacionados con la sanidad son: las trabas burocráticas (como las necesarias para acceder al especialista tras la consulta de atención primaria), la lentitud para acceder a los servicios sanitarios no urgentes (listas de espera) y «el descontrolado gasto farmacéutico».

Desde un punto de vista organizativo, éstos pueden ser los mismos problemas advertidos por los clientes de cualquier empresa manufacturera o de servicios (dificultades de comunicación, retraso en la entrega de productos, costes elevados que frenan la competitividad). Por tanto, no es de extrañar que desde hace años muchas empresas de todo el mundo hayan analizado y desarrollado nuevas metodologías y procedimientos organizativos para tratar de paliar esos problemas, ni es extraño que se pretenda comprobar si esas mismas metodologías son aplicables a otros sectores, como el sanitario.

Entre esas metodologías, la denominada «reingeniería de los procesos de negocio» (en inglés *business process re-engineering*, BPR) tuvo especial relevancia y repercusión a finales de los años ochenta en el mundo de la gestión, por diversas razones que luego comentaremos. En líneas generales, lo que se postulaba desde este «movimiento» era el rediseño de todos los «procesos» (todo lo que interviene en una eficaz entrega de los productos o prestación de los servicios demandados), buscando la satisfacción de las necesidades del cliente (alrededor del cual debe centrarse toda la organización), con la flexibilidad suficiente como para entregarle exactamente lo que requiera, y con los mínimos costes.

Se pueden contar por centenares las publicaciones, escritas por gerentes de numerosas empresas de todos los sectores (también del sanitario), que afirman haber puesto en marcha proyectos de reingeniería en los que se aplicaron algunas de las ideas sostenidas por los teóricos de la BPR. Muchas de ellas informan de resultados espectaculares. Pero son también muchos los autores (entre ellos alguno de esos primeros teóricos) que critican el empleo de esta metodología, a la que acusan de servir como pretexto para despidos masivos en muchas de esas empresas, al tiempo que señalan que la mayor parte de los casos de aplicación notificados no son realmente proyectos de «reingeniería».

Sea como fuere, se ha creado una cierta polémica sobre este concepto. Son muchas las personas que hablan de él y hay un gran interés por conocer hasta qué punto esas ideas pueden ser realmente útiles, en este caso para mejorar la organización de los sistemas hospitalarios.

En los siguientes apartados explicaremos cuáles han sido los orígenes de esas metodologías, sus fundamentos e ideas básicas, así como el papel fundamental que tienen las tecnologías de la información en su aplicación. Comentaremos después algunas de las experiencias publicadas en el sector sanitario y luego analizaremos las posibilidades de aplicación en nuestro país.

¿Qué es la reingeniería de procesos?

La rutina nos lleva a aceptar las cosas sin cuestionarlas. Pero a veces (sobre todo si se quiere mejorar) conviene preguntarse por qué las cosas son como son y si no sería

¹ Diario LA RAZÓN, 9 de abril de 2003.

mejor que fueran de otro modo. ¿Por qué razón en España despedimos el año comiendo doce uvas? Incluso hechos tan banales como éste tienen su explicación y su origen; luego la tradición y el paso del tiempo los han convertido en hechos culturales, alejados de esos orígenes que dieron pie a un determinado modo de actuar en su momento, sin que quizá en el momento actual se pueda seguir justificando ese modo de actuación (¿quién duda que existen frutas más fáciles de comer a la velocidad que imponen las doce campanadas que las uvas, con sus pepitas y piel!).

Exactamente lo mismo ocurre con la organización actual de la mayor parte de las empresas. Si nos preguntamos por qué los organigramas tienen tantos niveles, por qué existen departamentos o por qué se pagan los salarios en función de las horas trabajadas (y no del trabajo eficientemente realizado), encontraremos una justificación histórica. La pregunta que surge entonces es: ¿Deberíamos seguir así o hay otros procedimientos más adecuados de organizarse?

Evolución histórica

Si nos remontamos dos siglos atrás (nótese que las empresas aparecen con la Primera Revolución Industrial), la situación económica en el momento en que apareció el concepto de empresa (y la necesidad de dotarla de una organización eficiente) nos permite entender la estructura que se le dio.

Podemos imaginarnos en esos momentos un mundo que descubría el empleo de una fuente casi ilimitada de energía, con mano de obra casi ilimitada (agricultores e inmigrantes) y de coste casi despreciable, con la aparición constante de nuevos inventos y productos y, por tanto, con una demanda potencial casi infinita por parte de una población que carecía de casi todo.

Con esas premisas, no es de extrañar que el nuevo concepto que se estaba gestando naciera orientado hacia un único fin: ser capaz de producir en masa, cuanto más mejor. El cliente y su satisfacción, en cuanto a calidad y tiempo de entrega, era poco importante (la demanda potencial era infinita) y dominaba la idea de que «si alguien no quiere nuestro producto, seguro que habrá otro cliente que sí lo quiera». Para conseguirlo, aparecieron pronto conceptos como la especialización de funciones (aprovechando así la experiencia de los trabajadores, propia de la división del trabajo), la incentivación en función del número de productos fabricados y organigramas piramidales, con personas cuya función era controlar a los trabajadores para evitar abusos, que generaron estructuras burocráticas. En esos momentos se obtuvieron resultados muy notables en lo que se refiere al aumento de la capacidad de producción (con paradigmas como la cadena de producción de Ford a principios del siglo xx).

Estas ideas, que en su momento eran las que realmente hacían falta para aquella situación de «desabastecimiento generalizado», fueron manteniéndose con los años, hasta llegar a nuestros días. Nadie las ponía en duda. Pero, ¿era el mejor método de organizarse a finales del siglo xx?

En los últimos años del siglo xx la situación económica no se parecía en nada a la de finales del xix. El papel del cliente ya no era marginal: el aumento de la competencia entre empresas (debido a la caída de barreras arancelarias y a la facilidad de las comunicaciones y el transporte) hizo que se pudiera elegir entre muchos suministradores, y con ello el poder del cliente aumentó. Ya no era irrelevante que quedara satisfecho, ni por supuesto el precio que tenía que pagar. Y además, el aumento de la calidad de vida forzaba la existencia de productos con ciclos de vida cada vez menores, que permitieran distinguir a un cliente de su vecino: el cambio hoy en día debe ser constante.

Flexibilidad para el cambio, agilidad para servir productos a tiempo y «poca grasa» (esas estructuras que no aportan valor que el cliente aprecie, sino sólo coste para la empresa) que permita fijar precios competitivos. Esto es lo que la nueva situación exige a las empresas. La pregunta que surge entonces es si con las estructuras tradicionales (división del trabajo, departamentalización y burocracia) se puede dar satisfacción a estas exigencias o si, por el contrario, es preciso «rediseñar» la empresa para que se ajuste a la situación actual.

A finales de los años ochenta, varios consultores y profesores de Boston reunieron tres conceptos que no eran nuevos, pero que por primera vez se ponían en relación (Davenport, 1995): el empleo de las nuevas tecnologías de la información, el concepto de «procesos de negocio» (el conjunto de tareas lógicamente relacionadas que se realizan para conseguir un *output* para un cliente, interno o externo a la empresa –Hammer, Champy, 1994–, es decir, todo lo que permite que atendamos la demanda del cliente), y el concepto de «hoja en blanco» (partir de cero para diseñar todo de nuevo). La unión de estos conceptos, que implica grandes cambios, resultó atractiva para las grandes compañías, que efectivamente necesitaban grandes cambios. La aparición en 1993 de una obra que difundió esas ideas y que se convirtió en un *bestseller* (Hammer, Champy, 1994) dio carta de naturaleza a la reingeniería, que rápidamente se hizo popular en empresas del mundo entero, y que proporcionó ingresos millonarios a las consultoras que desarrollaban este tipo de proyectos.

Ideas básicas de la reingeniería

La reingeniería supone la implantación de cambios radicales en la empresa que den lugar a mejoras radicales, aprovechando las oportunidades que nos brindan las nuevas tecnologías de la información, y tomando como centro los procesos (lo que realmente interesa al cliente) y no los departamentos (algo interno a la empresa que lo único que hace es dividir las responsabilidades del proceso, fragmentarlo y entorpecer la agilidad de la empresa).

Partiendo de estos principios, algunas de las consecuencias e ideas para materializar las mejoras podrían ser las siguientes:

- Hay que acabar con la división del trabajo y con los numerosos problemas que acarrean las descripciones rígidas de funciones. La multifuncionalidad del personal es una meta que, por una parte, permite aprovechar mejor los recursos y, por otra, evita los «pases laterales» (evasión de las responsabilidades) cuando surgen problemas en los procesos y el cliente no se muestra satisfecho. Si cada cliente sabe quién es el responsable de su producto, se facilitará el seguimiento y se agilizarán los tiempos de servicio.
- Hay que aumentar la capacidad de decisión de los trabajadores. El principio taylorista de la división entre los que piensan y los que simplemente ejecutan las órdenes dadas por los que piensan, no es más que un elemento desmotivador para unos trabajadores que, como seres humanos que son, no se sienten simples autómatas. Sin una fuerza laboral motivada e integrada en los objetivos comunes, no se puede alcanzar el éxito.
- Todas las actuaciones deben centrarse en buscar la satisfacción del cliente (el único que justifica la existencia de la empresa).
- La multidisciplinariedad y la mayor capacidad para la toma de decisiones exigen forzosamente un aumento de la formación del personal. Cada trabajador debe ser experto en algunos aspectos del proceso, pero también debe tener ciertos conocimientos sobre los demás aspectos para poder ayudar si es necesario.

- La responsabilidad del trabajo realizado no debe ser personal, sino de todo el equipo. Si el resultado final es percibido como negativo por el cliente, de poco sirve que un empleado haya hecho bien su parte: para el cliente es todo el equipo el que ha fallado, y todo el equipo sufrirá la pérdida de ese cliente, y posiblemente de otros que hayan oído hablar de su mal funcionamiento.
- Las tareas debe realizarlas quien mejor sepa cómo hacerlas. Las luchas internas por el poder personal o de departamentos (aun a costa de una mayor ineficiencia general) deben acabarse.
- Las tareas de control no añaden valor al producto, sino sólo coste. El cliente no aprecia más un producto porque la empresa haya establecido procedimientos internos rigurosos que eviten abusos de los empleados. Y, lo que es más ridículo, a veces es más costoso el control que el perjuicio que supondría ese abuso. La imagen de un gerente que pierde el tiempo autorizando hasta los aspectos más nimios de su organización es contraproducente si se considera el coste de oportunidad que supone ese tiempo.
- Deben automatizarse las tareas burocráticas a fin de evitar la redundancia en la toma de datos, con el consiguiente riesgo de errores y pérdida de tiempo.
- La remuneración del personal debe realizarse en función de los resultados. Los ascensos no pueden ser un premio por un trabajo bien hecho (eso merece una gratificación), sino que deben basarse en las habilidades personales. El sueldo debe estar en función del valor que se aporte al proceso, y no en función del puesto que se ocupa en el organigrama.
- La competitividad es buena; la competitividad en exceso, como cualquier exceso, es negativa. Promover una excesiva competitividad entre los trabajadores o entre los departamentos incentiva la búsqueda de resultados óptimos personales, que generalmente están muy lejos de los resultados óptimos globales de la organización.
- El papel de la gerencia es clave (si algo no funciona, la dirección es la principal responsable, por no saber corregirlo). Por una parte, debe mostrar que cree realmente en el cambio y en la importancia del cliente, y que su apoyo no es sólo un gesto. Por otra parte, debe incentivar las propuestas de cambio e innovación de los empleados, sin boicotearlas y apoyándolas continuamente. Una empresa que no esté constantemente cambiando y mejorando es una empresa en proceso de extinción.
- Los empleados ven la empresa como algo suyo, algo en cuyo progreso deben colaborar continuamente, y no como un lugar para el medro personal, en el que recibirán un sueldo el resto de su vida independientemente de lo bien que hagan su trabajo (Cuadro 7.1). La situación económica internacional demuestra que hasta incluso las empresas más grandes y sólidas han tenido problemas de subsistencia, e incluso algunas de ellas han quebrado.

La reingeniería de procesos y el uso de las tecnologías de la información

Una de las ideas básicas de la reingeniería de procesos es la utilización de las tecnologías de la información para poder llevar a cabo esos rediseños radicales. Nótese que acciones que hace unos pocos años se podrían catalogar como de ciencia-ficción (poder hablar por teléfono desde cualquier punto o tener localizado geográficamente mediante un satélite cualquier vehículo) son hoy en día hechos habituales.

La reingeniería propone una visión inductiva de la tecnología (no se trata de preguntarse, ante un determinado problema, qué tecnología me puede ayudar, sino de preguntarse cómo aprovechar una tecnología para resolver problemas que quizá aún ni existan). Esta visión inductiva es la que impulsó en muchas ocasiones la industria.

CUADRO 7.1 Modos de actuar de los empleados que reflejan dos visiones antagónicas de la empresa (basado en Hammer y Champy, 1994)

En las empresas tradicionales los empleados actúan:

- Mi jefe paga mi sueldo: a pesar de todo lo digan de los clientes, el objetivo real es tener contento al jefe.
- Yo no soy más que un piñón del engranaje: la mejor estrategia es no levantar la cabeza y no hacer olas.
- Cuantos más dependientes directos tenga yo, más importante soy: el que tiene el departamento más grande es el que gana.
- MAÑANA SERÁ LO MISMO QUE HOY: SIEMPRE HA SIDO ASÍ.

En las empresas rediseñadas los empleados actúan:

- El cliente paga nuestros sueldos: debo hacer lo necesario para complacerle.
- Todo oficio en esta compañía es esencial.
- Presentarse al trabajo no es una realización personal: me pagan por el valor que creo.
- La responsabilidad es mía: debo aceptar la propiedad de los problemas.
- Yo pertenezco a un equipo: o fracasamos o nos salvamos juntos.
- NADIE SABE LO QUE DEPARA EL MAÑANA: EL APRENDIZAJE CONSTANTE ES PARTE DE MI OFICIO.

Thomas Alva Edison no podía imaginar que el gramófono sería el precursor de una industria millonaria, como la discográfica, sencillamente porque en aquel momento nadie se había imaginado que habría personas que pagarían por oír en su casa cantar a otra persona. Fueron otras personas las que, a la vista del invento, idearon cómo sacarle provecho de un modo inductivo.

¿Qué oportunidades nos brinda actualmente la tecnología para mejorar nuestros procesos? Hoy es posible que varias personas estén accediendo simultáneamente a la misma ficha de un cliente (a través de bases de datos); mediante redes de ordenadores se puede acceder a información lejana; el uso de ordenadores portátiles da capacidad de cálculo a cualquier persona en cualquier lugar; los sistemas expertos permiten aprovechar el conocimiento ajeno; la telefonía móvil permite que sus usuarios estén en contacto en cualquier circunstancia; la potencia de cálculo actual de los ordenadores posibilita los cómputos masivos para realizar cálculos que hace unos años eran impensables; y así estamos avanzando día a día. ¿Cómo es posible que no pretendamos utilizar todas estas oportunidades que hace tan sólo unos años eran impensables?

En el ámbito hospitalario cada vez se invierte más dinero en equipos informáticos, pero sin duda en una proporción menor que en otros sectores. Gracias a estas herramientas es posible manejar información tanto externa (estudios demográficos y necesidades de la población, opiniones de los pacientes) como interna (costes, organización del personal), información que puede ayudar en las mejoras; estudiar los requisitos internos de los pacientes (gestión de los datos y necesidades de los pacientes y de su atención), y realizar el *benchmarking* con otros centros hospitalarios.

El papel de los recursos humanos

Nada funcionará si el personal de la empresa no está dispuesto a poner todo su empeño en que funcione. Es seguro que habrá muchas reticencias y oposición al cambio de *statu quo* del personal. En cualquier caso, es responsabilidad de la gerencia saber hacer frente a esa oposición, y si el proyecto fracasa, es la gerencia la que habrá fracasado en esa labor de convencimiento.

La motivación del personal debe ser el primer paso para realizar cualquier mejora en el sistema. Sin embargo, la experiencia de las empresas en que se aplicaron los proyectos de reingeniería, en los que rediseñar significó despedir gente, difícilmente puede resultar motivadora.

El primer requisito para que los empleados se comprometan con su empresa es que el compromiso sea mutuo. Una empresa que no entiende las necesidades de sus empleados, que trata de explotar su posición de fuerza frente al trabajador sin conceder ningún beneficio extraordinario cuando el trabajador lo requiere, difícilmente contará con su apoyo extraordinario en el momento en el que la empresa lo requiera. Muchas veces los pequeños detalles son, lamentablemente, los causantes de la desmotivación.

La remuneración es otro factor siempre problemático. El resentimiento que provoca ver repartidos los incentivos de un modo injusto es difícilmente reparable. Nadie cuestiona que un superior reciba una remuneración mayor; lo que difícilmente se acepta es que un esfuerzo extraordinario que da lugar a un buen resultado y a una remuneración extraordinaria, sólo produzca beneficios al superior. Sin duda los subordinados no se volverán a esforzar, aunque sólo sea para evitar que otro se aproveche en exclusiva de los frutos de su trabajo. En este sentido, algunas empresas como Ford han decidido ampliar los bonos de beneficios a grupos de trabajo y no sólo a los responsables de los departamentos, ante los resultados negativos que habían experimentado.

El alejamiento de los gerentes del día a día de la empresa provoca una falta de comunicación que puede resultar peligrosa. Un directivo que conoce a sus empleados resulta motivador para éstos, que se sienten más importantes en la organización.

Asimismo, todas las organizaciones deben tener definida una filosofía o unos objetivos alrededor de los cuales han de girar todas las decisiones y actuaciones, es decir, algo que haga entender a sus empleados cómo actuará la empresa y que les haga sentirse orgullosos de pertenecer a ella. En un estudio realizado en los diez hospitales más prestigiosos de Estados Unidos (Beckham, 1989) se identificaron las siguientes características comunes a todos ellos:

- Una afortunada confluencia de personal sanitario y gestores con talento.
- Unas características propias que los diferenciaban de los demás hospitales.
- Consistencia, constancia y concentración en los objetivos perseguidos.
- Líderes claros dentro de las organizaciones.
- Orgullo de pertenecer a ese hospital.
- Capacidades clínicas punteras.
- Integración entre los intereses del personal y los del hospital.

Se advierte el papel preponderante que tiene tanto la gerencia como el personal del hospital en la consecución del éxito.

Interpretación de la reingeniería en el ámbito hospitalario

Problemas como los señalados anteriormente en el ámbito general de la empresa, pueden observarse sin dificultad alguna en la actividad hospitalaria. De hecho, Rodger y colaboradores (1998) afirman que el ámbito hospitalario es muy reacio a las nuevas ideas de gestión ya maduras en otros sectores (como puede ser la calidad total, TQM) y que se muestra más cercano a las ideas tayloristas del siglo XIX.

Según una estimación realizada por Nicholson (1995), un paciente con una estancia media de cinco días en un hospital puede ver a unos 45 sanitarios distintos, se escriben unas 75 veces sus datos (con el consecuente riesgo de cometer errores) y los enfermeros dedican un 35% del tiempo destinado a ese paciente a labores administrativas y de documentación. Además, en muchas ocasiones el personal tiene que repetir la visita al enfermo porque cuando lo intentaron por primera vez el paciente estaba siendo sometido a otras pruebas o procedimientos.

Al tratar de entender por qué ocurre esto², aparece como una de las razones principales lo que antes se ha indicado a propósito de los «óptimos locales». Como consecuencia de presiones en la búsqueda de eficiencia de los departamentos, los cuidados se organizan alrededor del personal sanitario y no alrededor del paciente. Es posible que cada servicio sea excelente, pero que la percepción global del paciente que tiene que visitar varios servicios sea negativa. No es agradable para él responder varias veces a las mismas preguntas, esperar en diferentes colas, ver a tantos facultativos diferentes, y además no tener información suficiente sobre su proceso.

En un hospital de unas 500 camas, hay unos 500 oficios distintos, cada uno con una media de seis trabajadores. Buchanan y Wilson (1996) identifican 55 pasos diferentes en el cuidado de un paciente que pasa por un quirófano, y en cada uno de esos pasos interviene, en promedio, más de un profesional. Demasiada especialización, con el problema adicional que representa el denominado «profesionalismo»: cualquier cambio en este paradigma puede ser visto como un atentado a toda la profesión y a las responsabilidades que tiene asignadas.

Los sistemas de información pueden ayudar a reducir el impacto de la fragmentación en la atención al paciente. Un buen sistema de planificación permite que el traumatólogo pueda consultar desde su ordenador el momento en que el paciente al que está examinando puede ser atendido en radiología, evitando que vaya sin ningún plan previo y aprovechando mejor el tiempo disponible para realizar otras pruebas, reduciendo permanencia y costes.

Bergman (1994) subraya la importancia del director de informática en los hospitales. Sin el empleo de las adecuadas tecnologías de la información, es imposible aprovechar las ventajas que éstas pueden proporcionar. Por eso, un director de informática que entienda hacia dónde quiere ir el hospital resulta clave para ayudar a elegir las y ponerlas en marcha.

Parece que la mayor parte de los proyectos de reingeniería en hospitales que se han publicado, más que centrarse en el uso de las tecnologías de la información están orientados a los procesos. Es quizá una oportunidad aún poco explorada y que puede cambiar en el futuro.

² Peter Drucker, uno de los más conocidos **gurús** de la gestión, afirmó (McManis, 1993) que «el ser humano no ha construido nunca nada tan complejo como los hospitales modernos: probablemente sean demasiado complejos para que puedan ser gestionados».

Buscando una definición propia de la BPR en los sistemas de salud, Bergman (1994) dice que es el «rediseño radical de los procesos y sistemas críticos utilizados para dar y apoyar el cuidado de los pacientes, buscando mejoras dramáticas en los resultados de las organizaciones, en un corto período de tiempo».

Uno de los trabajos más clásicos sobre la aplicación de la BPR en hospitales americanos es el de Walston y Kimberly (1997). Estos autores, partiendo de los casos reales por ellos estudiados, identifican siete componentes en la reingeniería hospitalaria, que agrupan según sirvan para mejorar significativamente la utilización del personal, para mejorar el diseño del servicio, o para mejorar la estructura de la organización:

- Utilización del personal:
 - Descentralización de los servicios de la organización. Se centra la atención en la autoridad de los servicios de enfermería y en la optimización del tiempo productivo.
 - Reducción del tamaño de las plantillas. Para aumentar la productividad, y con las mejoras alcanzadas gracias a las restantes medidas, se reducirá el tamaño de las plantillas. Este aspecto, tan recurrente en los proyectos BPR, ha recibido muchas críticas como luego se comentará.
 - Modificación de la composición de los equipos de atención «*skills mix alteration*». Aquellas tareas para las que son necesarias habilidades inferiores a las poseídas, las realiza otro personal de menor cualificación (y de menor coste).
- Diseño del servicio:
 - Nuevas agregaciones de pacientes. Al reunir a los pacientes que requieren técnicas similares, es posible tener juntos (y, por tanto, utilizar más eficientemente) todos los recursos necesarios para practicar los cuidados que necesitan. Esta idea se basa en el concepto de «células de fabricación», en uso desde hace decenios en la industria manufacturera.
 - Gestión de los recursos clínicos. Es decir, optimizar el flujo de proceso mediante la estandarización de protocolos mejorados. Esto permite reducir la variabilidad de la «producción». Los DRG (*diagnosis related group*) son uno de los medios para la aplicación de esta idea.
- Estructura de la organización:
 - Estructura de gestión. Se debe aplanar la estructura de la organización, reduciendo personal no directamente productivo. Nótese que en el organigrama los supervisores no suelen participar en las tareas, sino sólo en el control. Se logrará a la vez una mayor fluidez en la transmisión de la información, y una descentralización en la toma de decisiones.
 - Reducción de los costes de aspectos no fundamentales del proceso, tales como aire acondicionado, negociaciones en nuevas compras, viajes, etcétera.

Estos autores dan asimismo ocho consejos para aumentar las posibilidades de éxito:

- Los proyectos de BPR necesitan un plazo prolongado (hasta dos o tres años) para ser concluidos, por lo que la organización debe mantenerse centrada en conseguir los objetivos sin caer en el desánimo.
- Es importante que el personal reciba formación para entender qué se persigue y cuáles serán los requisitos profesionales futuros.
- Es importante que los empleados se encuentren puntualmente informados de cómo evoluciona el proyecto.
- Toda la organización debe estar involucrada en el proyecto.
- Deben fijarse fechas y resultados esperados para que exista algún tipo de medida del éxito y de la consecución de objetivos.

- Las responsabilidades según el nuevo diseño deben quedar claramente definidas.
- Debe poder garantizarse una transición suave entre el sistema anterior y el nuevo.
- El éxito no puede alcanzarse sin que el personal médico apoye decididamente todas las fases del proyecto³.

En muchas ocasiones, lo que se ha planteado en entornos reales han sido sistemas híbridos de BPR, TQM y el denominado «*patient-focused care*», (PFC), un modelo muy utilizado en los hospitales norteamericanos, que persigue resultados muy similares a los propugnados por la BPR. Se basa en la idea de que los hospitales deben diseñarse alrededor de las necesidades del paciente, y no de las restricciones que plantea el personal. Se ha publicado la revisión de las funciones de cada profesional, combinándolas y creando nuevas figuras. Los enfermeros, dietistas y farmacéuticos están desarrollando labores nuevas. Por ejemplo, en muchos hospitales los enfermeros están admitiendo pacientes y practicando terapias que antes no hacían. Otros autores han definido otros paradigmas, todos muy similares, como por ejemplo el denominado *core process redesign* (Poirier y Moran, 1998).

En España hay algunas propuestas en estas líneas. Padula (1998) considera urgente la aplicación de reformas en la industria sanitaria debido al amplio abanico de decisiones generadoras de gasto que supone el alto grado de profesionalización de su personal. Incide en el problema que constituye el hecho de que el único modo de progresar en el sistema jerárquico de los hospitales españoles sea dedicando tiempo a tareas que no tienen que ver con una mejor pericia profesional. Apuesta por una organización en tres niveles: el operativo (los responsables operativos, médicos o enfermeras, coordinan sus unidades y establecen contactos con pacientes y familiares), el de área (estructura directiva cuyos componentes pueden seguir manteniendo por reversibilidad prácticas clínicas), y el directivo.

Tovar y Domínguez (2002) afirman que las ideas propugnadas por la reingeniería requieren una alta madurez y sentido de la responsabilidad por parte de los profesionales implicados para que puedan ser llevadas a la práctica, y que no carecen de riesgos: podrían generar tensiones y luchas de poder entre los afectados. Insisten en que es fundamental para la «reestructuración» (como ellos lo denominan) conseguir la estandarización, a través de *Guías de Práctica Clínica*, y la eliminación de todo lo que no añade valor al proceso. Proponen la implantación de esos puntos en el servicio de análisis clínicos de su hospital.

Experiencias de aplicación de la reingeniería de procesos a la gestión hospitalaria

Son numerosas las experiencias publicadas de intentos de BPR en Estados Unidos⁴. Walston y Kimberly (1997) afirman que más de un 60% de los hospitales americanos se han visto envueltos en algún proyecto que llamaron «de reingeniería», y ellos mismo comentan la experiencia de catorce de estos hospitales. Son conocidos casos⁵ como el del Bryn Mawr Rehabilitation Hospital de Filadelfia, que utilizó la BPR para

³ Francis y Alley (1996) apuntan la importancia de la participación del personal clínico: en el equipo de reingeniería creado en su hospital, seis de los ocho miembros eran médicos o enfermeras.

⁴ Silva y colaboradores (1998) presentan una amplia nómina de proyectos, tanto de tipo TQM como BPR. También analizan varios casos Ho y colaboradores (1999).

⁵ <http://www.tricare.osd.mil/hcr/downloads/other/rptchap3.doc>

reducir la documentación de los pacientes y consolidar la gestión basada en casos, pero sobre todo son numerosos los hospitales que han reducido plantillas, como el St. Charles Medical Center de Bend (Oregón), que pasó de 54 a 16 administrativos y ahorró más de un millón de dólares anuales redefiniendo labores de enfermería y rediseñando el almacén, o el Middlesex Hospital de Middletown, que eliminó 106 empleos y con la redefinición subsiguiente ahorró 6 millones anuales.

Las cifras de reducción de plantillas en hospitales norteamericanos y canadienses han sido muy elevadas durante el pasado decenio. En la región de Quebec⁶, tan sólo en un año (1996), se eliminó un 12% del personal sanitario de los hospitales públicos. Asimismo, se extendió la redefinición del trabajo de enfermería, haciendo que ciertas funciones, para las que se consideró que no era necesaria la cualificación profesional de un enfermero, se atribuyeran a otras categorías de personal, con salarios entre un 20% y un 40% inferiores.

Walston y Kimberly sostienen que cada vez que se haga un cambio debe pensarse en primer lugar en las necesidades del paciente y en quién debe realizarle ese cuidado o servicio. Los enfermeros se centraron en la gestión de casos y en los cuidados más complejos directamente relacionados con la prescripción médica. Esta reasignación de tareas en EEUU y Canadá se puede justificar, por una parte, por la falta de enfermeros y, por otra, por la poca sindicalización, menor del 20%, de este colectivo (Boston, 1995).

Quizá uno de los casos más conocidos (por haber aparecido en libros que relatan experiencias exitosas de BPR) es el del Medical Center de Pennsylvania, uno de los mayores del estado. En este hospital se empezó con un proyecto de *patient – focused care* en algunos departamentos, pero finalmente se decidió pasar a una visión global de todo el hospital mediante BPR. Con la asesoría de consultores externos, decidieron empezar por los departamentos que ofrecían más resistencia al cambio, como el de apoyo clínico/diagnóstico.

También son muchas las experiencias publicadas en el Reino Unido⁷. Por ejemplo, el Leicester Royal Infirmary, hospital del NHS con 1100 camas, 4200 empleados, 400 000 pacientes externos, 105 000 ingresados y 125 000 urgencias anuales, inició un proyecto piloto de BPR para reducir las listas de espera y aumentar la satisfacción de los pacientes (HRMID, 2002). Se dio al departamento de Recursos Humanos del hospital capacidad de negociación de las condiciones de contrato y salario para los nuevos puestos que aparecieran en el rediseño, y para la realización del cambio de entorno. Se pensaba que sólo contando con los adecuados recursos humanos podría tener éxito el proyecto.

Muchos de los resultados de esta experiencia que se han publicado coinciden con algunas de las ideas antes apuntadas. Al analizar el proceso administrativo de consultas externas, se vio que para registrar una cita intervenían hasta cinco funciones distintas, con transferencias de información. Todas ellas se unificaron en un solo responsable (el denominado coordinador clínico), con una reducción de costes del 15%. En otros servicios se lograron incrementos de capacidad de hasta el 130%, se redujeron los tiempos de espera y los enfermeros, dentro de los nuevos equipos multidisciplinarios, aumentaron el porcentaje de tiempo dedicado a la prestación de los cuidados que les son propios.

Crass y Munro (1997) han publicado su experiencia de redefinición de los procesos en un servicio de oftalmología (servicio escogido como piloto por su reduci-

⁶ <http://www.crisis.uqam.ca/cahiers/c2000/0016.pdf>

⁷ Se han publicado casos en otros países como Suecia (Hallström, 2001), Nueva Zelanda (Francis y Alley, 1996), etcétera.

do tamaño y el apoyo de su personal al proyecto). Se centraron en objetivos concretos como la reducción de los pasos que constituyen el proceso. Hubo mejoras de tipo físico (las más fáciles de aplicar, que se llevaron a cabo en un par de meses) tales como la construcción de un nuevo mostrador de recepción, un teléfono de acceso directo como única línea de contacto y ordenadores personales para todo el personal. Más difícil fue rediseñar todos los puestos del personal administrativo, buscando la multidisciplinariedad y la solidez del sistema ante vacaciones o bajas laborales. Se elaboraron manuales detallados con todos los procedimientos, de modo que todos los empleados pudieran consultarlos en caso necesario. Se cambiaron también las etapas que los pacientes debían seguir hasta ser atendidos por el oftalmólogo. Tres meses después de la puesta en marcha del plan se logró la estabilidad del nuevo sistema, con unas reducciones en papel y en tiempos de espera cercanas al 50%. Por su parte, Davies y Walley (2000) han comparado los resultados en cuatro hospitales británicos, partiendo de un enfoque propio de la dirección de operaciones.

Críticas y posibilidades reales de aplicación

Son muchas las críticas que se han hecho a la reingeniería. El propio Davenport (1995), uno de sus teóricos, anunció pocos años después de su lanzamiento el fracaso de la BPR.

Asombrado por el volumen de dinero que con la excusa de la reingeniería se había puesto en movimiento (además de los costes de consultoría, supuso un incremento billonario en la compra de sistemas de información), denunció que este sistema no era más que una justificación para los despidos masivos que en esos años estaban llevando a la práctica muchas empresas. Todo lo que se hacía se calificaba como reingeniería, y «una idea modesta se convirtió en un monstruo».

Sin embargo, Davenport reconoce que algunas de las lecciones aprendidas, como la de centrarse en los procesos, son fundamentales para cualquier empresa, aunque quizá la mejora no deba realizarse de un modo tan arriesgado, y sobre todo deba hacerse pensando en que el principal activo de cualquier empresa, su personal, se sienta cómodo y pueda desarrollar mejor su trabajo.

La BPR ha suscitado muchas críticas⁸. Es especialmente reseñable en este sentido, el trabajo de Osorio y Paredes (2001), en el que tratan de demostrar que la reingeniería de procesos no tiene posibilidades de aplicación en los hospitales públicos españoles. Observan que los trabajadores de los hospitales públicos son funcionarios, lo que conlleva una «cultura particular» y falta de flexibilidad. Si a esto se añade que el gerente no tiene capacidad real para realizar cambios «radicales», la conclusión es que resulta quimérico hablar de la posibilidad de implantar proyectos de BPR en la sanidad pública española. Como, por otra parte, los costes más importantes son los asistenciales (que están fuera del ámbito del gerente), y no se puede despedir personal, sólo quedan como posibilidades de mejora o bien la reducción del tiempo de estancia y el consumo de recursos (lo que generaría protestas de los pacientes y los facultativos), o bien la reducción del tiempo de permanencia debida a errores o falta de coordinación.

⁸ Buchanan (1998) identifica cuatro tipos de posiciones en relación con la BPR y aporta numerosa bibliografía de cada uno: los «profetas» (quienes continúan apoyando la necesidad de la ortodoxia original), los «discípulos» (que reinterpretan y dan recomendaciones de implementación), los «revisiónistas» (que abogan por una mayor atención a los recursos humanos) y los «escépticos y críticos».

Osorio y Paredes (2001) proponen algunos cambios radicales para los hospitales públicos españoles (una única dirección médica y de enfermería, crear la figura de un «gestor del paciente» que realice el seguimiento de todo su proceso, librar de tareas administrativas al personal de enfermería) pero por diversas razones concluyen que ninguna sería factible. Los autores de otras propuestas para paliar los problemas que los profesionales advierten en su actividad (mucha jerarquía, desmotivación, poca capacidad de actuación ante la insatisfacción de los pacientes) sostienen que en realidad no deberían denominarse reingeniería, sino que es el clásico enfoque sociotécnico definido hace cincuenta años.

Sea cual sea el nombre que se le dé, lo importante es saber si es imperioso realizar cambios estructurales que mejoren la valoración de quienes pagan el servicio, y saber en qué dirección deberían ir esos cambios. Las ideas básicas propuestas por la reingeniería (la importancia del cliente y el centrarse en el proceso como medio para conseguir una atención más ágil y eficaz) han sido asumidas por cientos de empresas de todo el mundo, y por más que se haya abusado del término reingeniería, no tienen por qué ser descartadas.

Es cierto que en determinadas circunstancias legales o culturales puede ser más difícil realizar modificaciones. También es cierto que tarde o temprano, si los cambios son necesarios, se acabarán imponiendo. Y así ha ocurrido en entornos sociales y en empresas en donde no se podía imaginar que podrían imponerse esos cambios.

Conclusiones

El mencionado *Barómetro de la Salud-2002* concluía que de los hospitales españoles se valora especialmente su capacidad tecnológica y el trato de médicos y enfermeros, siendo los aspectos hoteleros y la demora de los ingresos no urgentes lo más negativo. A pesar de ello, un 23.7% de los encuestados considera que son necesarios algunos «cambios fundamentales» y otro 7% que es necesario «rehacer por completo el actual sistema de salud español».

No es despreciable el número de contribuyentes que, según ese estudio y como fruto de su experiencia personal, tienen una visión de rediseño radical. Por otra parte, muchas personas, empezando por el personal sanitario, no creen posible en las actuales circunstancias someter a la organización sanitaria española a los cambios radicales de los que aquí hemos hablado.

Leyes y tradición parecen ser una pesada losa que impide cambios radicales en el sistema. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que no sólo las empresas están padeciendo la «fiebre del cambio». Toda la sociedad está inmersa en este proceso, en un mundo que evoluciona constantemente, y en donde cada vez son mayores las exigencias de los clientes y usuarios. Otros estamentos públicos en España (piénsese en las antiguas empresas públicas, o incluso en el Ejército o en la Universidad) han experimentado en unos pocos años transformaciones que parecían impensables tan sólo hace una decenio. Sin duda, se impondrán también grandes cambios en la sanidad pública.

En cualquier caso, los puntos antes citados no deben verse como dogmas ni tampoco debe serlo el concepto de reingeniería. Ni todos serán aplicables, ni el objetivo es aplicar estrictamente unas ideas que hace unos años se bautizaron con un nuevo nombre. Sí es claro, sin embargo, que la idea general aquí presentada es una tendencia global, e ir contracorriente resultaría disparatado.

Llámesse BPR, PFC o como se quiera llamar, la tendencia a desarrollar actuaciones más participativas y solidarias por parte de todos los empleados del sistema, aumen-

tar el espíritu de equipo y de responsabilidad colectiva, reducir los costes, aprovechar las oportunidades de las tecnologías de la información y, en definitiva, centrarse en el paciente como la persona que justifica la existencia del sistema, son las ideas que orientan las futuras líneas de gestión.

BIBLIOGRAFÍA

- BECKHAM JD. Winners: Strategies of ten of America's most successful hospitals. *Healthcare Forum Journal*, 1989; Nov/Dec, 17-23.
- BERGMAN R. Reengineering health care. *Hospitals and Health Networks*, 1994; 68/3, 28-36.
- BOSTON C. Reengineering in health care: Labor relations issues. En: Smith Blancett S, Flarey DL. *Reengineering Nursing and Health Care*. Gaithersburg, Aspen Publication, 147-156, 1995.
- BUCHANAN D: Representing process: the contribution of a re-engineering frame. *International Journal of Operations & Production Management*, 1998; 18/12, 1163-1188.
- BUCHANAN D, WILSON B. Re-engineering operating theatres: the perspective assessed. *Journal of Management in Medicine*, 1996; 10/4, 57-74.
- CRASS M, MUNRO M. Successful implementation of process review in ophthalmology services. *Health Manpower Management*, 1997; 23/4, 133-136.
- DAVENPORT T. Why re-engineering failed: the fad that forgot people. *Fast Company*, 1995; 1/1, 70-73. Descargable desde: <http://www.fastcompany.com/online/01/reen-gin.html>
- DAVIES C, WALLEY P. Clinical governance and operations management methodologies. *Internacional Journal of Health Care Quality Assurance*, 2000; 13/1, 21-26.
- FRANCIS SD, ALLEY PG. A 'patient focus review' of surgical services. *Business Process Re-engineering and Management Journal*, 1996; 2/1, 48-62.
- HALLSTRÖM I. Quality improvement in the case of patients with hip fracture. *Internacional Journal of Health Care Quality Assurance*, 2001; 14/1, 29-33.
- HAMMER M, CHAMPY J. *Reingeniería de la Empresa*. Barcelona, Parramón, 1994.
- HO S, CHAN L, KIDWELL R. The implementation of business process reengineering in American and Canadian hospitals. *Health Care & Management Review*, 1999; 24/2, 19-31.
- HRMID. HR's role in re-engineering at Leicester Royal Infirmary. *Human Resource Management International Digest*, 2002; 10/4, 4-7.
- MCMANIS GL. Reinventing the system. *Hospitals & Health Networks*, 1993; 67/19, 42-48.
- NICHOLSON J. Patient-focused care and its role in hospital process re-engineering. *Internacional Journal of Health Care Quality Assurance*, 1995; 8/7, 23-26.
- OSORIO ACOSTA J, PAREDES ALONSO E. Reingeniería de Procesos en los hospitales públicos: ¿reinventando la rueda? *Revista Española de Salud Pública*, 2001; 75, 193-206.
- PADULA C. Reorganizar los hospitales. *Papeles de Economía Española*, 1998; 76, 199-209.
- POIRIER EA, MORAN JW. Design for change in a home health agency. *Managing Service Quality*, 1998; 8/1, 19-23.
- RODGER JA, PENDHARKAR PC, PAPER DJ, MOLNAR P. Reengineering the human resource information system at Gamma. *Facilities*, 1998; 16/12, 361-365.
- SILVA SÁNCHEZ M^ºD, GARRIDO CASAS J, OTEO OCHOA LA. Bases conceptuales en la empresa moderna. Experiencias de innovación en el sector sanitario. *Revista de Administración Sanitaria*, 1998; II/5, 119-138.
- TOVAR GARCÍA I, DOMÍNGUEZ GARRIDO JJ. Definición de procesos asistenciales para el rediseño de hospitales. Ejemplo de proceso asistencial en un área de conocimiento del servicio de análisis clínicos. *Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios*, 2002; 3/2, 1-10.
- WALSTON S, KIMBERLY JR. Reengineering hospitals: evidence from the field. *Hospitals & Health Service Administration*, 1997; 42/2, 143-163.

CAPÍTULO 8

La gestión por procesos de tu servicio paso a paso. ¿Cómo hacerlo?

Raimundo Jones Muñoz

Introducción ■

Identificación y alineación de agentes ■

Diagnóstico de la situación actual (asociación de problemas frente a procesos) ■

Rediseño del servicio ■

Principios de rediseño

Rediseño de procesos

Definición de indicadores

Implantación y mejora continua ■

Introducción

Ya conocemos la teoría sobre la gestión de un servicio y nos resultan familiares términos como cadena de valor, proceso, capacidad, etcétera. Ha llegado el momento de ponerlos en práctica.

En esta parte del libro vamos a intentar darle una orientación práctica a toda la terminología y conceptos desarrollados en capítulos anteriores. Básicamente intentaremos mostrar un camino, una secuencia lógica para llevar a cabo el análisis y posterior diseño del «nuevo» servicio.

Esta secuencia debe partir de una visión global, para alcanzar poco a poco el corazón del servicio: los procesos.

La forma de trabajo que proponemos está basada en la labor de equipo. La principal fuente de información a la hora de abordar cualquier proceso son sus propios usuarios; por ello, la toma de datos se centra en talleres de trabajo con las personas implicadas.

Antes de comenzar hay que tener en cuenta que una sola persona no va a poder realizar todo lo que aquí se propone: no puede moderar una reunión, tomar notas de lo que allí se dice y a la vez preparar el material que vaya surgiendo como resultado de la propia evolución de la reunión. Por eso es conveniente formar un pequeño equipo que colabore en todos los talleres de trabajo (dos personas serían suficientes).

Seguramente el lector se preguntará «¿Comenzar qué?». Lo que aquí le proponemos es la manera de acometer un proyecto de análisis y rediseño de un servicio, desde el punto de vista de los procesos que lo componen, y lo haremos tomando como ejemplo un servicio hospitalario.

Identificación y alineación de agentes

Esta primera etapa pretende alinear a todos los miembros de la organización que estén involucrados de alguna forma en el proyecto que se va a acometer, de manera que todos tengan claro cuál es el propósito que persigue con él. Se trata de realizar un taller de trabajo con todos los órganos gestores de los distintos grupos de la organización para establecer el marco de referencia del proyecto.

Lo primero que hay que hacer es identificar, dentro del centro sanitario, los grupos que están interesados en el proyecto, quiénes apuestan por su éxito y a quiénes afecta. Es necesario tener presentes a todos y cada uno de ellos, pues serán los que nos ayuden a llevar a buen puerto esta nave en la que nos hemos embarcado. Nos estamos refiriendo a grupos como la dirección, el servicio de enfermería, celadores, servicios clínicos, laboratorios... Habrá que contar con una representación de todos ellos.

Para conseguir que alguien se sienta identificado con algo, lo mejor es hacerle partícipe del trabajo que va a desarrollar, hacerle sentir que ha tenido algo que ver con el resultado obtenido. Siempre deberemos tener presente esto, porque, será la base del éxito del proyecto.

Este taller se debe realizar con el «equipo gestor» de cada uno de esos grupos. Se trata de aglutinar a la organización, y aglutinarla en torno a la estrategia, la visión y la misión que debe prevalecer en toda organización.

Siempre es útil, antes de empezar, comentar con los participantes algunas reglas que serán de utilidad para el buen funcionamiento del taller. Entre las principales se destacarían:

- El respeto por las distintas opiniones que se puedan mostrar en la reunión.
- Si al cabo de 8 ó 10 minutos de discusión el grupo no alcanza un acuerdo en alguno de los temas tratados, dejar a un lado el problema hasta el final de la sesión.

- El moderador debe cortar las discusiones estériles; los miembros del grupo deben saber que ésa es una parte de su papel.
- Aunque el taller de trabajo se celebra con representantes de cada uno de ellos, hay que tener presente que estas sesiones de trabajo son muy difíciles de manejar si el número de participantes sobrepasa las 15 ó 20 personas.
- Todas las personas invitadas a participar en esta sesión deberían saber de antemano qué se van a encontrar. Deben conocer el proyecto que nos proponemos iniciar, deben saber cómo se va a desarrollar el trabajo, cuáles son los objetivos de las sesiones de trabajo, y qué papel tendrán en ellas, y sobre todo deben asumir que su papel es de vital importancia para el éxito del taller.
- Sería bueno empezar el taller con una breve presentación de los objetivos estratégicos del centro, que debería estar a cargo de la dirección de modo que todas las conclusiones que se obtengan en los trabajos posteriores estén en consonancia con esos objetivos.

Tras esta fase, el primer reto que se presenta es la construcción, con la ayuda de todos, de una visión global del hospital, una imagen de cómo está estructurado, lo que en capítulos anteriores hemos llamado la cadena de valor. Conviene recordar que la cadena de valor es la desagregación total en actividades o áreas de actividades del centro sanitario. Para representar la cadena de valor recomendamos el modelo de Porter, que permite ver de forma muy intuitiva toda la organización.

Según Porter, las funciones o actividades dentro de una organización pueden dividirse en funciones primarias y funciones secundarias o de apoyo. Las funciones primarias son aquellas que añaden valor directamente al cliente en nuestro caso, al paciente; por decirlo de un modo gráfico, serían todas aquellas funciones que «tocan» al paciente, es decir, todas aquellas actividades que tienen que ver con los servicios. Las funciones secundarias o de apoyo son aquellas que contribuyen de manera indirecta a dar valor al paciente, a través del apoyo a las actividades primarias; son actividades tales como servicios generales, recursos humanos, informática...

Una vez identificadas estas grandes áreas, hay que centrarse en cada una de ellas, identificando cuáles son las principales áreas de actividad que se llevan a cabo. Así, por ejemplo, dentro del epígrafe «Recursos Humanos» deberán aparecer áreas de actividad tales como Selección de Personal, Retribución o Evaluación del Desempeño.

A continuación, mostramos una forma gráfica de representación de la cadena de valor (Fig. 8.1). En ella se indican, a modo de ejemplo, la distribución de las funciones secundarias, las funciones primarias y las principales áreas de actividad asociadas con cada una de ellas.

Como es lógico, la figura 8.1 no pretende resolver el enigma de la cadena de valor del hospital; es un mero ejemplo, sin más pretensión que mostrar cómo podrían quedar agrupadas y representadas las distintas funciones.

Será de mucha ayuda llevar preparado a la sesión un boceto de lo que podría ser esta cadena de valor, que se puede ir modificando sobre la marcha con los comentarios y aportaciones de cada uno de los participantes. Para ello, proyectaremos, con ayuda de un cañón o proyector la cadena de valor que hemos preparado y fomentaremos la discusión en torno a ella para construir, entre todos, el mapa de la organización. En este punto se trata exclusivamente de identificar las áreas o funciones que componen el hospital y los principales bloques de actividad que incluimos en cada una de ellas.

En este ejercicio estamos construyendo lo que en capítulos anteriores hemos denominado nivel 0 y 1 de procesos, y los estamos encuadrando dentro del hospital.

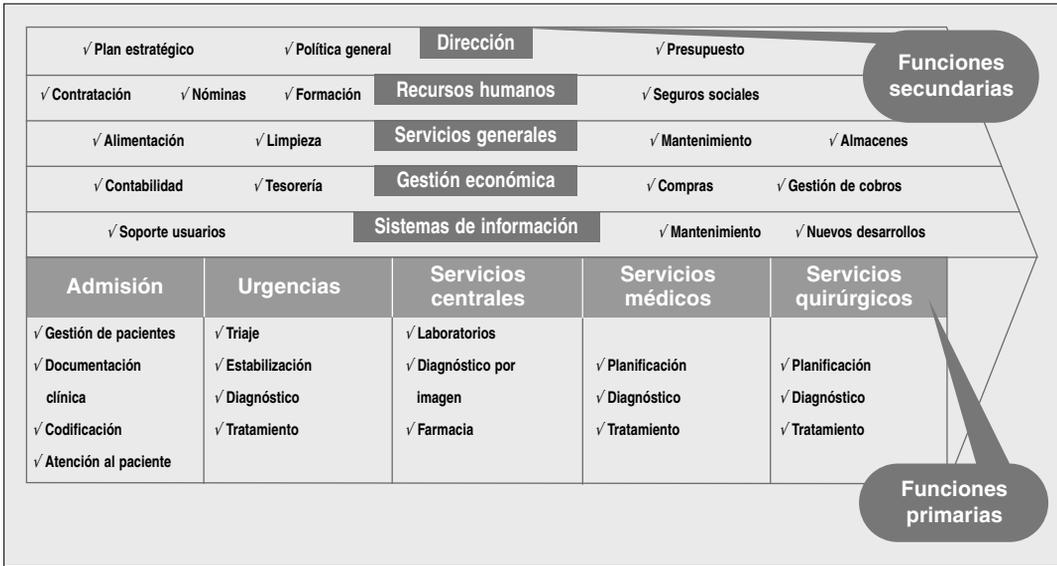


Figura 8.1. Cadena de valor.

Este ejercicio permitirá identificar y preseleccionar los procesos y subprocesos clave incluidos en el servicio que va a ser objeto de análisis y posterior diseño durante el proyecto.

Así, y siguiendo con el ejemplo, habremos de identificar qué se encuadra bajo cada epígrafe, por ejemplo, bajo el epígrafe de Laboratorios obtendremos elementos como, por ejemplo, citación al paciente, extracciones, distribución de muestras, análisis y distribución de resultados. Éstos son los procesos.

El mismo desglose hay que hacer con todas las funciones que han sido identificadas en el hospital, hasta componer el mapa de la organización.

El siguiente paso debe ser la definición y análisis de los principales flujos de información asociados a los procesos que se han identificado.

Este nuevo ejercicio pretende determinar las relaciones entre el servicio y el resto del hospital, así como las actuales inconsistencias; con él se logra, además, que los participantes tengan una visión global del propio servicio, que vean cuál es su aportación a él y qué sucede cuando no realizan correctamente su labor o no la llevan a cabo a su debido tiempo.

Para poder llevar a cabo esta definición conviene dibujar esas relaciones como si de un proceso se tratara. Para ello elegiremos uno de los procesos esenciales de los que acabáis de identificar en nuestro servicio y empezaremos a definirlo. En este punto del proyecto no interesa saber qué hace cada una de las funciones implicadas en el proceso con la información generada en él; simplemente hay que saber a quién se la envía, si éste realmente la necesita en la forma en que le llega, si hay alguien que la necesita y no la recibe, si hay alguien que la recibe y no la necesita... Imaginemos, por ejemplo, que una vez que el paciente accede al centro, la ficha generada en consultas externas, o parte de esa información, se remite al jefe del servicio, al director del departamento económico-financiero y a la dirección de enfermería. Como todos ellos están representados en el taller, deberán decir si la información que reciben es la correcta, si es mejorable, si es innecesaria o incluso si aún no la reciben y deberían recibirla: esta clase de información es la que debemos obtener. Todo ello se puede

¿Cómo hacerlo?

hacer directamente en un ordenador, proyectando el proceso que se va a construir con la ayuda de un cañón y describiendo *on line* el resultado que se va obteniendo, o bien usando la técnica de *brown paper*. Esta técnica consiste en «empapelar» una pared con papel marrón, papel de embalaje, que se puede encontrar en grandes rollos en cualquier papelería: ésta será nuestra pizarra. Sobre ella, y con ayuda de rotuladores y cartulinas de colores o «post-it», iremos dibujando el proceso. Para ello, lo primero que debemos hacer es identificar quiénes son los agentes que intervienen en el proceso que vamos a describir; seguramente ya tendremos una idea de quiénes son, así que podremos tomarla como base para ir obteniendo de los participantes el resto de nombres. Para este análisis macroscópico, los agentes que intervienen en el mismo deben ser identificados a alto nivel, es decir, no hay que descender al nivel de los recursos específicos dentro de cada área, sino que debemos quedarnos en el nivel de área o departamento, como por ejemplo urgencias, consultas externas...

Escribiremos cada uno de esos agentes en distintas columnas en la «pizarra»; no importa demasiado que no aparezcan todos: la descripción del propio proceso sacará a relucir los que faltan.

Una vez que estén identificados, hay que empezar a describir el circuito del proceso. Empezaremos preguntando cómo arranca el proceso, cuál es el hecho con el que comienza. Puede ser la llegada del paciente al mostrador de admisión, o el traslado del paciente desde urgencias a planta, etcétera, dependerá del proceso que estemos describiendo. A partir de aquí, se trata de que los participantes vayan describiendo, ayudados por el moderador, los diferentes «pasos» que suceden hasta que el circuito acaba.

La técnica es bien sencilla: se trata de poner un «post-it» o de pintar directamente sobre el papel cada uno de los pasos que vayan definiendo.

Si dicen, por ejemplo, que el clínico de consultas externas, una vez realizada la exploración, decide enviar al paciente a urgencias, pondremos una salida desde el paso «Consulta», (Fig. 8.2) que está en la columna de Consultas Externas, al paso «Atención Urgente» que estará en la columna de Urgencias, incluyendo en el conector de ambos pasos un símbolo que indique que ahí se produce intercambio de información, y describiendo e identificando a continuación qué lleva esa información intercambiada, cómo se produce, si se registra en papel o con ayuda de algún sistema de información...

Hay que tener presente que estamos iniciando el análisis; por ello, no queremos entrar en demasiados detalles. Sin embargo, tenderán a contar hasta el más mínimo detalle: les estamos pidiendo que cuenten su tarea diaria, y seguramente ellos se perderán en detalles que, en el punto en que nos encontramos, no nos son de utilidad. Para salir de este «embrollo», debemos recordarles que para cada uno de los procesos habrá una sesión de análisis exhaustivo, en el que se identificará hasta la última de las actividades realizadas.

Imaginemos que nos están contando el proceso de citación al paciente, y que para ello cuentan todas las actividades que el auxiliar lleva a cabo para encontrar un hueco en la agenda del clínico, las vueltas que debe dar el paciente hasta que por fin le atiende quien debe hacerlo, etcétera. Sin embargo, en este apartado sólo nos interesa saber que el paciente llega, que alguien de un área determinada le atiende y que, como resultado de ello, produce una información determinada para otras áreas del hospital. Los detalles que pretenderán contarnos estarán incluidos en cada uno de esos pasos genéricos que vamos a ir añadiendo, y su desglose corresponde al análisis microscópico.

En la Figura 8.2 se muestra un ejemplo del resultado que se obtendría con la descripción de uno de los procesos. Por supuesto, se trata de un proceso figurado, sin más valor que el de mostrar cómo representar los procesos propios de un servicio.

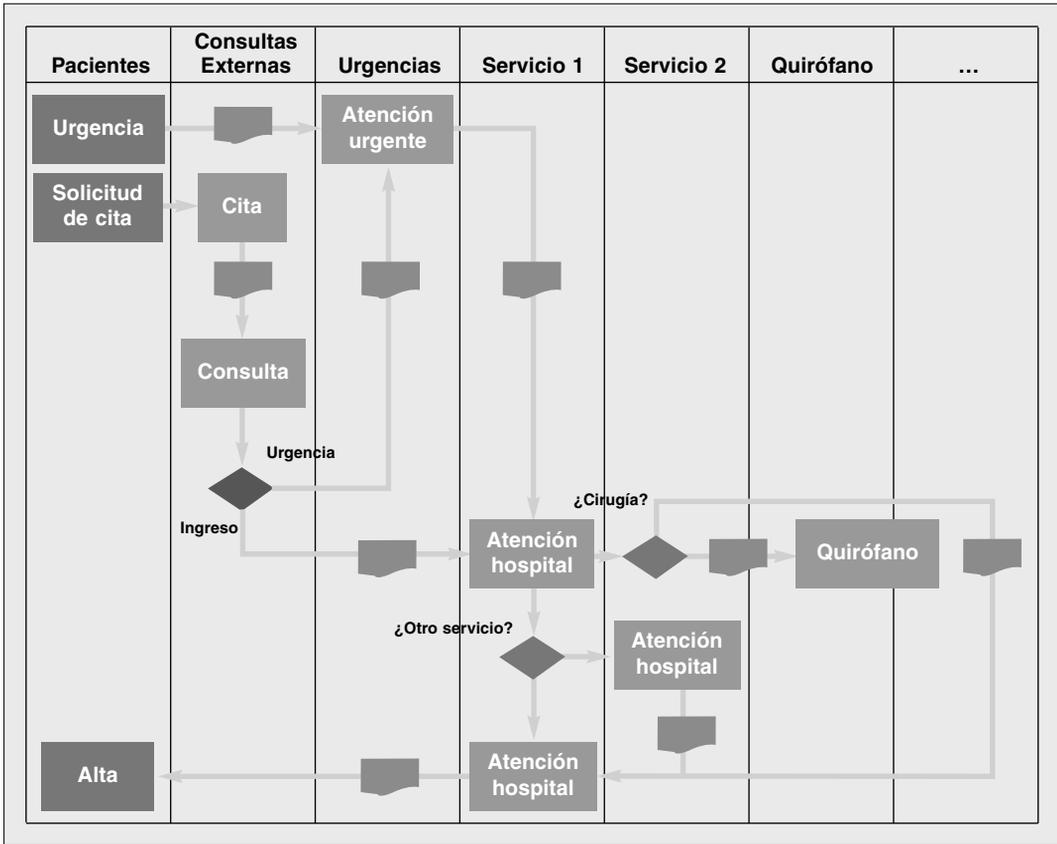


Figura 8.2. Análisis macroscópico del proceso.

Como se puede observar, cada «salto» de un área a otra dentro del hospital debe ir acompañado de cierta información. El propósito de este ejercicio es identificarla, ver cómo se realiza, si es correcto ese envío, si debería o no llegarle a quien le llega y en la forma en que le llega...

Este ejercicio hay que repetirlo con cada uno de los procesos identificados en el servicio y que vayan a ser estudiados durante la ejecución de este «proyecto» que se está acometiendo.

Al realizar este análisis hay que tener muy en cuenta la identificación de las relaciones que existen entre los procesos identificados. Supongamos que estamos describiendo el proceso de citación a consulta. Tenemos que identificar cuál es la salida de ese proceso para los restantes procesos que lo componen. Quizá haya un flujo de información hacia algunos de los procesos de archivo para, por ejemplo, crear una historia clínica si se trata de un nuevo paciente del hospital, o para que preparen la historia para el día que se le ha dado consulta, si se trata de un paciente que ya ha sido atendido con anterioridad.

Como hemos señalado antes, tendremos que contar con algunos colaboradores para realizar estos ejercicios; hay que tener presente que durante la identificación del proceso y sus flujos de información saldrán a la luz innumerables problemas de la operativa diaria, así como ideas o sugerencias para resolverlos: un miembro del equipo deberá recoger toda esta información para analizarla después.

¿Cómo hacerlo?

Para terminar esta primera sesión de trabajo, conviene realizar un ejercicio de «tormenta de ideas» en el que se identifiquen los beneficios que resultarían de este proyecto.

La «tormenta de ideas», como su propio nombre indica, es un ejercicio en el que todos los participantes responden a una pregunta concreta que el moderador les ha formulado. La formulación de la pregunta es clave en esta técnica, una vez realizada la pregunta, dedicaremos el tiempo que consideremos necesario a explicar los matices que encierra y los resultados que se persiguen.

La primera de las preguntas debe ir orientada a determinar los beneficios que se obtendrían al acometer el proyecto; recordemos que los beneficios deben ser medibles, tangibles; no se deben reducir a términos generales que no comprometen a nada: hay que lograr que los participantes se comprometan y se involucren en su consecución.

Una vez formulada la pregunta, cada uno de los participantes responderá a ella señalando tantos beneficios como crea oportuno (con un límite de 3 a 5 respuestas por persona, en función del número de participantes). Reuniremos todas las respuestas, sin desechar ninguna, y las leeremos en voz alta para cerciorarnos de que todos han comprendido el sentido que quiso darle su autor. A medida que las vayamos leyendo las agruparemos en bloques comunes, de modo que finalmente queden entre 5 y 8 grandes beneficios (cada uno de ellos con el desglose de las respuestas de cada participante).

Por ejemplo: hemos obtenido respuestas como «reducción de reclamaciones en un 20%», «reducción en un 15% del número de pacientes que deben volver a consulta»... Todo esto puede encuadrarse dentro de un gran beneficio que podríamos denominar MEJORA DE LA CALIDAD DEL SERVICIO AL PACIENTE.

La identificación de estos objetivos no es caprichosa. Hemos de tener identificado un horizonte real, tangible y creíble por los miembros de la organización. El proyecto que ahora se inicia va a requerir muchas horas de dedicación por parte del personal de la organización que se ha involucrado en él: si no están comprometidos con el éxito del proyecto, éste se quedará en «papel mojado» y su implantación será una utopía.

Por último, hay que elaborar un plan de trabajo, consensuado con ellos, para el resto del proyecto: calendario de reuniones, asistentes a los próximos talleres, fechas de los principales hitos que se desea alcanzar...

Una vez realizados todos estos ejercicios, sería conveniente hacer un resumen de todos los resultados obtenidos en el taller de trabajo. Esto será muy útil no sólo como conclusión para los asistentes, sino como parte del plan de comunicación interna que debe hacerse, ineludiblemente, en este tipo de proyectos.

Diagnóstico de la situación actual (asociación de problemas frente a procesos)

La fase que ahora vamos a describir debe ser realizada, nuevamente, para todos y cada uno de los procesos identificados como cruciales en el ejercicio anterior.

En ese ejercicio identificamos, además, quiénes eran los usuarios que deberían estar involucrados en el análisis y posterior rediseño.

Para llevar a cabo esta fase no será suficiente con un único taller de trabajo; serán necesarios al menos 2 ó 3 por cada uno de los procesos analizados.

El primer taller debe servir para «levantar» el proceso actual, para determinar cómo se están haciendo las cosas ahora. Y para ello nada mejor que lo cuenten las personas que lo están llevando a cabo día a día, sus usuarios.

Hay que tener presente que el principal objetivo de estos talleres es, además de identificar las actividades que se están realizando ahora, fomentar las diferencias de

opiniones, sacar a relucir los problemas e incongruencias existentes, localizar las áreas de mejora. Para eso es muy recomendable invitar a los talleres no sólo a los usuarios, sino también a los «clientes y proveedores internos» del proceso bajo estudio. Si estamos analizando las consultas externas de nuestro servicio, los clientes internos de este proceso serán todas aquellas áreas o departamentos del hospital que reciben algún resultado del proceso; por ejemplo, laboratorios, diagnóstico por imagen, archivo... Seguramente ellos también tienen algo que decir sobre «nuestro» proceso. Por otro lado, los proveedores internos serán todas aquellas áreas que remiten información o resultados a las consultas.

Obviamente, una misma área puede actuar en un proceso como cliente y como proveedor.

Debemos iniciar este primer taller repasando el análisis macroscópico de los flujos de información que realizamos en el primer taller con el equipo de dirección.

No se trata aquí de poner en evidencia a nadie por su desconocimiento del proceso; muy al contrario, este ejercicio debe servir para conocer el nivel de comunicación que será necesario aplicar a los resultados del proyecto; una vez consensuado, el análisis macroscópico de los flujos de información nos será de utilidad como guía cuando estemos llevando a cabo el análisis microscópico del proceso.

Este repaso se puede hacer proyectando con un cañón el flujo obtenido en el primer taller y comentando el «circuito» obtenido a los asistentes, anotando y aclarando cualquier incongruencia que detectemos.

A continuación, se realiza el análisis microscópico de igual manera que el macroscópico; las técnicas y herramientas son las mismas, pero ahora se modifica el alcance. Ésta es la última oportunidad para hacerse con todos los detalles del proceso; por eso, debemos descender al detalle, a la actividad: ahora sí nos interesa saber qué hace cada uno con la información que recibe, cómo la procesa, cómo la transforma, con qué soporte, qué valor añadido aporta su actividad, quiénes son los receptores del resultado, cuáles son los datos asociados a la actividad (recursos involucrados, tiempos asociados, volúmenes procesados, sistemas de información en los que se apoya la actividad...); toda esta información hay que intentar obtenerla de esta sesión de trabajo. Es posible que los datos asociados no sean conocidos por los propios usuarios o que, para mayor exactitud, tengan que ser extraídos de informes generados por los sistemas de información; de ser así, los reclamaremos para que nos los hagan llegar cuanto antes.

Como se recordará, la información asociada a un proceso, detallado a nivel 2 (nivel de actividad), es:

- Descripción de la actividad.
- Función/rol responsable de su ejecución.
- Entradas de información necesarias para su ejecución.
- Origen de esas entradas.
- Salidas de información generadas por la ejecución.
- Destinos de esas salidas.
- Recursos involucrados en la ejecución de la actividad.
- Número de recursos disponibles.
- Sistemas de información que dan soporte a la actividad.
- Indicadores de actividad y de proceso.
- Tiempos de ejecución, de espera, de preparación o de traslado.

El procedimiento es el mismo que para el análisis macroscópico. Pero ahora ha variado el alcance: donde antes sólo figuraba «Consultas Externas» ahora deben aparecer

todos los agentes que, dentro de esta área, participan en el proceso. Así, saldrán representados agentes tales como auxiliares, enfermeras, clínicos, celadores...

También hay una gran diferencia a la hora de trazar el circuito. En esta ocasión habremos de detenernos en cada una de las actividades que vayamos identificando como componente del proceso y obtener toda la información antes mencionada relacionada con esa actividad.

A medida que nos vayan contando la operativa del proceso, nuevamente saldrán a la luz numerosos problemas asociados a una actividad concreta, a la relación entre departamentos, al proceso en su conjunto, así como ideas o sugerencias para su posible resolución. Es preciso tomar buena nota de todo ello, pues será la base para el análisis posterior (esta tarea puede llevarla a cabo uno de los colaboradores).

A continuación ofrecemos un nuevo gráfico (Fig. 8.3) que, una vez más, no tiene otra intención que la de mostrar cómo podrían quedar representados los procesos de un servicio.

Una vez concluida la puesta en marcha del proceso en este primer taller de trabajo, hay que modelar el proceso, o mapearlo si se prefiere. Para ello podemos utilizar

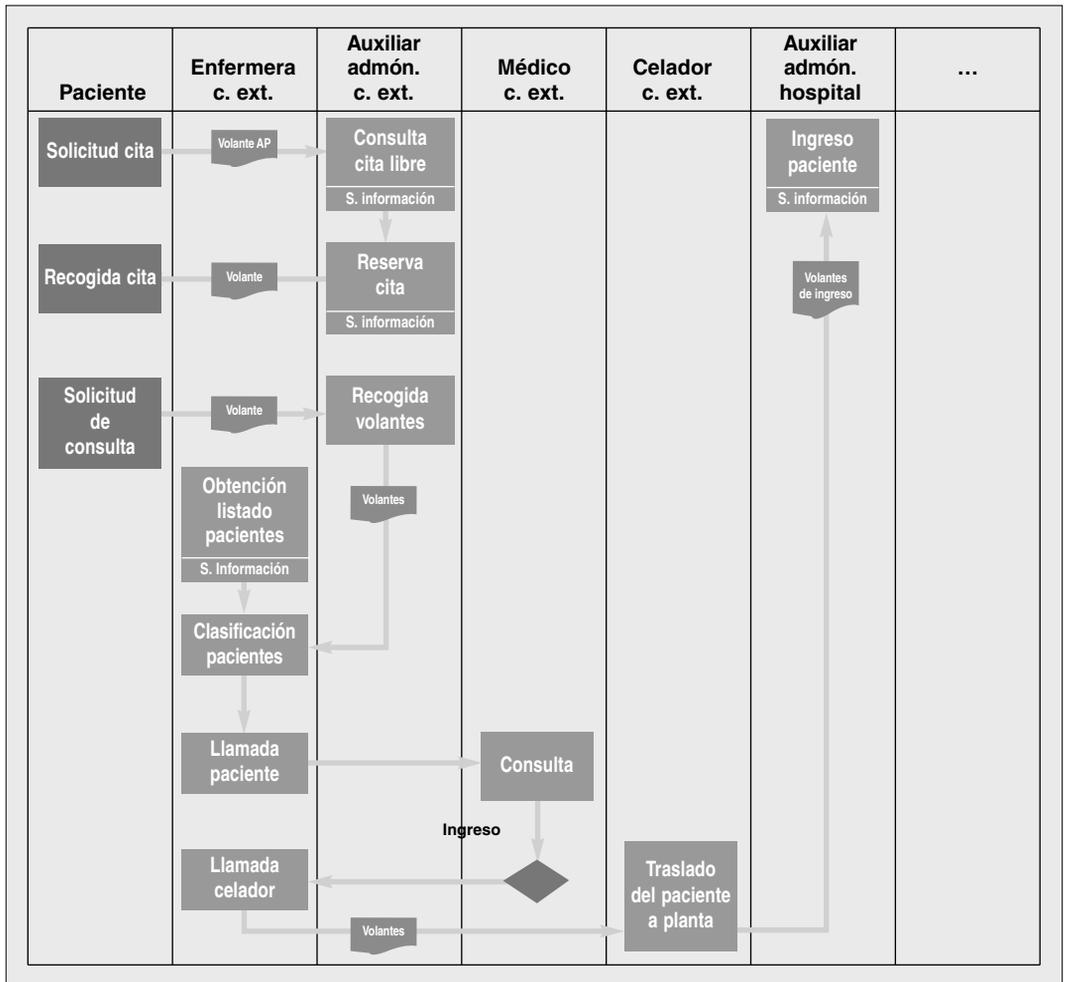


Figura 8.3. Análisis microscópico del proceso.

¿Cómo hacerlo?

cualquiera de las herramientas de *software* existentes en el mercado, que son muchas y muy variadas. Las hay que sólo se utilizan para dibujar el proceso, como *Visio* o *PowerPoint*; otras son algo más avanzadas y nos permitirán, además de modelar el proceso, generar la documentación asociada a él y simularlo; es el caso de programas como *iGraphx*, *Adonis*, *Casewise*, *Atoss* o *Medmodel* (este último, especializado, en procesos del área sanitaria).

La representación del proceso en sí vendrá determinada por el programa que elijamos. Así, *Visio* o *PowerPoint* permitirán, representar el proceso como queramos; casi podremos copiar literalmente lo representado sobre el papel marrón en la pared. Pero si elegimos alguna de las otras, será la propia herramienta la que marque la representación del proceso.

Este flujograma se corresponde con el nivel 2 de un proceso: sería conveniente anteponer a su representación sus correspondientes niveles 0 y 1, para situar al futuro lector. Es más, lo ideal sería que la propia herramienta que estemos utilizando para modelar los procesos nos permita explosionar los diferentes niveles de procesos que hayamos representado, de manera que explosionando el nivel 0 aparezcan todos los componentes del nivel 1 y, a su vez, explosionando el nivel 1 queden identificados todos los componentes del nivel 2, tal como indica la Figura 8.4.

Una vez mapeado el proceso, necesitaremos una nueva reunión con los usuarios que participaron en el taller para contrastar y validar el resultado obtenido, a fin de cerciorarnos de que hemos entendido lo que quisieron transmitir.

El modo de operar puede ser similar al que ya hemos comentado para «validar» el análisis macroscópico, o bien podemos imprimir el resultado en papel y distribuirlo a los usuarios para que, todos juntos, repasen una a una las actividades dibujadas a fin de detectar cualquier error que pueda haberse producido.

A continuación, el equipo deberá realizar un nuevo trabajo: se trata de repasar toda la problemática, ideas y propuestas de mejora que fueron exponiendo los usuarios en los dos talleres de trabajo que, hasta la fecha, se han realizado. Los reescribiremos, si

¿Cómo hacerlo?

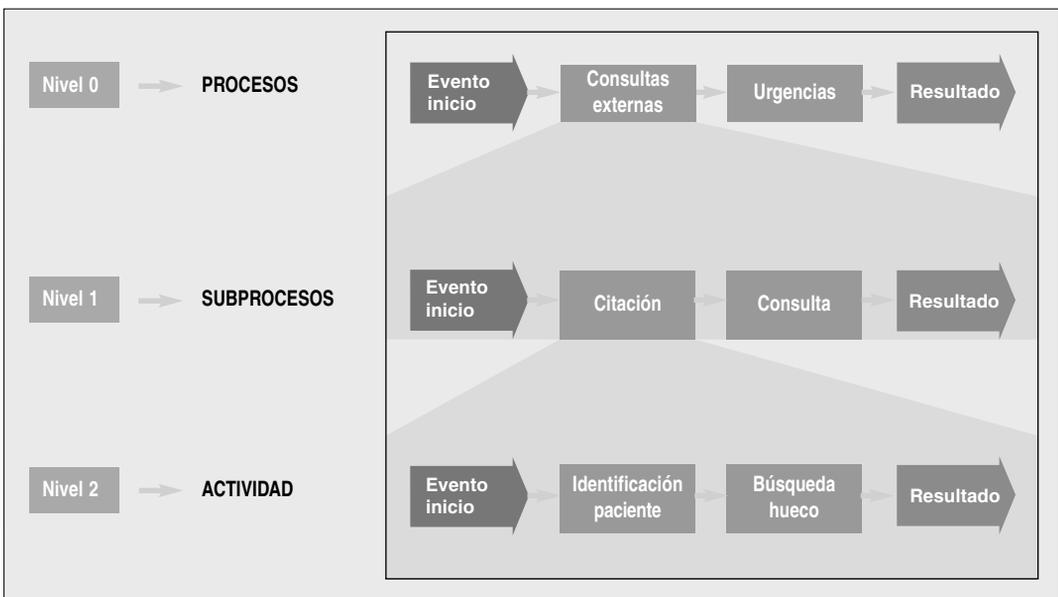


Figura 8.4. Niveles 0, 1 y 2 de procesos.

creemos que no han quedado claros, eliminaremos las incongruencias y obviedades (durante los talleres siempre escribimos todo lo que oímos y, a veces, no lo interpretamos bien o lo sacamos de contexto); en definitiva, repasaremos todas las notas de la reunión.

Una vez releídos y analizados todos los problemas, los agruparemos por afinidades. Así, se pueden agrupar los que hagan referencia a los sistemas de información, a las relaciones con otras unidades del hospital, a la falta de espacio físico para el servicio, etcétera.

Terminada esta agrupación, ya se puede convocar un nuevo taller de trabajo. En este caso se trata de analizar toda la problemática que hemos recopilado, y los asistentes deben ser los mismos que los contaron, es decir, los usuarios de cada proceso. Es útil construir un diagrama de Isikawa (causa-efecto) o «espina de pez». Para ello se vuelve a forrar una de las paredes de la sala de reuniones con papel de embalaje y se traza una línea recta en el centro; al final de esa línea escribimos el problema que tratamos de analizar. A partir de aquí, tendremos que actuar de nuevo como moderador del trabajo para identificar todos los elementos que pueden ser parte del problema y, dentro de cada uno de ellos, los problemas concretos que contribuyen al problema general. Hay que tratar de identificar con los asistentes cuáles son las principales consecuencias que se derivan de cada uno de los problemas concretos y cuáles son las causas que lo originan. En el ejemplo de la Figura 8.5, una de las partes podrían ser los sistemas de información y las causas, dentro de este apartado, podrían ser las que aquí aparecen reflejadas: falta de integración, falta de presupuesto, etcétera.

Llegados a este punto ya hemos identificado el modo de operación del proceso, consensuado tanto por el usuario como por el «cliente». Ya tenemos su percepción sobre cuáles son las posibles áreas de mejora que se podrían incorporar, los problemas que ellos han detectado, cómo están midiendo el proceso...

Pero todavía se puede ir más allá: se trata de «evaluar» o «medir» qué problemas son los que están afectando en mayor medida a nuestro proceso.

Para ello podemos hacer uso de una nueva herramienta: el diagrama de Pareto.

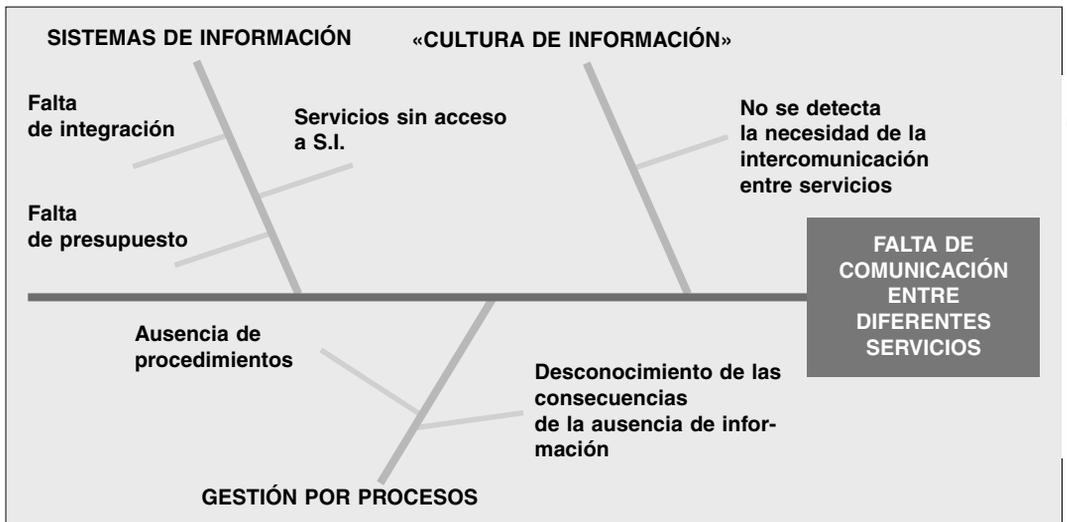


Figura 8.5. Diagrama de Isikawa o «espina de pez».

TABLA 8.1 Diagrama de Pareto. Cuantificación de causas

Causa	N.º veces	Porcentaje	Acumulado
No se detecta la necesidad de intercomunicación entre servicios	49	52.7%	52.7%
Servicios sin acceso a los S.I.	32	34.4%	87.1%
Falta de procedimientos	8	8.6%	95.7%
Otros	4	4.3%	100%
Total	93	100%	

Según Pareto, el 80% de las causas de un problema tienen su origen en un 20% de las fuentes que lo originan. Detectar ese 20% es el objetivo de esta herramienta.

Un diagrama de Pareto presenta la información en orden descendente, desde la categoría mayor hasta la menor. Los puntos se dibujan para el total agregado en cada barra y se conectan con una línea para crear un gráfico que muestra el incremento de cada categoría respecto del total.

Tomemos el ejemplo anterior, el problema analizado usando la herramienta de la «espina de pez», y midamos cuál es el verdadero origen del problema cada vez que se detecte un problema debido a la falta de comunicación entre servicios (Tabla 8.1).

A continuación, debemos representar gráficamente lo que hemos calculado antes. Situamos en el eje horizontal los problemas analizados y en el eje vertical la frecuencia de la causalidad (Fig. 8.6).

Obsérvese que las dos primeras causas acaparan el 87% de la responsabilidad del problema, lo que nos indica que en estas dos causas se debe centrar fundamentalmente nuestro esfuerzo a la hora de tratar de solucionarlo.

Por último, y si bien no es absolutamente necesario en el camino hacia la mejora del proceso, aunque sí de gran ayuda, podemos también «simular» el proceso actual.

Para ello necesitamos uno de los programas existentes en el mercado, como los que ya hemos mencionado (*iGraphx*, *Casewise*, *Atoss*, *Medmodel...*), que permiten llevar a cabo este tipo de ejercicios.

La tarea que tenemos por delante es relativamente sencilla; claro está que para ello hay que ser un usuario aventajado en esas herramientas, aunque no un experto. El uso y manejo intuitivo de la herramienta, no en un grado avanzado, puede ser suficiente para el nivel de análisis que es necesario.

Para comenzar la simulación, hay que introducir primero todos los datos que han ido proporcionando los usuarios del proceso, a saber: número de recursos disponibles y necesarios para cada actividad, tiempo de ejecución, tiempos de espera (los impuestos por el proceso, no los derivados de su ejecución), tasas de llegada de pacientes...

Una vez incorporados estos datos al programa informático, se simula el proceso. La simulación consiste en ejecutar el proceso de modo artificial: ver qué sucede en el transcurso del tiempo, detectar los cuellos de botella, las carencias o excesos de recursos, etcétera. Todo esto lo puede hacer un programa informático.

Intentaremos, con un ejemplo sencillo, explicar cómo opera el programa. Para ello imaginemos el proceso representado en la Figura 8.7.

A través del análisis de proceso ya habremos averiguado cuántos pacientes llegan por hora o día a consultas externas, cuánto tarda la enfermera en obtener el listado de

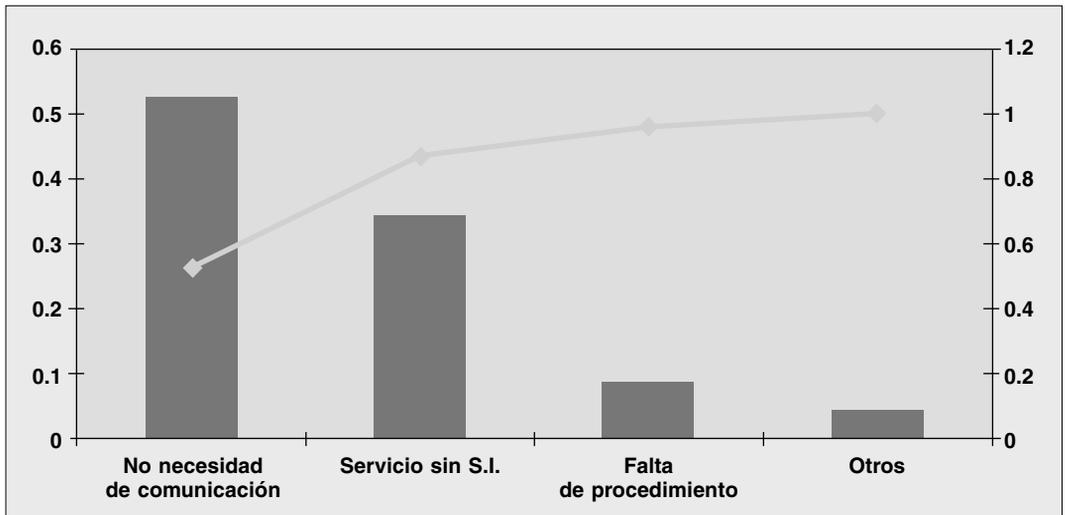


Figura 8.6. Diagrama de Pareto.

pacientes del sistema de información, cuántas enfermeras están destinadas en consultas externas, cuánto tarda el celador en acudir a la llamada para trasladar a un paciente y en cumplimentar el trámite administrativo (si existe), etcétera.

La herramienta de simulación «introducirá» al paciente en el circuito representado y lo llevará por cada una de las actividades identificadas, deteniéndose en cada una de ellas el tiempo que se haya introducido.

Imaginemos que llegan 50 pacientes al día (en la simulación también podremos decidir cómo llegan, con qué distribución, si llegan 5 cada hora, si llegan los 50 de golpe o si llegan aleatoriamente) y le pedimos al sistema que simule un día de trabajo.

La herramienta introducirá en el circuito a cinco pacientes cada hora (si así lo hemos especificado) e irá recorriendo el proceso con cada uno de ellos, deteniéndose en cada actividad y en los conectores de actividades el tiempo que hayamos marcado.

Una vez que termine el día simulado, el programa nos dirá, por ejemplo, que hay 10 pacientes que aún no han abandonado el circuito (todavía están pendientes de consulta) y determinará en qué punto del circuito se encuentran. Así, habrá pacientes que aún estarán esperando a ser llamados para consulta, otros estarán pendientes de ser ingresados en el hospital, otros estarán en la consulta... También nos dirá el tiempo que tardó cada actividad en atender a cada paciente y los tiempos de espera, el tiempo máximo y mínimo en cada actividad, etcétera.

Volveremos a repetir la simulación modificando los distintos parámetros de que disponemos; comprobaremos qué sucede si modificamos el número de enfermeras disponibles, o el de auxiliares o el de clínicos; qué pasaría si introduyésemos una nueva herramienta que disminuyera el tiempo de ejecución de alguna de las actividades representadas, etcétera.

Todos estos datos nos permitirán determinar cómo está dimensionado el proceso, dónde tenemos déficit de recursos o cuellos de botella, o si simplemente es imposible absorber más demanda.

Los datos obtenidos mediante esta simulación más los recopilados durante el levantamiento del proceso (modo de operar actual, problemas y áreas de mejora detectadas por los usuarios) serán las «herramientas» para rediseñar el proceso.

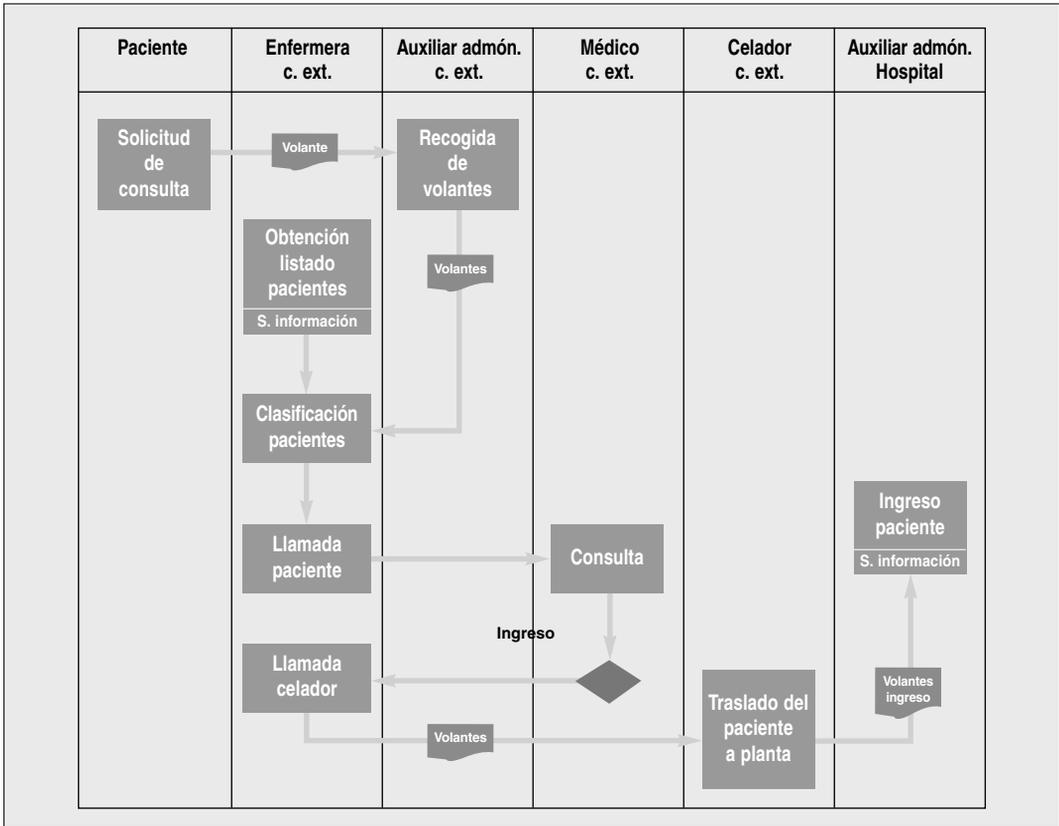


Figura 8.7. Análisis microscópico del proceso.

Rediseño del servicio

Principios de rediseño

Existen numerosas definiciones de «rediseño de procesos». Además algunos autores no emplean esta denominación, sino que hablan de reingeniería de procesos, rediseño de procesos, mejora de procesos... Pero lo que vamos a acometer con nuestros procesos es en realidad su rediseño: ya hemos analizado cómo se hacen las cosas y ahora vamos a proponer diferentes alternativas para optimizar lo que hacemos; en algunos casos se tratará de pequeñas mejoras, en otros serán alternativas radicalmente opuestas al *modus operandi* actual; en definitiva, se trata de plantear un nuevo diseño para nuestro servicio.

El rediseño de un proceso, por lo general, significa hacerlo o intentar hacerlo mejor, más barato y más rápido.

Se trata de buscar un incremento de los niveles de satisfacción de los «clientes» del proceso, tanto externos como internos, con un aumento de los niveles de eficiencia y de la capacidad de respuesta.

Antes de acometer cualquier modificación del proceso analizado hay que determinar las «reglas del juego», saber cuáles son las condiciones internas o externas a las que nos enfrentamos.

A todos nos gustaría enfrentarnos a un rediseño o mejora de procesos sin ninguna restricción, pero en la mayoría de los casos la realidad es otra. En efecto, existen cir-

cunstances que van a limitar las mejoras que se pueden incorporar al proceso. A continuación, presentamos algunos ejemplos de este tipo de condicionantes. Aunque no es una relación exhaustiva, reúne los que suelen ser más habituales:

- Puede existir una normativa legal que obligue a que ciertas cosas se hagan de determinada manera. Es posible que la ley nos obligue a realizar las cosas de una determinada forma, aunque en el análisis efectuado hayamos detectado que ello no aporta ningún valor añadido.
- Es posible que exista una normativa interna que obligue a que las cosas se hagan de una manera determinada. Por ejemplo, un traslado de hospital debe ser aprobado por el jefe de servicio correspondiente, por el director médico y por el gerente del hospital. Quizá el sentido común nos dice que no es necesaria tanta aprobación y que bastaría con una sola de ellas, pero la normativa interna del hospital exige que las cosas se hagan así, y eso es inamovible.
- También puede ocurrir que el hospital haya decidido comprar, o tenga ya en funcionamiento, un *software* determinado de gestión hospitalaria. Seguramente los usuarios sugerirán mil formas de optimizar la funcionalidad del *software*, en términos de: «sería deseable que el sistema te dejara hacer...» «lo mejor sería que se pudiera...», «lo ideal sería que el sistema te proporcionara un listado donde pudiéramos ver...». Habrá algunas sugerencias que sólo requieran unos ajustes a la configuración estándar del *software* y, por tanto, no será muy complicado, ni muy caro, implantarlas; otras, sin embargo, requerirán la intervención de programadores expertos y afectarán al mismo «corazón» del *software*. Aquí interviene la política que el hospital tenga en esta materia; así puede ocurrir que, por decisión estratégica, la dirección del hospital haya establecido que al *software* no se le debe añadir ninguna función que se salga del estándar.

Hay que tener presente todo esto cuando nos enfrentemos al rediseño de nuestro proceso, porque lo contrario quedará muy bien sobre el papel, pero su implantación será inviable.

Rediseño de procesos

A la hora de abordar el rediseño de un proceso, podemos hacerlo de dos formas, ambas igualmente válidas:

- Podemos hacer el diseño con «nuestro» equipo y luego validarlo con los usuarios.
- Podemos incorporar en el equipo de diseño a los propios usuarios del proceso.

Ambas formas tienen sus ventajas e inconvenientes. La primera de las alternativas será mucho más rápida y operativa, pero la aceptación del nuevo proceso será más complicada y, posiblemente, menos entusiasta, mientras que con la segunda opción tardaremos más tiempo y consumiremos más recursos, pero el nuevo proceso nacerá con la aceptación de sus usuarios.

En cualquier caso se trata de un trabajo en equipo: es preciso organizar una reunión con él y lanzarse a abordar el rediseño del proceso.

No existe una «regla de oro» para acometer el rediseño de un proceso. No existen «fórmulas mágicas». El rediseño de un proceso no tiene nada de mecánico; no podemos definir el paso 1, el paso 2, etcétera, de manera que nos sirva para acometer el rediseño de cualquier proceso. Cada proceso analizado será diferente; lo que se ha aplicado a uno no servirá para otro.

Sin embargo, hay una serie de elementos que nos podrán servir como guía a la hora de acometer un rediseño. A continuación, presentamos algunos de ellos, que pueden ayudar a encauzar el diseño del nuevo proceso:

1. Eliminar tareas redundantes e innecesarias.

Ya sabemos que cada una de las actividades que componen el proceso global debe añadir valor para alcanzar el *output* del proceso. Durante la fase de rediseño debemos examinar cada una de las actividades que componen el proceso, sopesando las consecuencias de su eliminación.

2. Buscar actividades con retraso o tiempos de espera.

Hay que tener en cuenta que aquellas actividades que implican un retraso del proceso global o un tiempo de espera excesivo suelen ser áreas susceptibles de mejora. Debemos identificar aquellas actividades en las que se den los mayores retrasos para los pacientes y analizar el porqué.

3. Ejecutar actividades en paralelo.

Debemos indagar si para iniciar una actividad hay que esperar a que termine la que la antecede o si, modificando la distribución de los recursos o mediante el uso o mejora de los sistemas de información, puede ejecutarse en paralelo.

4. Enfocar el problema desde una nueva perspectiva.

No coloquemos más barreras de las que ya existen, hay que evitar la tendencia natural a darle la vuelta simplemente al viejo modo de hacer las cosas. Examinar las mejores prácticas y compararse con otros para sopesar nuevas ideas puede dar buenos resultados y ofrecer una nueva perspectiva.

5. Los procesos cruzan límites funcionales.

Cuanto antes asimilemos esta idea, antes comenzará a ser productivo nuestro nuevo diseño. Seguramente cualquiera de los procesos que se desarrollan en nuestro servicio ejecutan actividades realizadas por agentes externos a él. Por ejemplo, una prueba diagnóstica complementaria que el servicio necesite trasladará el proceso asistencial que estemos ejecutando a otra área funcional del hospital, fuera del servicio. No debemos tratar esto como una «caja negra» en la que no hay nada que hacer. Si limitamos mucho el alcance del proceso, es muy probable que no aparezcan grandes oportunidades de mejora.

6. Minimizar las funciones de control permanente.

A menudo las organizaciones tienen sus procesos repletos de puntos de control innecesarios o, al menos, cuestionables. Es muy probable que el paso del tiempo haya convertido en caducas y obsoletas las razones que los originaron. Por eso, es necesario revisar todas las funciones de control para asegurarnos de que proporcionan valor añadido.

7. Actividades realizadas por recursos demasiado caros.

También es frecuente que determinada actividad, por tradición, se realice con recursos demasiado caros y pueda ser perfectamente realizada con otros más baratos. Por ejemplo, tareas administrativas que lleve a cabo una enfermera o una extracción de sangre que haga el propio facultativo.

8. Optimizar el servicio al «cliente».

En cada una de las actividades del proceso hay que preguntarse si el paciente está recibiendo el mejor de los cuidados posibles: si espera lo que debe esperar, si es la tecnología que se le aplica la que debe ser, si el personal que lo trata es el adecuado.

Una vez definido el nuevo proceso, queda pendiente una última tarea antes de implantarlo. Hay que validar el nuevo proceso junto con sus usuarios (actuales o futuros).

Esto no resultará fácil si el rediseño se ha llevado a cabo sin su participación. Si, por el contrario, participaron en él, el proceso nacerá con sus «bendiciones».

Tendremos que reunir de nuevo a los usuarios de los procesos para transmitirles los cambios que implica el rediseño; hay que explicarles paso a paso cómo se va a operar con el nuevo modelo y, por supuesto, hay que estar abierto a todo tipo de sugerencias; es posible incluso que en esa reunión se susciten debates sobre las diferentes opciones que el modelo puede plantear.

La reunión no puede acabar sin el consenso de todos los involucrados en el nuevo servicio: ésta es la condición que debe darse antes de pasar a la implantación.

Definición de indicadores

Una vez definido el nuevo proceso, hay que determinar cuáles son los criterios de calidad que deben regirlo, esto es, cómo queremos o cómo no queremos que sea el nuevo proceso. Para ello debemos definir los indicadores que van a medir nuestra actividad asistencial.

Algunos ejemplos de estos criterios de calidad, en este caso para la unidad o servicio de Admisión, podrían ser:

- Unidad de atención al usuario «accesible»: atención personalizada, amable, correcta.
- Demora máxima de dos días hábiles desde la petición de cita hasta la primera consulta.
- Registro de datos sin errores administrativos.

Serán criterios idóneos aquellos que han sido aceptados y codefinidos por los profesionales que participan en el proceso y, además, son fáciles y sencillos de formular. A partir de ellos debemos definir nuestros indicadores, así, por ejemplo, para cada uno de ellos podríamos medir:

- Número de reclamaciones recibidas en admisión por trato «poco amable».
- Tiempo medio de espera para ser citado a primera consulta.
- Número de citaciones erróneas cursadas.

Los indicadores definidos deben tratar de analizar la efectividad y eficiencia de la práctica asistencial según los criterios que se hayan decidido evaluar, y deben hacerlo desde todos los puntos de vistas: satisfacción de los clientes del proceso (externos e internos), satisfacción de los profesionales que lo ejecutan, costes, tiempos de ejecución, etcétera.

Por último, a la hora de definir los indicadores hay que tener presente que éstos:

- Deben ser objetivos y no estar sujetos a demasiadas interpretaciones.
- Deben tener el suficiente detalle como para ofrecer, por sí mismos, la actuación que se va a desarrollar, sin necesitar un análisis adicional.
- Deben estar enfocados a la detección de problemas del proceso.

Los indicadores, como hemos mencionado, deben servir para medir la práctica asistencial. Para saber si nuestra práctica está acorde con la media de otros hospitales podrán servir como referencia los valores que den esos indicadores en esos otros centros. Ahora bien, no se pueden comparar peras y manzanas: tenemos que estar seguros de que los hospitales que tomamos como referencia son similares, en todos los

aspectos (tecnología empleada, tamaño del hospital, recursos...), de lo contrario, la comparación no tendrá ningún valor, aunque puede servir para tener un referente y marcar unos objetivos para nuestro modelo y, partiendo de ello, definir qué grado de calidad queremos que tenga nuestro servicio.

Implantación y mejora continua

Llegados a esta fase, ya está hecho lo más difícil; «sólo» falta implantar el nuevo proceso, hacer que las cosas se hagan como han quedado definidas en él, inculcar la nueva cultura que debe regir nuestro servicio.

Ya dijimos que, para acometer cualquier proyecto de este tipo era necesario contar con el apoyo de la dirección. Pues bien, éste es el momento de solicitarlo.

Hay que presentar al equipo directivo del hospital el nuevo proceso, con los cambios que supone, y hay que conseguir que aprueben estos cambios y la puesta en marcha del nuevo proceso.

La etapa en la que nos encontramos es crucial y todo el trabajo puede venirse abajo si no tenemos en cuenta todos los factores de riesgo que acechan.

El primer paso que hay que dar con vistas a la implantación es precisamente ese: identificar los posibles obstáculos que podemos encontrar a la hora de implantar el proceso. Algunos de los más frecuentes son los siguientes:

- Falta de motivación de las personas implicadas. Rechazo al cambio.
- Falta de compromiso e involucración de la dirección.
- Ausencia de una visión compartida sobre las implicaciones del nuevo proceso.
- Escasez de recursos.

Debemos cerciorarnos de que estas «barreras» han sido superadas. Una organización, cualquiera que sea el sector al que se dedique, no podrá llevar a cabo ningún cambio en sus procesos si sus miembros no están comprometidos con él.

A continuación, hay que establecer un plan de acción para implantar el nuevo diseño, en el que se plasmarán todas las acciones necesarias para la implantación. En la Tabla 8.2 presentamos una pequeña plantilla que permitirá hacer la implantación de un modo ordenado.

1. **¿QUÉ?** Hay que hacer una lectura detallada del diseño propuesto y determinar cuáles son las acciones de mejora que se deben acometer para cambiar la operativa del proceso. Es necesario incluirlo todo, desde lo más sencillo hasta lo más com-

TABLA 8.2 *Plan de acción para la implantación del nuevo proceso.*

¿Qué?	¿Cómo?	¿Cuándo?	¿Quién?

plicado. Obtendremos innumerables acciones para acometer, algunas tan sencillas que en cuestión de horas pueden ser puestas en marcha; otras, por el contrario, necesitarán una preparación más exhaustiva.

2. **¿CÓMO?** Seguramente, todas las acciones identificadas están descritas con una frase. Para las sencillas, es posible que baste con esto; sin embargo, las más complicadas habrá que descomponerlas en pequeñas tareas que hagan más sencilla su puesta en marcha.
3. **¿CUÁNDO?** El siguiente paso es planificar la acción. Hay que poner fechas de inicio y fin a cada una de las tareas identificadas en la etapa anterior.
4. **¿QUIÉN?** Una sola persona no puede encargarse de todo. Si fuera así, no sería posible concluir ninguna implantación. Cada una de las acciones identificadas debe tener asignado un responsable, que ha de ser alguien que conozca muy bien el área del hospital donde va a ser implantada la mejora y que, si lo considera necesario, deberá nombrar a un corresponsable para cada una de las tareas en las que se ha subdividido la acción.

Estas cuatro tareas, en la tabla que inicialmente presentamos tendrá aproximadamente esta visión (Tabla 8.3):

Como hemos señalado antes, una organización no cambia si sus miembros no están comprometidos con el cambio, y para ello es condición necesaria, aunque no suficiente, que conozcan qué se está gestando.

Por eso, de modo paralelo a la elaboración del plan de acción descrito más arriba habrá que completar la implantación con las siguientes actividades:

- Plan de comunicación. Es necesario para informar a la organización de los nuevos protocolos y procedimientos, así como de las nuevas políticas y responsabilidades que el nuevo proceso trae consigo.
- Plan de formación. Hay que identificar cuáles son las necesidades de formación requeridas para asumir las nuevas funciones derivadas del nuevo proceso.

Todo lo expuesto hasta ahora formaría parte de la fase 1 (**PLANIFICAR**) del ciclo de mejora continua o ciclo de Shecwart (Fig. 8.8).

La segunda de las fases de este ciclo es la de **HACER**, en ella se deben implantar todas las acciones planificadas en la etapa anterior. Para llevar a cabo esta tarea es conveniente designar un responsable del proceso y de la implantación de los cambios que

TABLA 8.3 Plan de acción para la implantación del nuevo proceso.

¿Qué?	¿Cómo?	¿Cuándo?		¿Quién?
ACCIÓN 1	---	22-05-2003		Responsable 1
ACCIÓN 2	Tarea 1	Ini. 23-05-03	fin 26-05-03	Responsable 2
	Tarea 2	Ini. 27-05-03	fin 29-05-03	Responsable 2
	Tarea 3	Ini. 30-05-03	fin 04-06-03	Responsable 2
ACCIÓN 3	Tarea 1	Ini. 24-05-03	fin 26-05-03	Responsable 3
	Tarea 2	Ini. 27-05-03	fin 02-06-03	Responsable 3
				Responsable 4
ACCIÓN ...				

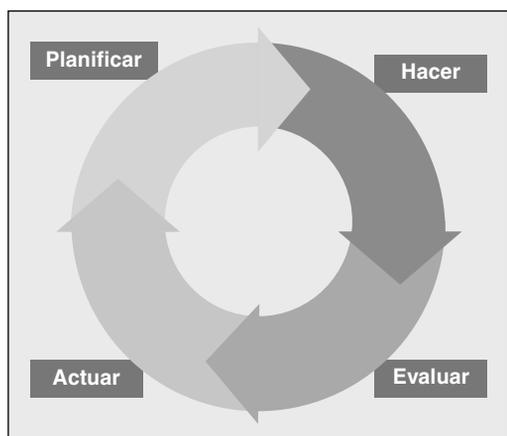


Figura 8.8. Ciclo de mejora continua.

implica el nuevo diseño. Este responsable, a su vez, podría rodearse de un «equipo de implantación» que llevará a cabo la puesta en marcha de las acciones planificadas y realizará su seguimiento.

Asimismo, y como parte de esta etapa, es necesario poner en marcha el plan de comunicación a toda la organización diseñado en la etapa anterior. Este plan debe contener lo que se ha hecho y lo que queda por hacer. Es fundamental que todo el servicio objeto del nuevo diseño esté enterado de los cambios que se avecinan: más pronto o más tarde, es seguro que a alguno de sus miembros le afectará el cambio de lleno y su colaboración será indispensable.

Por último, aunque no es lo menos importante, piense que los cambios introdu-

cidos pueden requerir formación adicional del personal afectado (manejo de nuevas técnicas, definición de nuevos modos de hacer las cosas, manejo de nuevas herramientas...). Ahora es el momento de impartir esa formación; no podemos exigir a nadie que haga algo que no sabe hacer.

Ya se han comunicado los cambios, se ha formado al personal necesario y se han realizado las modificaciones en los procesos nacidos del rediseño. Transcurrido un tiempo durante el cual el nuevo proceso ha sido realizado como se diseñó, es hora de comprobar qué ha pasado. Entramos en la tercera fase del ciclo (**EVALUAR**) y, para ello, hay que tomar los indicadores definidos y ver qué valores están dando. Tendremos que compararlos con los valores que debían alcanzar en la definición, y responder a las siguientes preguntas: ¿Son aceptables? ¿Nos desviamos mucho de los valores que definimos para nuestro servicio? ¿Nos desviamos mucho de los estándares de otros servicios similares de otros hospitales?

Como puede apreciarse, se trata de medir el impacto de los cambios realizados en el proceso y ver si el resultado es el esperado.

Si los resultados no son los esperados, hay que averiguar qué ha sucedido. Quizá debamos revisar algunos de los cambios del diseño; tal vez aún no está dando el fruto deseado porque la implantación no ha alcanzado su madurez.

Además, durante este tiempo es posible que las cosas hayan cambiado en el servicio: quizá se ha adquirido nueva tecnología, o los perfiles de los recursos para las distintas actividades han variado, o tal vez se ha puesto en marcha un sistema de información integrado para todo el hospital...

Lo que tratamos de decir es que un proceso es algo vivo, algo que va evolucionando con el tiempo y que debe ser permanentemente actualizado. Los procesos deben ser revisados y actualizados periódicamente, bien debido a los cambios que se han producido en la organización, o bien para corregir o rectificar los cambios realizados con anterioridad.

Entraríamos así en la cuarta de las etapas (**ACTUAR**), que debe ser tratada como un «miniproyecto» similar al que ha ocupado todo este apartado, aunque, mucho más focalizado a las actividades concretas que resultan afectadas por los cambios específicos.

CAPÍTULO 9

La gestión de las personas

Joaquín Oset Fernández

La estructura organizativa y la dirección de las personas: claves para la gestión del talento ■

El contexto de la gestión de personas: de la dirección de personal a la dirección de personas ■

Técnicas y herramientas para la gestión de personas ■

Estrategia organizativa

Puestos de trabajo

Evaluación de las personas

Bibliografía ■

La estructura organizativa y la dirección de personas: claves para la gestión del talento

La gestión del talento no es una expresión de moda, es una nueva forma de concebir la dirección de personas que valora la creatividad, la innovación y la flexibilidad, el trabajo en equipo, la calidad de la atención a los usuarios y la formación y el desarrollo permanentes, con el convencimiento de que todo ello redundará en la calidad del producto o servicio que presta la organización.

Sin embargo, el sólo hecho de que fuera un término de moda ya tendría importancia. No en vano, Mintzberg estableció que uno de los factores de contingencia que influyen en el diseño de las organizaciones es precisamente la moda, y que, por este motivo, es frecuente encontrar estructuras similares en organizaciones pertenecientes a diferentes sectores, pero que coinciden en la fecha de su fundación.

Pero la moda es sólo uno de los factores de contingencia. Existen otros factores del entorno que influyen a la hora de configurar la estructura de una organización y, por tanto, a la hora de diseñar un modelo de dirección de personas: la evolución histórica, las circunstancias externas, el entramado social en el que la organización está inmersa...

John Naisbitt hizo patente, en su libro *Macrotendencias*, cómo las estructuras y la forma de dirigir personas se adaptan al entorno social, valiéndose de un análisis de los últimos dos siglos de historia empresarial. Para ello, consideró tres tipos básicos de sociedades: la sociedad agraria, la sociedad industrial y la que se ha llamado sociedad del conocimiento, y analizó en cada una de ellas la situación de una serie de factores que él denominó «estratégicos» (objetivo estratégico, producto estratégico, recurso estratégico, rol estratégico, energía estratégica y estructura estratégica).

Aplicando este análisis a cada uno de los tipos de sociedades obtenemos la Tabla 9.1.

Al repasar la evolución de los factores estratégicos, según el planteamiento de Naisbitt, se comprueba la creciente importancia que con el paso del tiempo ha ido adquiriendo la persona en el seno de las organizaciones. Desde la idea del trabajador abstracto, concebida a principios del siglo xx por los tayloristas, y de la división del trabajo como procedimiento para obtener la máxima eficiencia, en el último cuarto del siglo xx se ha ido abriendo paso, cada vez con más firmeza, la concepción integral del hombre y la convicción de que su papel es primordial en las organizaciones.

TABLA 9.1 *Sociedades*

Factores estratégicos	Agraria	Industrial	Del conocimiento
Objetivo	Supervivencia	Nivel de vida	Realización personal
Productos	Alimentos	Equipos	Ideas
Recurso	Tierra	Capital	Conocimiento
Rol	Agricultor	Empleado	Emprendedor interno
Energía	Esfuerzo físico	Combustibles fósiles	Energía mental
Estructura	Simple	Funcional Divisional Matricial	Red

Una muestra de ello es el hecho de que en la llamada sociedad del conocimiento cuatro de los cinco factores «estratégicos» (la realización personal, las ideas, el conocimiento y la energía mental) están en las personas. Ante esta circunstancia, las organizaciones públicas o privadas, tratando de ser coherentes con el entramado social en el que están inmersas, se ven en la necesidad de dar soluciones novedosas que posibiliten su adaptación a los valores imperantes en el tipo de sociedad en el que viven. Las personas han de ser el valor central en la organización y la estructura formal, y las formas de dirigir las han de ser reflejo de esta circunstancia, ya que el progreso de las organizaciones depende, cada vez en mayor medida, de las personas que las integran.

El sector sanitario, público o privado, no es ajeno a esta transformación de la sociedad y sabe que, en un entorno cambiante, la adaptabilidad y el aprovechamiento de las mejores oportunidades por parte de los centros sanitarios y de los propios servicios dentro de estos centros, la racionalización de sus actividades, el incremento de su productividad y la mejora en la calidad de la asistencia sanitaria derivan de la capacidad de sus profesionales y de su actuación cooperativa. Para lograr esa implicación de las personas que una organización de calidad requiere, es preciso confiar en ellas, conferirles un grado de autonomía amplio en relación con las actividades que realizan, incorporar sus aportaciones a los procesos de mejora, expresarles públicamente reconocimiento y promover su desarrollo profesional y personal.

El sector sanitario (más en el ámbito público que en el privado) tiene dificultades para adaptarse a esta nueva concepción, que toma en consideración las exigencias de los nuevos tiempos y la evolución de las expectativas de las personas con respecto a la actividad laboral, y pierde así un potencial considerable de transformación y de avance. Sin embargo, no hay justificación alguna para que las instituciones sanitarias se mantengan al margen de este movimiento que hace de las personas la clave del éxito de cualquier programa de cambio de una organización.

Por este motivo, uno de los principios básicos sobre las personas, que integran el Sistema Nacional de Salud, reflejado en el Estatuto Marco básico, consiste en desarrollar políticas de personal que tengan como punto de referencia fundamental el mantenimiento y la mejora de la calidad en la atención sanitaria a los ciudadanos, que a su vez deberá ser un elemento que contribuya a la motivación de los profesionales y a su compromiso con los objetivos del Sistema Nacional de Salud. Este paso llevará a la construcción de una «sanidad inteligente» que sabrá gestionar el conocimiento: captarlo, generarlo, almacenarlo, organizarlo, transferirlo, compartirlo, reutilizarlo y ponerlo, en fin, al servicio de la visión y misión del Sistema Nacional de Salud, en consonancia con sus valores.

Ahora bien, en la actualidad la gestión de las personas en el sector sanitario no debe ser contemplada ni como un mero conjunto de técnicas formales de análisis o intervención, ni como la solución a los problemas comportamentales que, en ocasiones, se presentan en las instituciones sanitarias. Por el contrario, las personas han de considerarse como los elementos introductores de razón en el sistema, posibilitadores del cambio y potenciadores de una nueva cultura. Todo ello tiene una profunda legitimación social, por lo que ha de contemplarse en los planes estratégicos de las organizaciones sanitarias y en su propia filosofía, a fin de que impregne todo el sistema, a modo de clave cultural básica.

Puesto que las personas son decisivas en todas y cada una de las partes que componen un centro sanitario, su gestión eficaz es responsabilidad de todos los directores de servicio o de unidad asistencial. Esto significa que parte del trabajo de un director o jefe de servicio consiste en tratar temas concernientes a las personas, y que pocos son los asuntos relativos a la dirección de personas que puedan o deban delegarse de manera habitual en el director de recursos humanos.

Siguiendo este criterio, lo primero que debe hacer un director de un servicio de un centro sanitario es conocer las principales exigencias que se plantean en el ámbito de la gestión de personas, a las cuales se tiene que enfrentar, ya que las organizaciones que responden más eficazmente a dichas exigencias tienen más posibilidades de prevalecer que las que no lo hacen. Estas exigencias vienen determinadas, como ya hemos indicado, por el entorno, la estructura organizativa y el propio individuo.

El contexto de la gestión de personas: de la dirección de personal a la dirección de personas

La gestión de las personas en un servicio de un centro sanitario está influida por la estructura organizativa de éste e influye a su vez en ella. Ahora bien, la estructura concreta adoptada por un servicio refleja la cultura existente en él, y esta cultura va a determinar el valor que se da a las personas dentro del servicio. Así, la cultura del servicio determinará que las personas y, por tanto su gestión, se contemplen como un gasto; o que, por el contrario, se consideren un recurso y, como consecuencia, la gestión de personas (recursos humanos) se incluya como una de las áreas que pueden aportar valor añadido al servicio (Fig. 9.1).

Si como hemos planteado anteriormente, y como reflejan los principios básicos comunes a los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud en su Estatuto Marco, aceptamos que las personas son el principal recurso competitivo de las organizaciones sanitarias, la gestión de las personas pasa a considerarse parte del equipo de valor, con el objetivo de gestionarlas lo más eficaz y eficientemente posible.

Partiendo de un esbozo de los modelos generales de gestión de personas, intentaremos mostrar en este capítulo cómo dirigir personas en un servicio de una institución sanitaria. Trataremos de explicar cómo son o pueden ser las personas que integran el servicio y qué técnicas de gestión de personas se pueden emplear con ellas para lograr el éxito esperado, entendiendo éste como la consecución de la satisfacción de la sociedad que recibe atención médica y de los propios profesionales implicados en el servicio. En pocas palabras intentaremos explicar qué se debe hacer, y con quién, para

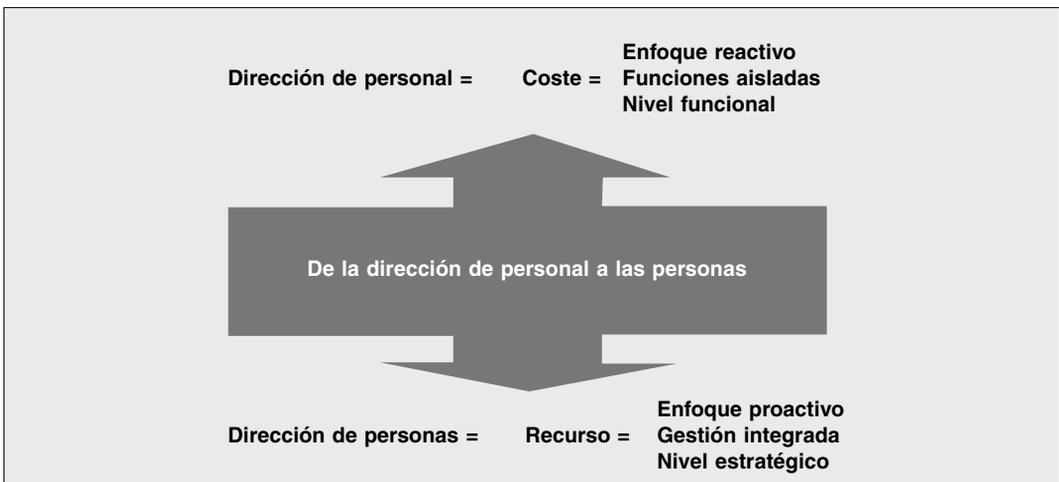


Figura 9.1. De la dirección de personal a la dirección de personas.

llevar a la práctica nuestras afirmaciones sobre la importancia de las personas en tanto que bien máspreciado de cualquier organización.

Muchas veces la complejidad del trabajo diario en un servicio no permite que sus jefes vean claramente lo que se hace, ni quién lo hace, ni cómo lo hace, aunque de manera intuitiva todos saben qué personas dominan su trabajo, son trabajadoras y están motivadas. También conocen qué personas no saben realizar correctamente su trabajo o no tienen interés por hacerlo. Vamos a utilizar estas dos dimensiones, aptitud y actitud, para elaborar un modelo simplificado de los diferentes perfiles profesionales que podemos encontrar en un servicio y para determinar cuál debe ser la intervención del jefe en cada caso.

Definiremos aptitud, en el sentido más amplio, como la madurez profesional, es decir, el conjunto de formación y experiencia que posee un profesional para realizar óptimamente su trabajo.

La otra dimensión que vamos a utilizar es la actitud, entendida, también en su sentido más amplio, como la madurez personal, es decir, la predisposición, la motivación o el querer hacer. Esta dimensión se considera vital para el éxito en cualquier actividad que se realice.

Si unimos las dos variables, obtenemos la Figura 9.2.

Evidentemente, para que un jefe de servicio llegue a realizar esta clasificación es necesario que conozca suficientemente bien a los profesionales que trabajan en el servicio y que sepa cómo están desempeñando su trabajo. Como herramientas clave para ello es necesario contar en el servicio con una buena base de datos sobre las características de cada profesional, su formación, experiencia, historial, etcétera, además de disponer de una correcta definición de los puestos de trabajo que ocupan y de un sistema de evaluación del desempeño de cada persona en cada puesto.

Estas tres herramientas (base de datos de personal, definición de puestos de trabajo y sistema de evaluación del desempeño) son la base de la gestión de personas. Si un jefe de servicio no sabe lo que se hace, quién lo hace y cómo lo hace, difícilmente podrá intervenir con éxito en la organización, gestión y desarrollo de sus personas.

Continuando con el gráfico anterior, sin perder de vista que se trata de una simplificación y sin ahondar en las causas que llevan a las personas a tener una actitud u otra en su trabajo, podemos afirmar que existen cuatro grupos fundamentales de profesionales en los servicios (Figs. 9.3-9.6):



Figura 9.2. Modelo de perfiles profesionales.

Grupo 1

Este grupo está formado por aquellos profesionales que están motivados, tiene ganas de trabajar y son activos, pero no saben cómo realizar lo que tienen que hacer, les falta cualificación o información para desarrollar sus responsabilidades. **Figura 9.3.**

Grupo 2

En este grupo situamos a los profesionales que, aunque conocen su trabajo y están suficientemente cualificados para desarrollar la labor que se les encomienda, no quieren o no tienen ánimo para realizarla, están desmotivados, negativos o apáticos. **Figura 9.4.**

Grupo 3

El grupo 3 está formado por aquellos profesionales que, además de estar predispuestos positivamente de cara a su trabajo, saben cómo realizarlo. En el extremo superior estarían situados los que serían la elite del servicio, los mejores profesionales, los más expertos, que además son eficientes y entregados. **Figura 9.5.**

Grupo 4

En este grupo estarán los profesionales que no están mínimamente preparados para realizar su trabajo y además muestran una actitud baja hacia la labor que desarrollan, es decir, que no les interesa su trabajo. **Figura 9.6.**

Figura 9.3.



Figura 9.4.

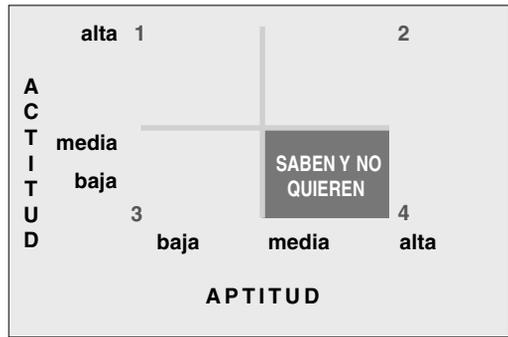


Figura 9.5.

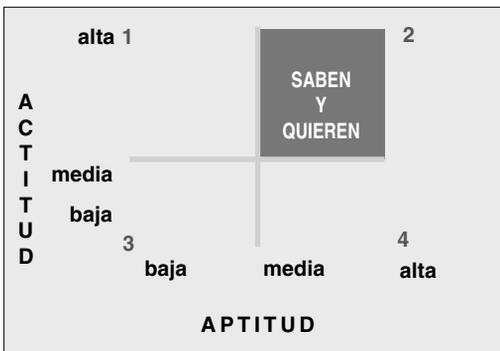
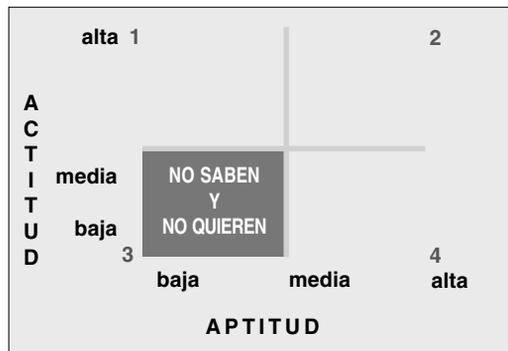


Figura 9.6.



Una vez que el jefe de servicio sabe a qué grupo pertenecen las personas que de él dependen, tiene la posibilidad y la obligación, como responsable de estas personas, y por tanto del buen servicio que se debe dar al paciente, de realizar una serie de acciones sobre cada grupo para conseguir reorientar a los profesionales al grupo 3, que es donde se consigue la excelencia en el trabajo.

Sin olvidar las técnicas o herramientas que en el siguiente apartado desarrollaremos, y que son la base en que se fundamenta cualquier modelo de gestión de personas, hablaremos a continuación de las acciones que mejor encajarían en cada uno de los grupos que hemos establecido anteriormente para ayudarlos a avanzar hacia el grupo 3.

Grupo 1

En este grupo es donde suelen ser mejor recibidas ciertas acciones de recursos humanos, por la predisposición de las personas que lo integran. Las acciones susceptibles de realizar en este grupo son:

Adecuación de puestos: Análisis de los puestos de trabajo y valoración de las personas que los ocupan con el fin de reubicar a las personas en los lugares donde sus aptitudes pueden ser aprovechadas al máximo (véase cómo hacerlo en el Capítulo 10).

Análisis de potencial: Esta acción consiste en evaluar a las personas que integran este grupo para definir su potencial y capacidad de aprendizaje. De esta manera podemos diseñar una formación acorde y provechosa (véase cómo hacerlo en el Capítulo 10).

Formación: La formación de las personas que integran este grupo es una buena inversión, ya que los profesionales están motivados y predispuestos positivamente. Aquí hay que cuidar que la formación sea la adecuada a los puestos y a las personas (véase cómo hacerlo en el Capítulo 10).

Grupo 2

Los profesionales que integran este grupo suelen ser buenos técnicos, incluso expertos en ciertas tareas, pero por distintas circunstancias están desmotivados en su trabajo, no encuentran aliciente o están en un punto en el que no se desarrollan más. Las acciones posibles son:

Reorganización de puestos: Consiste en definir correctamente los trabajos y responsabilidades de cada puesto, de forma que podamos establecer sistemas de rotación o similares que eviten el tedio de algunos trabajos y sirvan de estímulo a ciertos profesionales. En el personal cualificado el cambio de puesto de trabajo suele generar expectativas positivas, por lo que se produce un cambio de actitud. Incluso el hecho de definir las responsabilidades de cada puesto, siempre que el propio profesional participe en esa definición, también puede contribuir muy positivamente a motivar a los profesionales (véase cómo hacerlo en el Capítulo 10).

Evaluación del clima laboral y planes de motivación: Consiste en realizar estudios de clima laboral en determinados grupos dentro del servicio, y planificar acciones encaminadas a modificar aspectos negativos.

Planes de carrera: Es una formación destinada a profesionales con gran potencial y orientada a puestos clave del servicio. Consiste en una formación planificada, junto con la rotación en diversos puestos con el fin de que la persona adquiera el nivel profesional suficiente para desempeñar un cargo de más responsabilidad (véase cómo hacerlo en el Capítulo 10).

Grupo 3

Como indicamos anteriormente, los profesionales que integran este grupo son buenos técnicos, incluso expertos en ciertas materias, y además están motivados para realizar el trabajo y poseen buena predisposición ante las actividades que han de realizar. ¿Qué debemos hacer con ellos? Ante todo, hay que cuidarlos. Aquí cualquier acción de formación u otras puede no ser causa de motivación, sino todo lo

contrario, ya que estas personas están perfectamente cualificadas. Son las personas que tienen más derecho a participar de los beneficios de los diferentes sistemas de incentivos que se creen.

Formación de formadores: Debemos aprovechar a los mejores profesionales para que ayuden a formar a otros; por tanto, debemos instruirlos en técnicas de formación de adultos y en cursos de formación de formadores, pues una cosa es hacer bien un trabajo y otra saber transmitirlo.

Grupo 4

Por muchas razones siempre existe un grupo de personas desmotivado, desilusionado y que además no sabe realizar correctamente su trabajo, bien porque no se actualizaron, bien porque no asimilaron los cambios producidos, o simplemente porque se han frustrado sus expectativas a lo largo del tiempo, lo que les lleva a un punto de difícil retorno.

Conviene resaltar que este grupo de personas representa un peligro para el servicio, no sólo por su bajo grado de productividad, sino porque pueden abortar otros planes en los que participen y pueden contagiar a otros profesionales con poca experiencia.

Las posibles acciones serían cualesquiera de las descritas anteriormente para los otros grupos, pero escogiendo cuidadosamente quién debe participar en ellas a fin de que se produzca un efecto positivo de influjo de los profesionales cualificados y motivados sobre los demás, y no al revés.

Suponiendo que tenemos a todos los profesionales del servicio encuadrados desde el primer momento, una forma de saber si estamos llevando a cabo un buen trabajo como responsables de esas personas consiste en realizar otra clasificación de los profesionales pasado un tiempo y ver los movimientos que se han producido en el gráfico. Si los profesionales van pasando de los grupos 1 y 2 al 3, la evolución es claramente positiva y entonces las acciones realizadas han sido adecuadas (Fig. 9.7).

Si, por el contrario, los profesionales migran al grupo 4, ello significa que corre un grave peligro la consecución de los resultados en el servicio y que hay que reformular las acciones de gestión de personas (Fig. 9.8).

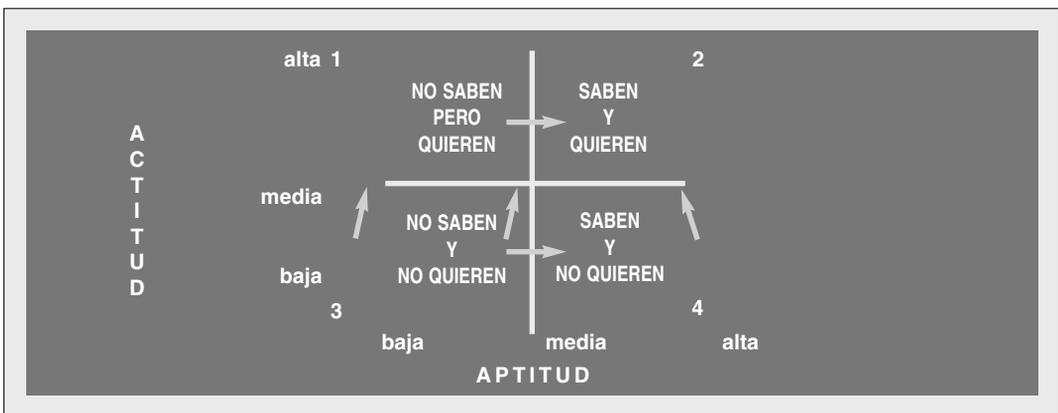


Figura 9.7. Evolución positiva en política de Recursos Humanos.

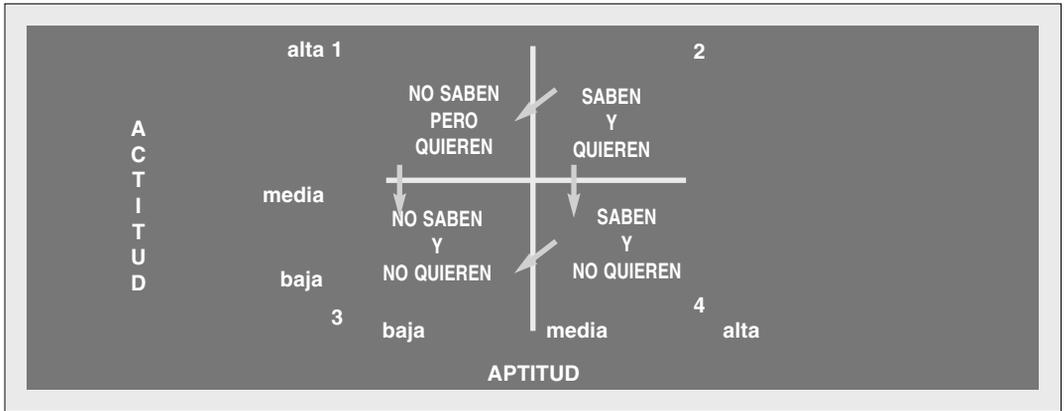


Figura 9.8. Evolución negativa en política de Recursos Humanos.

Técnicas y herramientas para la gestión de personas

Cuando la gestión de personas se lleva a cabo como acabamos de explicar, es claro que todas las actividades que se realizan en este ámbito están íntimamente relacionadas con la estrategia del centro sanitario, del servicio y entre sí. De esta forma, las actividades que caracterizan la gestión de personas se pueden agrupar en tres bloques, según sus objetivos (Fig. 9.9):

1. La **estrategia organizativa** es el punto de partida y el marco dentro del cual se llevan a cabo todas las actividades del área de gestión de personas.
2. Los **puestos de trabajo**, que estarán definidos por los objetivos, funciones, tareas y responsabilidades particulares asignadas a cada uno de ellos.
3. Las **personas** que forman parte de la organización, cada una de ellas con sus competencias, intereses y motivaciones particulares, que será preciso utilizar, desarrollar y activar adecuadamente.

Estrategia organizativa

Estrategia para la gestión de personas

La estrategia para la gestión de personas es el plan maestro o el enfoque global que adopta una organización para garantizar la utilización eficaz de sus personas con el fin de cumplir sus objetivos. Una organización que tenga poco definida su estrategia respecto a las personas, o cuya estrategia organizativa no incorpore explícitamente la gestión de personas, probablemente perderá terreno en favor de sus competidores. Igualmente puede ocurrir que una organización que tenga una estrategia de gestión de personas bien articulada fracase debido a que sus diferentes tácticas y políticas de gestión de personas no colaboran en la aplicación eficaz de esa estrategia.

Todo esto pone de manifiesto la importancia de alinear y ajustar las estrategias y los programas (tácticas) de gestión de personas con las oportunidades del entorno, las estrategias organizativas y las características peculiares de la organización, incluidas sus capacidades competitivas diferenciales. Así, nos encontramos con que los pasos



Figura 9.9. Estrategia organizativa. Estrategia y planificación de personas.

necesarios para definir el marco dentro del cual se van a gestionar las personas de la organización son los siguientes:

- a) Una vez definidos los objetivos estratégicos de la organización (en nuestro caso, el centro sanitario), se elaboran los planes que se prevé permitirán alcanzarlos; esto es, se elabora la planificación estratégica del centro.
- b) Estos planes estratégicos se transformarán en los objetivos de las distintas unidades de la organización (en nuestro caso, servicios o unidades del centro sanitario).
- c) La dirección de cada servicio o unidad, por su parte, elaborará la planificación estratégica para la gestión de sus personas; es decir, se definirán los programas y los planes que se prevé permitirán alcanzar los objetivos fijados en los plazos establecidos.
- d) La planificación estratégica, para la gestión de las personas de cada servicio, será la base en que se apoyará la definición de las políticas de selección, formación y desarrollo de carreras, compensación, evaluación, salud laboral, etcétera.
- e) Cada servicio o unidad elaborará, a su vez, los planes que se prevé le permitirán alcanzar sus objetivos.
- f) Se llevan a la práctica las acciones definidas en los planes elaborados.
- g) Se evalúan los resultados de los procesos y las acciones llevadas a cabo, para comprobar hasta qué punto se corresponden con los esperados y, en caso necesario, adoptar las oportunas medidas correctoras.

Planificación estratégica para la gestión de personas

El proceso de formular estrategias de gestión de personas y el establecimiento de programas o tácticas para su aplicación se denomina planificación estratégica para la ges-

tión de personas (véase cómo hacerlo en el el Capítulo 10). Cuando se realiza correctamente, esta planificación aporta las siguientes ventajas a la organización:

- Estimula la proactividad, o sea, ayuda a mirar hacia delante y a desarrollar la proyección del lugar en el que el centro sanitario y el servicio quiere estar, y a determinar cómo utilizar a las personas para llegar ahí.
- Contribuye a que un centro o un servicio desarrolle una serie de objetivos estratégicos dirigidos a sacar partido de su saber hacer.
- Contribuye a que un centro o un servicio reexamine sus supuestos con un punto de vista crítico, y a que determine si los programas que se derivan de ellos deben modificarse o eliminarse.
- Ayuda a que se perciba la diferencia entre «dónde estamos ahora» y «dónde queremos estar».
- Fomenta la participación de los profesionales del centro sanitario.
- Sirve para identificar las limitaciones y oportunidades relativas a las personas que aplicarán la estrategia.
- Contribuye a que se cree una escala de valores y unas expectativas compartidas.

Por otra parte, la planificación estratégica para la gestión de personas tropieza con una serie de barreras que es preciso conocer para poder minimizarlas y para llevarla a cabo con éxito:

- Excesiva complejidad del esfuerzo inicial.
- No integración en los planes de la organización (centro sanitario).
- No participación de los directores.
- Carencia de apoyo de la alta dirección.
- Carencia de una identidad definida.

Planificación de personas y planificación de la organización

La planificación de personas es el proceso seguido en una organización para asegurarse de que tiene el número apropiado y el tipo adecuado de personas para obtener un determinado nivel ya sea de bienes o de servicios en el futuro. Las organizaciones que no realizan una planificación de personas adecuada puede que no sean capaces de responder a sus necesidades futuras de personas (escasez) o que tengan que recurrir a despidos (exceso de profesionales). En un caso u otro, el fracaso de la planificación puede acarrear costes económicos, de servicio o de imagen significativos.

Ahora bien, ¿de quién es el éxito de la planificación de las personas? ¿Del área de gestión de personas? ¿De la alta dirección del centro sanitario? ¿Del responsable del servicio? Si para que un plan de gestión de personas tenga éxito ha de estar basado en los planes operativos a largo plazo del centro, parece sensato afirmar que en la elaboración de estos planes se requiere la participación y la intervención de las tres partes implicadas: alta dirección, responsables de los servicios y departamento de gestión de personas (véase cómo hacerlo en el Capítulo 10).

Las etapas del proceso de planificación de personas son las siguientes:

- a) Previsión de la demanda de mano de obra**, es decir, cuántos profesionales necesitará en el futuro el servicio/unidad y, por ello, el centro sanitario. Esta previsión estará relacionada tanto con la demanda de servicios de cada unidad como con el nivel de productividad que tengan los empleados.
- b) Previsión de la oferta de mano de obra**, o sea, la disponibilidad de profesionales con las capacidades requeridas para satisfacer la demanda de trabajadores de la

organización. La oferta de mano de obra puede provenir de los empleados con que cuenta ya en el servicio o el centro, o del mercado laboral externo.

- c) Una vez *estimada la oferta y la demanda***, un servicio o centro sanitario se puede encontrar con cualquiera de las siguientes situaciones:
- Que la demanda de mano de obra supere a la oferta. El centro o servicio tiene menos personas de las que necesita. En este caso el director tiene varias opciones para incrementar la mano de obra disponible: formar o reciclar a sus profesionales actuales; planificar la sucesión de puestos internamente; recurrir a ascensos internos, o al reclutamiento externo de nuevos profesionales, subcontratación, horas extras, contratación a tiempo parcial, etcétera. La opción más apropiada dependerá de sus costes relativos y de la duración prevista de la carencia de mano de obra.
 - Que la oferta de mano de obra supere a la demanda. El centro o servicio tiene más personas de las que necesita. En este caso las medidas para atajar esta situación consisten en recortes salariales, reducción de jornadas laborales, reparto de trabajo, jubilaciones anticipadas, incentivos de despido...
 - Que la demanda de mano de obra se ajuste a la oferta. El centro o servicio puede sustituir a los profesionales de baja por personas del propio servicio o centro o bien por profesionales externos, o quizá transferir o reasignar profesionales internamente.

Puestos de trabajo

Tradicionalmente se ha utilizado el concepto de puesto de trabajo para referirse al conjunto de funciones, tareas y responsabilidades que debe asumir una persona dentro de la organización. El puesto de trabajo es un elemento dinámico, lo que debe reflejarse en la consecución de resultados concretos. Dichos resultados son la razón de ser del puesto dentro de la organización.

En una organización en general puede haber puestos con características muy diferentes en función de distintos criterios de clasificación:

- En función de la formación requerida, puestos orientados a procedimientos prácticos y a especialidades técnicas o científicas.
- En función de su grado de acceso a los recursos, puestos que manejan directamente los recursos (ejecutores) o puestos dedicados a la coordinación o gestión de los recursos de otros puestos (gestores).
- En función de sus resultados, puestos que obtienen resultados simples, con un impacto organizativo pequeño, y los que alcanzan resultados de naturaleza compleja, por lo general cuantitativamente importantes para la organización.
- En función de la estructura organizativa.

Análisis y descripción del puesto de trabajo

El objetivo básico del análisis y descripción del puesto de trabajo es el conocimiento real, actualizado, de la estructura del servicio, de sus cometidos y actividades, de las responsabilidades de los diferentes puestos, de los niveles de exigencia requeridos en cuanto a conocimientos, experiencia, habilidades, etcétera. El análisis y la descripción de puestos permitirán conocer el contenido de los existentes en el servicio, es decir, qué se hace en ellos, por qué se hace, cómo se hace, etcétera.

El análisis y descripción de puestos de trabajo es una técnica de gestión de personas que, de forma sistemática, estructurada y clara, recoge la información básica de un

puesto de trabajo en una organización determinada (véase cómo hacerlo en el Capítulo 10):

- a) **Análisis:** es la recopilación de información, de carácter general, sobre el puesto.
- b) **Descripción:** es la determinación de la información esencial del puesto de trabajo, necesaria para desarrollar la política de recursos humanos.

Todo proceso de análisis y descripción de puestos debe ser siempre:

1. **Selectivo:** se debe recopilar sólo la información relevante sobre el puesto analizado. No es necesario recoger todo lo relacionado con el puesto objeto de estudio, pues muchos datos resultarían superfluos y no supondrían una mejor comprensión del puesto.
2. **Estructurado:** la información final sobre los puestos debe seguir un patrón uniforme y adaptado a un esquema prefijado.
3. **Claro:** la información debe presentarse de forma clara y concisa, y han de incluirse detalles que faciliten la comprensión del proceso y que sitúen los cometidos del puesto de manera precisa y realista, sin olvidar sus responsabilidades, sus cometidos y sus finalidades dentro de la unidad.
4. **Objetivo:** es necesario discriminar entre los aspectos relacionados con el puesto de trabajo y aquéllos relativos a su titular. Hay que ceñirse a los primeros.
5. **Realizado en un entorno determinado:** es necesario tener en cuenta el contexto organizativo y empresarial, pues de otra forma se desvirtuaría el sentido de este proceso.

El análisis y la descripción de puestos, como herramienta flexible de gestión de personas, debe adaptarse a las necesidades de recopilación de información en cada momento. Por tanto, antes de elegir la técnica que se va a utilizar, es necesario tener en cuenta algunas cuestiones importantes:

- **Cuál será la aplicación inmediata de esta recogida de información:** no es lo mismo buscar información para aplicarla al desempeño de las personas, que para aplicarla a la detección de necesidades de formación.
- **El tiempo real disponible:** cuanto menor sea el tiempo disponible, mayor será el esfuerzo de selección de información.
- **Si la información debe ser recogida por medio de un proceso interno o si se considera mejor que este proceso lo realice un agente externo a la organización.**

Según estas precisiones, las técnicas de análisis y descripción de puestos de trabajo son las siguientes:

- a) **Entrevista personal.** Recopilación de información mediante una entrevista entre el titular del puesto y un experto en este proceso, que puede pertenecer a la organización o ser un colaborador externo. Su duración media oscilará entre dos y tres horas.
 - **Ventajas:** obtención de información muy rica sobre el puesto de trabajo, que en muchos casos supera la estrictamente necesaria.
 - **Inconvenientes:** el entrevistador ha de tener mucha experiencia para evitar las interferencias entre la información relativa al puesto y la del ocupante. Es una técnica que implica muchas horas de trabajo.
 La entrevista personal se considera adecuada para la descripción de puestos singulares (aquellos cuyo titular es único en el servicio) y para los de los niveles

jerárquicos medios y altos (director de servicio, jefes y técnicos de alta cualificación).

b) Entrevista con el superior. Recopilación de información mediante una entrevista individual entre el superior de un determinado conjunto de puestos y un experto en este proceso. En esta entrevista, además, se obtiene la información correspondiente al superior. La duración de la entrevista dependerá del número de puestos por analizar, pero se puede establecer como duración media de una a dos horas por puesto de trabajo.

- Ventajas: se obtiene información amplia sobre los diferentes puestos, a la vez que una visión global de un área de la organización con sus interrelaciones.
- Inconvenientes: se necesita un entrevistador con mucha experiencia para mantener la objetividad y evitar interferencias entre la información relativa a los puestos y la de sus ocupantes. Implica muchas horas de trabajo.

c) Cuestionarios de descripción. Se elabora un cuestionario autoexplicativo que recoja las necesidades de información sobre el puesto. Se envía a los diferentes titulares de los puestos para que lo estudien y lo cumplimenten.

- Ventajas: bajo coste del proceso y reducción de tiempos en la obtención de la información.
- Inconvenientes: requiere un análisis minucioso de la información y en ocasiones su interpretación, ya que la información recogida no puede ser contrastada después.

Para garantizar su éxito, el proceso de análisis y descripción de puestos de trabajo debe seguir unas etapas. Los puntos clave del proceso son (Fig. 9.10):

1. Ámbito de aplicación del proceso. Esta etapa delimita y clarifica el alcance, y debe reunir aspectos de carácter cuantitativo y cualitativo: qué aplicación tendrá la

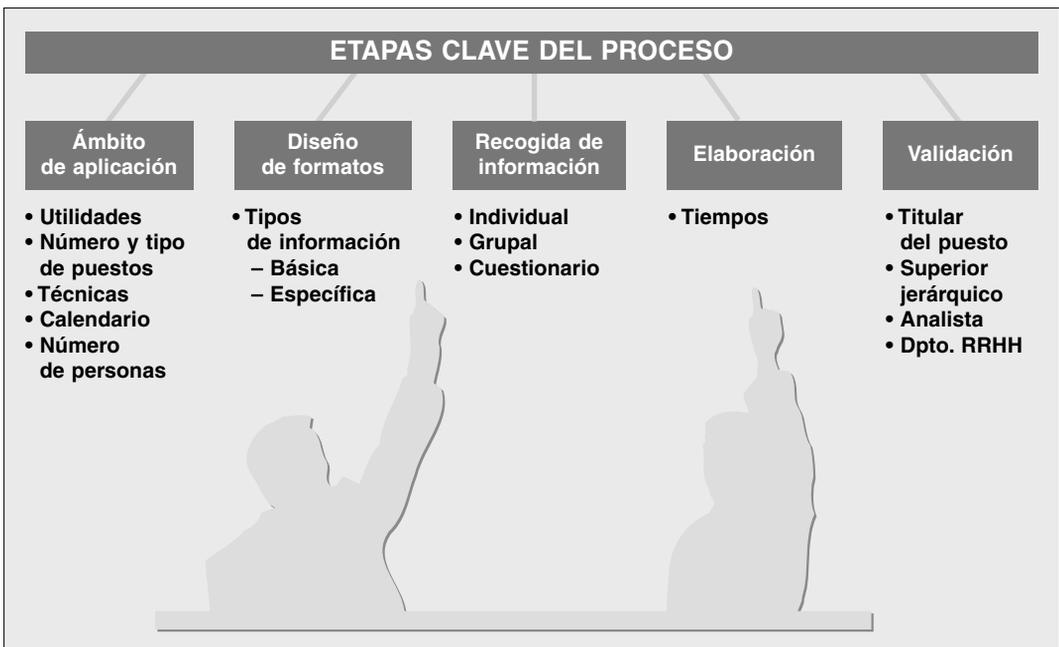


Figura 9.10. Etapas del proceso de descripción del puesto de trabajo.

descripción de puestos de trabajo (selección, organización, evaluación, formación, adecuación persona-puesto, planes de carrera...), cuántos puestos se van a analizar y describir, qué tipo de puestos (dirección, mandos, técnicos...), qué técnicas de descripción se van a emplear, cuál va a ser el calendario del proceso, cuántas personas van a intervenir y en qué.

2. **Diseño de los formatos de recogida de información.** Estos formatos deben contener toda la información precisa, en función de las tareas a las que se vaya a aplicar el análisis y la descripción de los puestos. La información será de dos tipos:
 - a) Información básica o fundamental: la que, independientemente de la aplicación del proceso, resulta necesaria para la comprensión del puesto (identificación, organigrama, responsabilidades, perfil y síntesis del puesto).
 - b) Información específica: la que resulta necesaria para un proyecto concreto de desarrollo de personas y que requiere una información determinada y especial (recursos a cargo del puesto, condiciones de trabajo, relaciones del puesto, competencias).
3. **Recogida de información,** siguiendo uno de los sistemas presentados anteriormente.
4. **Elaboración de la documentación** de los puestos, validación y aprobación de la documentación. Una vez cumplimentada la documentación, es preciso que sea validada por diferentes personas de la organización para que la dirección de recursos humanos tenga la certeza de que maneja información correcta y fiable sobre los puestos de trabajo. En función de la técnica empleada, variará el número de personas que intervendrán.

De acuerdo con todo lo expuesto, y como ya se indicó en el apartado anterior, el análisis y descripción de puestos de trabajo es necesario en cualquier proyecto de desarrollo de personas que vaya a abordar una organización. Sus principales aplicaciones son:

- **Selección de personal:** facilita la documentación y el perfil profesional necesario para ocupar un determinado puesto de trabajo.
- **Organización:** recoge los diferentes niveles organizativos y sus distintas funciones, que pueden servir para realizar un proceso de análisis de coincidencias o trabas organizativas, de vacíos funcionales, de mejora de procesos organizativos, etcétera. También servirá para el diseño de nuevos puestos de trabajo de acuerdo con las necesidades de la organización.
- **Evaluación del desempeño** de la persona que ocupa el puesto, pues se conocen y pueden determinarse los diferentes objetivos y los resultados asignados.
- **Detección de necesidades de formación:** conocimiento de las exigencias que requiere el puesto para su adecuado desempeño.
- **Procesos de análisis de adecuación persona-puesto:** se dispone de toda la información relativa al puesto de trabajo, además de los estándares de perfil profesional que debería cumplir el titular del puesto.
- **Establecimiento de los mapas y planes de carrera** de la organización: se puede determinar la diferencia de requisitos para una determinada trayectoria profesional concreta.

Perfil de competencias del puesto

A partir de los resultados obtenidos con el análisis de puestos, será posible elaborar el perfil de competencias de éstos, o sea, definir las competencias que deberán reunir las personas que los ocupen para poder responder adecuadamente a las actividades y responsabilidades incluidas en ellos.

Estos perfiles serían el punto de partida de:

- a) Procesos de reclutamiento y selección**, pues a partir de ellos se podrán identificar las fuentes más adecuadas de reclutamiento y elegir las técnicas de selección más fiables.
- b) Programas de formación**, pues los perfiles de competencias de los puestos definirán las exigencias de formación éstos.
- c) Planes de carrera y sucesiones**, lógicos y eficaces, ya que se diseñarán rutas profesionales que correspondan a los perfiles de competencias de los puestos.

Las competencias se refieren a los comportamientos adoptados cuando se ponen en práctica los conocimientos, aptitudes y rasgos de personalidad. Por ejemplo, podemos saber que una persona es «flexible»; sin embargo, interesa saber si su creatividad es la que necesita la organización por su cultura, estrategia y puestos de trabajo. Esto nos lo demostrarán sus comportamientos, y aquí es donde el enfoque de competencias puede proporcionar importantes aportaciones (véase cómo hacerlo en el Capítulo 10).

No hay un acuerdo unánime sobre el significado del concepto *competencia*. A nuestro juicio la definición que más se ajusta a la forma en que hoy se está utilizando dicho concepto es la siguiente: «Cualquier característica individual que se pueda medir de modo fiable y cuya relación con la actuación en el puesto de trabajo sea demostrable». Así, se puede hablar de tres tipos de competencias (estratégicas, específicas y técnicas), según se indica y en el Capítulo 10.

Ahora bien, para que una persona pueda llevar a cabo los comportamientos incluidos en las competencias que conforman el perfil de exigencias del puesto, es necesario que en ella estén presentes una serie de factores (Fig. 9.11):

- a)* El conjunto de conocimientos que permitirán a la persona realizar los comportamientos incluidos en la competencia: saber.

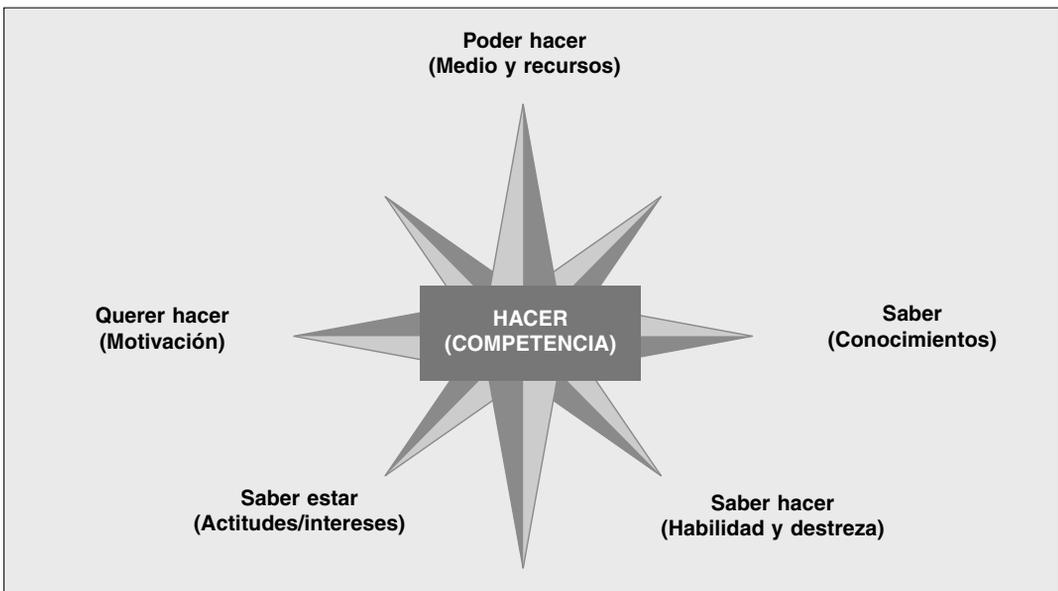


Figura 9.11. Factores competenciales.

- b) Que la persona sea capaz de aplicar los conocimientos que posee a la solución de los problemas que le plantea su trabajo: saber hacer.
- c) Que los comportamientos se ajusten a las normas y reglas de la organización, en general, y del equipo de trabajo en particular: saber estar.
- d) Que la persona quiera llevar a cabo los comportamientos que componen la competencia: querer hacer.
- e) Que la persona disponga de los medios y recursos necesarios para llevar a cabo los comportamientos incluidos en la competencia: poder hacer.

Las ventajas de utilizar el enfoque de competencias para gestionar personas en un servicio de un centro sanitario son las que enumeramos a continuación:

- a) Facilita el uso de un lenguaje común en el servicio.
- b) Focaliza los esfuerzos de todas las personas del servicio hacia los resultados.
- c) Se utiliza como predictor del comportamiento futuro de la persona, dentro del Servicio, el mejor que se puede utilizar: su comportamiento pasado.
- d) Facilita la comparación entre el perfil de exigencias del puesto y el perfil de competencias de la persona.

Reclutamiento y selección de personas

El éxito de una organización depende, en gran medida, del acierto en la elección de las personas adecuadas para el correcto desarrollo de las tareas y deberes que se deben cubrir, o sea, de saber encontrar siempre a quien asegure el mejor funcionamiento posible de la organización.

El reclutamiento y la selección de personas, por tanto, tiene como objetivo principal encontrar al candidato más adecuado para un puesto de trabajo determinado, teniendo en cuenta tanto las necesidades de la organización como las del trabajador.

En el ámbito de la sanidad, especialmente en el entorno público, es preciso reflexionar acerca del desarrollo tan cerrado de los procesos selectivos actuales, que a veces tienen poca conexión con los problemas a los que después han de enfrentarse los candidatos en su vida profesional. En este sentido se deberán tener en cuenta en la selección, además de los conocimientos específicos necesarios, las actitudes personales y las cualidades del candidato (en conjunto, lo que antes hemos denominado *competencias*), tal y como recoge el Estatuto Marco, a fin de contar con las personas más adecuadas para los servicios que deben prestar. Sería un buen punto de partida para mejorar la selección de personal sanitario que se revalorizara el papel de los períodos de prácticas, de manera que contribuyeran a la detección de las habilidades sociales y de relación, a la detección de las aptitudes laborales, a la preparación más específica para las actividades inmediatas que se van a desempeñar y a favorecer el ingreso y la transmisión de los valores de servicio público.

Ahora bien, antes de comenzar un proceso de este tipo es conveniente plantearse las siguientes preguntas:

- ¿Es absolutamente imprescindible la creación o cobertura del puesto solicitado?
- ¿Tendrá una ocupación permanente o temporal?
- ¿Existe saturación al 100 % en el servicio o unidad, o puedo cubrir la tarea de este puesto repartiéndola entre otras personas del servicio?
- ¿Hay personas inactivas en otros servicios o unidades que puedan ser trasladadas?
- ¿Puede cubrirse el puesto mediante promoción interna?

Los procesos de reclutamiento y selección de personas deberán partir del análisis minucioso de las necesidades del servicio, teniendo en cuenta los plazos en que las plazas vacantes deben quedar cubiertas para optimizar todo el proceso.

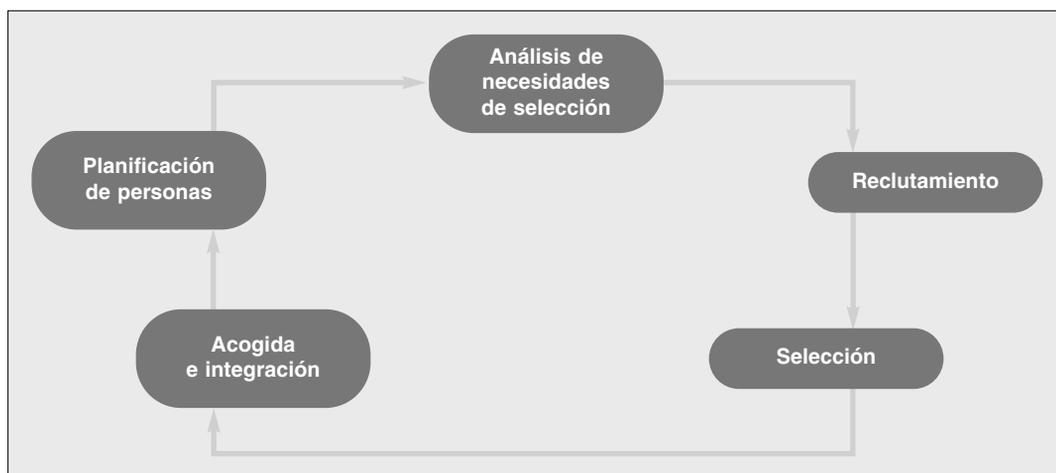


Figura 9.12. Fases del proceso de reclutamiento y selección.

El proceso de reclutamiento y selección está formado por una serie de fases que comienzan con el análisis de las necesidades de selección y concluyen con la incorporación del candidato elegido al puesto de trabajo (Fig. 9.12).

Fase previa

1. Elaboración del perfil de exigencias del puesto de trabajo.

Cualquier acción de reclutamiento y selección comienza con el conocimiento del contenido y condiciones del puesto de trabajo que es preciso cubrir. Estos datos se recogen por medio de las técnicas de análisis de puestos y son plasmadas en la descripción de puestos (tal como se ha visto anteriormente y como se expone en el punto 2 de la segunda parte). Del análisis de estos datos se extraen las exigencias formativas, de experiencia, de competencias, etcétera, que un puesto tiene, y partiendo de él podremos elaborar el perfil de exigencias del puesto.

2. Reclutamiento.

El reclutamiento es un proceso por medio del cual la organización atrae candidatos suficientes, potencialmente cualificados y capaces de ocupar un puesto en la misma. El reclutamiento precede a la selección y la condiciona, pues predetermina la cantidad y calidad de candidatos disponibles.

El proceso parte de la información sobre las necesidades, presentes y futuras, de la organización, y sigue con la investigación e intervención en las fuentes capaces de proporcionar el número suficiente de candidatos. Estas fuentes de reclutamiento son diversas:

- **Reclutamiento interno:** La búsqueda de personas de la propia organización es una forma eficaz de reclutamiento. Este método se utiliza cuando se necesita cubrir un puesto y la organización trata de ocuparlo con trabajadores de la misma mediante:
 - Promoción interna.
 - Traslado horizontal.
 - Reconversión.

El uso de fuentes internas favorece las políticas de gestión de personas, pues refuerza los vínculos con la organización y motiva a los trabajadores.

- **Reclutamiento externo:** Se refiere a la búsqueda, fuera de la organización, de candidatos para ocupar un puesto de trabajo. Su objetivo es captar personas interesadas en incorporarse a la organización y que reúnan el nivel de cualificación exigido por el trabajo.

Fase central

3. Preselección de candidatos.

Se trata de un proceso negativo en la selección de personas, pues su objetivo es filtrar la población reclutada, eliminando las candidaturas poco interesantes o las que no se ajustan a los requerimientos del puesto. Esta fase se realiza basándose en la documentación aportada, sin la presencia de los candidatos, a los que se suele clasificar en tres grupos: aptos, dudosos y rechazados.

4. Selección de personas.

Es el proceso sistemático a través del cual se elige, de entre los candidatos reclutados, el más adecuado para ocupar el puesto vacante.

Las fases de un proceso de selección son las siguientes:

- **Entrevista preliminar.** En ella, además de recogerse toda la información necesaria para poder determinar el grado de cualificación del candidato para ocupar el puesto de trabajo, se facilitan a éste datos sobre la organización y el puesto de trabajo que se ofrece.
Esta entrevista puede hacerse cara a cara o por teléfono, y el objetivo que se persigue es comprobar que:
 - El candidato cumple los requisitos básicos del puesto.
 - Muestra una actitud positiva hacia el puesto y la organización.
 - Tiene disponibilidad para incorporarse a la organización en caso de que fuera seleccionado.
- **Las pruebas.** El tipo de pruebas que deberán realizar los candidatos está mediado por las exigencias del puesto y de la organización. Los distintos tipos de pruebas se pueden agrupar en:
 - Psicológicas: pruebas diseñadas para evaluar características o rasgos psicológicos de los individuos.
 - Conocimientos: su objetivo es apreciar el nivel de conocimientos de los candidatos sobre un tema o área específica. Actualmente no son habituales en los procesos de selección, excepto en las oposiciones convocadas por la Administración Pública.
 - Profesionales: su objetivo es determinar si el candidato posee las competencias técnicas necesarias para poder desempeñar las funciones o tareas exigidas por el trabajo.
 - Situacionales: determinan si el candidato posee las competencias exigidas por el puesto y en qué grado las posee.
- **Entrevista en profundidad.** En esta entrevista se cuenta con la información de las pruebas anteriores, lo que permite al entrevistador orientarla hacia los puntos dudosos y conflictivos que hayan podido detectarse en las pruebas realizadas.
- **Entrevista con el superior inmediato.** El objetivo de esta entrevista es cerciorarse de que el futuro ocupante del puesto podrá adaptarse a su nuevo equipo y a la cultura y valores específicos de la organización y del servicio donde trabajará.

- Toma de decisión. El candidato es elegido conjuntamente por los responsables del proceso de selección y por el inmediato superior una vez que han interpretado los datos de que disponen, relativos a:
 - La persona.
 - El puesto.
 - La organización.

En esta reunión se analiza el grado de convergencia de estos tres factores a través de la complementariedad de las necesidades y ofrecimientos, a fin de conseguir la mayor satisfacción tanto de la organización como del individuo.

Fase final

5. Acogida e integración.

Es el conjunto de procedimientos programados para facilitar al recién incorporado todas las informaciones necesarias para conocer mejor la organización en la que acaba de ingresar y el contexto en el que va a desempeñar su puesto de trabajo.

Programas y planes de formación

En un entorno tan competitivo como el actual, donde la continua adaptación al medio laboral exige constantes cambios para lograr el desarrollo y el crecimiento de las organizaciones, la formación se ha convertido en uno de los principales factores estratégicos de que disponen tanto la organización como los empleados.

La formación, por tanto, tiene utilidad en tanto en cuanto ayude a:

- Adquirir las competencias de las que los empleados carecen.
- Desarrollar las competencias que actualmente tienen.
- Activar o motivar a los empleados en el desempeño de su labor.
- Inhibir las competencias que, habiendo sido útiles anteriormente, hoy ya no lo son debido a cambios en los objetivos, cultura o valores de la organización.

Para satisfacer las exigencias anteriores, la formación debe ser un proceso sistemático y continuo que permita desarrollar o modificar los comportamientos y competencias de los formandos.

Por proceso sistemático se entiende que la formación no debe ser un conjunto de acciones aisladas, sino un proceso dividido en fases, que comienza con la definición de las exigencias y necesidades de formación existentes en el servicio y que prosigue con la delimitación de los objetivos a corto, medio y largo plazos que se pretende conseguir, el diseño de las acciones formativas que es preciso llevar a cabo, la puesta en práctica de dichas acciones formativas, la evaluación de la formación, etcétera.

Por proceso continuo se entiende que la formación debe estar integrada dentro de la estrategia de la organización y del servicio y que comprende la definición de objetivos, la planificación, la implantación y la evaluación.

Un plan de formación es un conjunto coherente y ordenado de acciones formativas, concretado en un período determinado y encaminado a proporcionar y perfeccionar las competencias necesarias para conseguir los objetivos estratégicos predeterminados.

El plan de formación debe ser dinámico y flexible, debe permitir la inclusión de las acciones formativas precisas en cada momento aunque no estén previamente planificadas, y ha de ser realista, ajustándose a las exigencias y necesidades de los grupos o personas afectadas.

Todo plan de formación es un medio, y no un fin en sí mismo, por lo que debe perseguir unos objetivos claramente definidos antes de que se inicien las acciones pro-

piamente formativas, objetivos que se desprenden de un diagnóstico serio de las necesidades profesionales del grupo afectado. Además, para que el plan sea plenamente eficaz deberá estar coordinado con el resto de las políticas y de procesos de gestión de personas (plan de carreras, selección, evaluación...) que la organización tenga implantados (véase cómo hacerlo en el Capítulo 10).

El desarrollo de un plan de formación constituye un proceso dividido en unas fases aplicables tanto en las organizaciones que ya hayan llevado a cabo planes de esta clase en el pasado, como en las que únicamente hayan emprendido acciones formativas concretas y aisladas.

Las fases (Fig. 9.13) para la implantación de un plan de formación son las siguientes:

1. *Análisis del plan estratégico y de la política de recursos humanos.*

De estos análisis se deducen las necesidades estructurales de formación, las cuales se añadirán a las resultantes de la fase de diagnóstico, que son generales e indican el camino que se debe seguir en la búsqueda de carencias. Se centran en el análisis del entorno, del propio plan estratégico de la organización y del servicio, de la situación actual de éstos y de la política de gestión de personas propiamente dicha.

2. *Análisis y evaluación de la formación desarrollada.*

Al igual que en la etapa anterior, se detectan unas necesidades generales y se determinan las pautas que hay que seguir en el enfoque del nuevo plan. Este análisis se centra en el estudio de los planes de formación precedentes, de otras acciones formativas internas o externas, de la estructura del departamento de formación y en la percepción que tiene la organización de la gestión del área de formación.

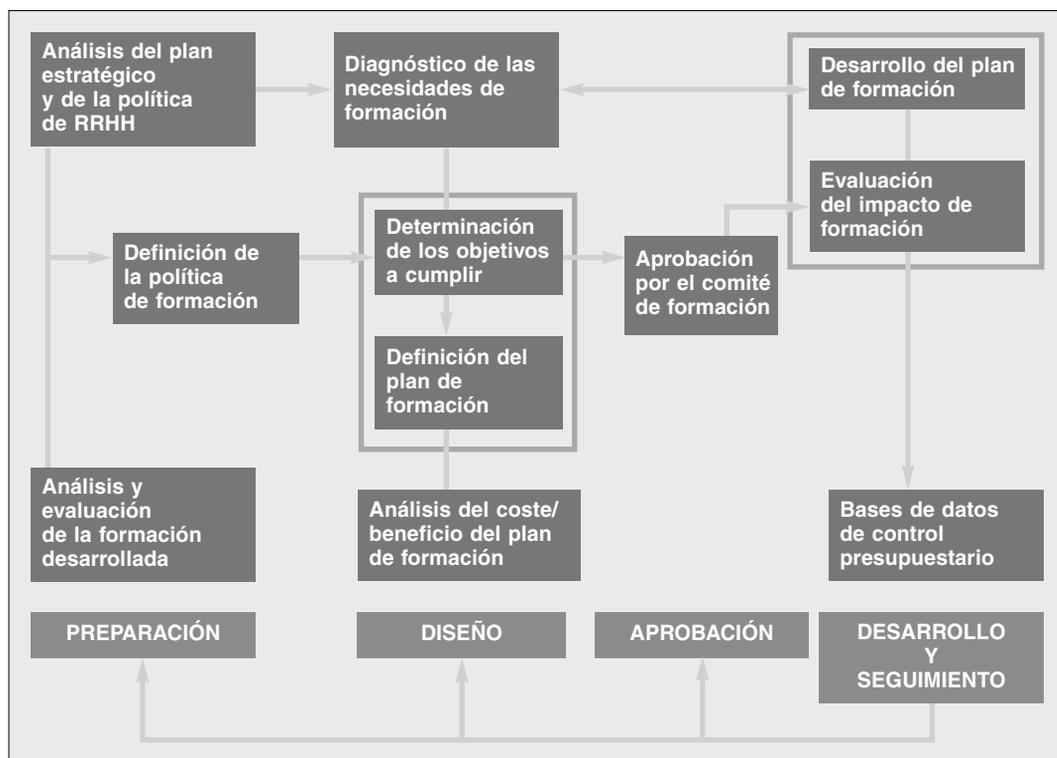


Figura 9.13. Fases de implantación de un plan de formación.

3. Definición de la política del plan de formación.

Se lleva a cabo con la información recogida en las dos fases anteriores y necesita apoyarse en diferentes pautas, tales como definir un lema o principio general de acción, definir unos ejes de actuación que delimiten la puesta en práctica del lema, definir la normativa interna que hay que seguir en la gestión de la formación y definir los componentes del comité de formación.

4. Diagnóstico de las necesidades de formación.

En este punto es necesario determinar el enfoque del diagnóstico e identificar las trabas que impiden un mejor desempeño del trabajo diario.

5. Determinación de los objetivos operativos.

Con la información de la fase anterior se pueden fijar, definir y determinar los objetivos operativos mediante la traducción de los problemas en necesidades formativas, la priorización de las necesidades detectadas, y la determinación de la acción formativa más adecuada para cada necesidad detectada y para cada objetivo.

6. Definición del plan de formación.

Con la información obtenida hasta ahora se diseña lo que en sentido restrictivo y concreto se conoce como plan de formación, entendido como un documento elaborado todos los años por el departamento de recursos humanos o formación, en el cual debe aparecer información sobre el enfoque del plan, quién compone el comité de formación, qué trámite hay que seguir para inscribirse, y los programas y acciones formativas del plan.

7. Análisis de la relación coste/beneficio del plan de formación.

No todos los resultados son fáciles de medir ni de traducir en euros, pero hay que tratar de hacerlo siempre que sea posible. Sólo así se justifica la verdadera inversión o gasto en formación, midiendo el cumplimiento de objetivos y comparándolo con el ahorro que supone, o el incremento de productividad, respecto al gasto. Es necesario, por tanto, realizar un diseño del presupuesto económico y un cálculo del impacto del plan de formación.

8. Aprobación del plan por parte del comité de formación.

Para lograr este objetivo es necesario preparar la presentación del plan de formación al comité, que debe aprobarlo, para a continuación comenzar con la tramitación de ayudas y subvenciones.

9. Diseño de acciones formativas y desarrollo del plan.

Una vez aprobado el plan, llega el momento de implantarlo, lo que significa diseñar las acciones formativas, comenzar a impartirlas y registrar la información que se obtenga de ellas.

10. Seguimiento y evaluación del plan de formación.

El desarrollo del plan no termina con las acciones formativas: hay que conocer los resultados que produce mediante el seguimiento de cada acción, y las evaluaciones del plan de formación, que termina con la redacción de un informe o memoria del plan que permita comunicar a toda la organización los resultados (véase cómo hacerlo en el Capítulo 10).

La formación de los profesionales de la sanidad debe combinar, al menos, cuatro fuentes diferentes:

- Las mejores prácticas de las unidades o servicios considerados excelentes, con el fin de que el propio trabajo se convierta en origen de formación viva y enriquecedora y sea, al mismo tiempo, un estímulo para las personas y unidades que sirven de referencia.

- Las necesidades formativas operativas de los profesionales y de los servicios para los desempeños específicos y las nuevas actividades que se les encomienden.
- La visión proactiva de la sanidad, que se anticipa y utiliza la formación para mejorar y enriquecer el conocimiento existente en su seno.
- Los progresos verificados en la gestión de empresas e instituciones, con objeto de propiciar un diálogo fértil entre las instituciones sanitarias y la sociedad.

Planes de carrera y sucesión

Es el proceso de gestión de personas que establece la relación entre los diferentes puestos y las vías de acceso de unos a otros, facilitando a la organización y a las personas el conocimiento de las posibles vías de desarrollo profesional de los individuos en ella.

En el caso de las instituciones sanitarias, como recoge el Estatuto Marco, se entienden por carrera profesional el derecho a progresar, de forma individualizada, a niveles superiores, previamente definidos dentro de cada grupo de clasificación, clase o categoría funcional, como reconocimiento al desarrollo del profesional en cuanto a conocimientos, experiencia, responsabilidad y mejor adecuación de la actitud, capacidad y cualidades personales a los objetivos del servicio de salud al que pertenezca.

Los objetivos principales de los planes de carrera y sucesión son:

- Favorecer la permanencia del personal clave:
 - Plan de carrera como «contrapeso» en la decisión de abandono de la organización.
- Posibilitar el desarrollo y la realización personal:
 - El profesional puede asegurar su puesto de trabajo a medio y largo plazos.
 - Preparación de personas para cambios de puesto.
 - Invertir, y no gastar, en una formación que garantice el presente y el futuro.

Según estos objetivos, si no existe un plan definido de desarrollo profesional (materializado en los planes de carrera y sucesión) que defina cuál es la evolución adecuada de las capacidades de sus profesionales, puede ocurrir que:

- El profesional no conozca cuáles son las competencias que necesita desarrollar o potenciar para asegurarse su desarrollo a medio y largo plazos.
- Los puestos sean cubiertos por personas que no poseen todas las capacidades necesarias para desempeñarlos.
- El servicio haga un gasto, y no una inversión, consiguiendo que sus profesionales sean más hábiles en la realización de las actividades diarias; con ello se asegura sólo la supervivencia a corto plazo, pero no elimina los problemas futuros.

La metodología para elaborar un plan de carrera o de sucesión consta de cuatro fases en las que intervienen otros procesos y herramientas de gestión de personas (véase cómo hacerlo en el Capítulo 10).

Esta metodología es perfectamente aplicable a la situación concreta de una unidad o servicio sanitario, siempre que se cumplan los requisitos objetivados en el borrador del Estatuto Marco.

Fase I: Situación actual y futura de la unidad/servicio

1. Descripción/visión de los puestos de trabajo.

Este primer paso va dirigido a adecuar el número y la distribución de los puestos de trabajo existentes.

2. Diseño de los perfiles de los puestos.

Una vez aprobado el organigrama del servicio, es necesario definir los puestos en los que se estructura.

3. Evolución de perfiles.

Conocidos y definidos los perfiles de los puestos del servicio, el siguiente paso consiste en comparar las diferencias entre ellos. Sólo así se podrá especificar después tanto las rutas posibles de movilidad como los pasos necesarios para recorrerlas. Es importante destacar que cuando se habla de evolución de perfiles no se trata sólo del incremento de alguna competencia, sino también de su disminución.

Fase II: *Establecimiento de mapas de carreras*

1. Mapas de carreras.

Una vez definida la estructura de puestos y los perfiles de cada uno, y analizada la evolución entre ellos, el paso siguiente es establecer la infraestructura viaria para circular por sus carriles. Estas rutas deberán establecer el camino de promoción o movilidad más lógico, rápido y asequible.

2. Diseño y definición de procesos de evolución.

Partiendo del mapa de carreras definido, el siguiente paso consiste en identificar dos aspectos clave:

- a) Cuáles son el desempeño, potencial y formación necesarios para recorrer las rutas.
- b) Qué período de tiempo estimado es necesario para que se produzca la evolución de una persona de un puesto a otro.

3. Puntos críticos.

El último paso en el diseño de los mapas de carrera es señalar qué aspectos se consideran clave para ocupar un puesto.

Fase III: *Planes de sucesiones*

La sucesión consiste en la elección, por parte de los directores o jefes de servicio, de los colaboradores que previsiblemente les sustituirán y en la preparación para la sucesión de su cargo.

Los planes de sucesión tienen unos objetivos específicos:

- Anticiparse a las carencias de dirección, identificando los puestos clave bloqueados por falta de sustitutos.
- Reducir el impacto de los cambios de dirección.
- Estimular la progresión profesional según la continuidad en la unidad y la adquisición de experiencia.

Las etapas de un plan de sucesión son:

1. Identificación y selección de los profesionales con alto potencial de desarrollo.

Se parte del mapa de carreras definido anteriormente y se identifica en la unidad o servicio a las personas con alto potencial que puedan ser objetivo de planes de carrera individuales.

2. Identificación de puestos de destino a medio y largo plazos.

Se trata de localizar los puestos caracterizados por un déficit de personal a medio y largo plazos con objeto de cubrirlos mediante planes de promoción, basados en planes de carrera individuales.

3. Diseño de planes de carrera individuales.

Identificadas y seleccionadas las personas con alto potencial y detectadas las necesidades de personal por puesto, a medio y largo plazos, el siguiente paso con-

siste en diseñar los planes que permitan el desarrollo de estas personas en el tiempo y la forma deseados.

Valoración de puestos de trabajo

La valoración de puestos consiste en cuantificar el contenido organizativo de los diferentes puestos de trabajo que conforman una organización en un momento determinado, para jerarquizarlos con arreglo a diferentes patrones de medición y determinar la importancia que cada uno tiene para la organización.

La valoración de puestos exige cumplir unas condiciones de partida para obtener los resultados deseados (véase cómo hacerlo en el Capítulo 10).

- La valoración de puestos se debe hacer tomando como unidad la organización o la unidad o servicio en su conjunto. No tiene sentido valorar un puesto sin tener en cuenta el entorno que le rodea en la organización o el resto de los puestos.
- La valoración de puestos incluye su valor organizativo en un momento determinado.
- La valoración de puestos parte de la premisa de un desempeño adecuado de los titulares de esos puestos.
- El sistema de valoración debe ser igual para todos los puestos.

Las **ventajas** de la valoración de puestos son los siguientes:

- Es un modo lógico de clasificar y jerarquizar los puestos que componen una organización.
- Clarifica la visión general de la organización e identifica ineficiencias organizativas.

Los **inconvenientes** que plantea una valoración de puestos son dos:

- Nunca será un proceso absolutamente matemático, objetivo, y por ello pueden producirse agravios entre los titulares de los puestos.
- Puede surgir un rechazo por las personas si no se comunica claramente y se informa sobre el proceso y sus diferentes aplicaciones (mapas de carrera, retribución, selección, organización, evaluación...).

Existen dos grandes sistemas de valoración de puestos:

a) Métodos globales.

Se denominan también métodos no cuantitativos. Con su aplicación no se obtienen puntos de valoración, ni parcial ni total. Los dos principales métodos globales son el de jerarquización y el de clasificación.

b) Métodos analíticos.

Se caracterizan por desglosar en elementos o factores las diferentes funciones, actividades o tareas de un puesto para asignar puntos de evaluación a cada uno de los elementos según su mayor o menor dificultad y complejidad. Los principales métodos analíticos son el de clasificación por puntos y el de comparación por factores.

Planes salariales: sistema de retribución

El sistema de retribución de una organización es uno de los aspectos fundamentales en su estrategia, y no sólo por tratarse de una de las partidas que mayores costes origina.

Para que la persona y la organización marchen por el mismo camino, la retribución deberá ser justa, pese a lo subjetivo que esto pueda ser. Si se le paga poco, la

persona se desmotivará y no cumplirá adecuadamente con sus obligaciones; si se le paga demasiado, se producirá la temida inflación, cáncer de muchas organizaciones.

Los programas de remuneración tienen enorme impacto en la competitividad de un país, pues afectan sin duda al rendimiento de las personas en su trabajo. Por ello, el sistema de retribución debe ser una parte principal de la estrategia de una organización, ya que influye directamente en los comportamientos individuales y puede contribuir a que se alcancen las metas de aquélla.

Es un problema antiguo que afecta al individuo, a la organización que le emplea e incluso a la sociedad; además, cada parte persigue sus objetivos (Tabla 9.2):

La retribución como sistema de motivación

Como hemos indicado, la retribución ejerce un influjo decisivo sobre la motivación de las personas, sobre su comportamiento y sobre sus decisiones. Por tanto, para que la retribución mantenga la influencia que siempre ha tenido, es necesario que responda a las necesidades concretas de las personas a las que se remunera.

TABLA 9.2 *Objetivos perseguidos con la remuneración.*

Organizaciones	Sociedad	Empleado
Remunerar a cada empleado según su contribución a los objetivos organizativos	Disponer de la cantidad suficiente de servicios, con precio y calidad adecuados	Obtener la mayor retribución por su dedicación y esfuerzos
Lograr que los empleados estén motivados para lograr el fin de la empresa	Que la organización pueda seguir suministrándole los servicios que necesita	Estabilidad y seguridad en el trabajo
Remuneración equitativa para trabajos similares	Empleo estable y remuneración para mantener el nivel de vida	Adquirir cierto estatus y continuar mejorando el nivel de vida
Mantener un nivel de costes unitarios bajo	Minimizar costes no productivos	Poder prever su nivel de ingresos
Relación proporcional entre los diversos niveles salariales y entre la retribución y el nivel de vida de los empleados	Contribuir a paliar las necesidades financieras de la organización por medio de las acciones	Que la retribución se ajuste a factores que pueda controlar
Que los empleados no cuestionen el orden retributivo	Que el orden retributivo se ajuste al mercado laboral	Que exista la posibilidad de incrementar sus ingresos con el aumento de su esfuerzo y competencias
Condiciones laborales atractivas que retengan a los empleados productivos, garantizando prestaciones mínimas a todos		Un ambiente laboral propicio
Estimular iniciativa, creatividad y toma de responsabilidades, autonomía y trabajo en equipo	Que los salarios crezcan con arreglo a la productividad de las empresas	Reconocimiento basado en sus contribuciones y ventajas extrasalariales acordes con su entorno social

Teniendo en cuenta que la mayor parte de los sistemas de retribución vigentes siguen principios y procesos con varias décadas de arraigo (como por ejemplo, la retribución basada en el rendimiento), se llega a la conclusión de que los sistemas de retribución, en la mayor parte de las organizaciones, van por detrás del conjunto de cambios que se han producido en la sociedad.

A continuación analizamos los cambios sociales que es preciso tener en cuenta para que un sistema de retribución sea coherente con el entorno en el que se aplica:

- Cambios sociales en los trabajadores:
 - Procedencias y preferencias más heterogéneas.
 - Menor aceptación de decisiones impuestas.
 - Mayor deseo de influencia en el lugar de trabajo.
 - Mayor interés por el dinero y menor compromiso con las organizaciones.
 - Mayor nivel educativo.
 - Mayor conocimiento sobre el funcionamiento de la sociedad.
 - Acceso de la mujer al trabajo y menor necesidad de seguridad.
 - Mayor tiempo libre y mayor importancia del ocio.
 - Mayor conciencia de sus derechos y rápida disponibilidad de asesoramiento jurídico.
- Cambios en las organizaciones:
 - Aumento de las organizaciones dedicadas al sector servicios.
 - Crecen en tamaño y diversidad.
 - Surgen nuevas organizaciones.
 - Se producen fusiones.
- Cambios en el entorno:
 - Aumento de la competencia internacional.
 - Cambios en las regulaciones gubernamentales.
 - Crecimiento económico y nivel de inflación.

El análisis de estos factores de cambio general lleva a los analistas a proponer, igual que plantea el borrador del Estatuto Marco, soluciones para conseguir que los sistemas retributivos se ajusten a la realidad social que envuelve a las organizaciones, y lograr así que la retribución siga siendo un elemento motivador. Estas soluciones son las siguientes:

- Individualización de los salarios, de tal forma que se adapten a los estilos de vida y a las necesidades de las personas.
- Retribución basada en el rendimiento.
- Sistemas de retribución más igualitarios.

En este sentido, el borrador del Estatuto Marco, haciéndose eco de lo que está ocurriendo en otros sectores y de lo que la sociedad demanda, contempla algunos aspectos retributivos que permiten diseñar, aunque con bastantes restricciones, un modelo de compensación para el Servicio Nacional de Salud.

Proceso para diseñar un sistema de retribución

Cuando se plantean cambios en la política de retribución, hay que tener presente que, la motivación y el impacto sobre la eficacia del sistema de los empleados constituyen

factores imprescindibles para el desarrollo de la organización. Por tanto, el diseño de una nueva política de retribución en una organización debe estar planteado según sus objetivos a corto y largo plazos, su sistema y proceso operativo, la política de desarrollo, los mercados, el perfil del personal, la fase en que se encuentra la organización (nacimiento, desarrollo o madurez) y su cultura.

En el diseño de un sistema retributivo también hay que tener en cuenta lo que significa cada combinación de retribuciones, jugando con los elementos de sueldo fijo o variable, incentivos y anexos de retribución extrasalariales.

En tercer lugar, y manejando criterios de equidad y equilibrio en la mano, hay que estudiar las diferencias entre el sueldo más bajo y el más alto (bandas salariales) y quién debe determinar la retribución: la dirección o el convenio.

Los objetivos que debe cumplir un sistema retributivo son:

- Diseño de un mecanismo de compensación que tenga en cuenta tanto el puesto como la persona que lo ocupa.
- Mantenimiento de una adecuada coexistencia entre la equidad interna y la competitividad externa de las retribuciones.
- Creación de un sistema flexible y objetivo que facilite la negociación salarial y dote a la organización de poder de maniobra para implantar las políticas retributivas necesarias en cada momento.
- Satisfacción de las necesidades y expectativas de cada profesional en términos de compensación salarial, a fin de elevar el nivel de desempeño.

El proceso de definición de una política retributiva debe plantearse básicamente dos cuestiones: ¿qué me interesa pagar? y ¿cómo lo voy a implantar?

La primera pregunta debe ser respondida siempre acudiendo a las variables que van a gobernar la política retributiva. Se pueden pagar muchas cosas, pero para que la política retributiva sea eficiente deberemos fijarnos básicamente en el mercado, que determina las condiciones por las que se puede atraer y retener a los empleados, y en los resultados que de forma individual o colectiva va generando la organización.

Para contestar a la segunda pregunta ha de tenerse en cuenta que, para poder implantar correctamente una política retributiva, es necesario contar con una herramienta de gestión (categorías profesionales, mapas de puestos, dirección por objetivos, evaluación del desempeño...) que permita establecer el punto de partida, marcar un horizonte que estará relacionado con la estrategia y medir el grado de avance. Además de esa herramienta de gestión, para implantar una política retributiva es preciso definir los conceptos retributivos (partida de la nómina que responde a una o varias variables) de la política. Estos conceptos pueden ser de retribución fija (su percepción está garantizada en el plazo que se establezca), variable (las cantidades varían de un año a otro, dependiendo de circunstancias como la consecución de resultados), de retribución en especie (no se proporciona dinero, sino de forma directa el beneficio que conceden, por ejemplo, automóviles, seguros médicos, seguros de vida...) o de retribución diferida (es un derecho que no puede ejercitarse hasta que haya transcurrido un determinado plazo, por ejemplo, planes de pensiones).

Los elementos básicos que se deben considerar en cualquier política retributiva son:

- El nivel de responsabilidad.
- El desempeño de la persona.

- La consecución de resultados individuales y colectivos.
- Las competencias.

Las fases para implantar una política de retribución son las siguientes:

1. Análisis de puestos de trabajo.

El objetivo esencial de esta fase es recopilar la información necesaria para desarrollar el proceso en lo que se refiere a:

- Evaluación y clasificación de los puestos de la organización de manera eficaz y objetiva.
- Identificación de los titulares y análisis de la coherencia y equidad de las retribuciones.

2. Valoración de puestos de trabajo.

Esta fase permite realizar comparaciones entre el contenido organizativo de los puestos.

3. Clasificación de los puestos y diseño de la estructura salarial.

Esta clasificación debe permitir la jerarquización de todos los puestos de la organización en conjuntos lo suficientemente diferentes como para que suponga una motivación el paso de un nivel a otro.

En esta clasificación la organización debe decidir el número, la amplitud y la progresión de los niveles deseados, así como el grado de prioridad de la equidad interna y de la competencia externa y los costes asequibles en el reajuste de la estructura salarial actual.

4. Auditoría interna de los salarios.

Consiste en examinar la estructura salarial actual, viendo sobre todo los puntos fuertes en los que se puede apoyar el cambio hacia la nueva estructura salarial. El objetivo prioritario de la auditoría es analizar la composición de la política salarial actual y el grado de equidad existente en la organización, mediante la identificación de:

- Los niveles de retribución por puesto y por nivel de responsabilidad.
- La estructura y la combinación de los diferentes elementos retributivos.
- La equidad interna y la coherencia de la estructura salarial de la organización.
- El perfil de los profesionales (formación, edad, antigüedad, etc.).

5. Análisis de la competitividad de las retribuciones.

Esta fase profundiza en la capacidad de atracción, retención y motivación que posee la política retributiva sobre las personas de la organización, es decir, trata de averiguar si la retribución es competitiva. La causa más importante de falta de competitividad externa de una práctica de retribución radica en el desconocimiento de mercado en cuanto al nivel de retribución general, la retribución del desempeño y la naturaleza y el uso de beneficios extrasalariales.

6. Determinación de la política anual de los instrumentos de revisión de los salarios.

En la preparación de un plan de retribución se deben medir con precisión los costes de ajuste de los salarios de cada empleado a la nueva estructura salarial. Para ello es preciso empezar por aquellos salarios que están por debajo del mínimo del rango al que pertenecen, para evaluar el monto que supondrá en las próximas revisiones. Los ajustes salariales no deben hacerse de forma inmediata; es preferible proponer acuerdos para llevarlos a cabo en varias fases.

Evaluación de las personas

Las personas que forman parte de la organización son otro de los pilares sobre los que se apoya la gestión de personas de una organización. Cada una de ellas tiene competencias, intereses y motivaciones particulares que será preciso utilizar, desarrollar y activar adecuadamente.

La evaluación de las personas permite conocer el perfil de competencias de quienes integran el servicio, tanto a través de la evaluación del rendimiento (que informa de la eficacia y eficiencia con que los profesionales están realizando su trabajo actual, así como de las carencias formativas que presentan para poder hacerlo) como a través de las evaluaciones del potencial, (es decir, la evaluación de las posibilidades de desarrollo que tiene el profesional, tanto en su trabajo actual como en otros distintos que podría ocupar en el servicio). La evaluación de las personas servirá para distintos objetivos:

- Al comparar el perfil de exigencias con el perfil de competencias de la persona, se pueden detectar sus posibles necesidades de formación para desempeñar su trabajo actual con eficacia, eficiencia y seguridad.
- Detectar las necesidades de formación existentes para que una persona que posee el potencial adecuado esté en disposición de promocionar a otro puesto en el momento oportuno, o de cambiar de funciones aunque mantenga el mismo nivel jerárquico.
- Complementar los datos obtenidos con la valoración de los puestos de cara a elaborar los planes salariales del servicio, de forma que los profesionales, además de tener una remuneración en función del puesto que ocupan, también reciban una compensación, igual o distinta, según la eficacia y eficiencia con que realicen su trabajo.
- Servir de criterio de evaluación de la eficacia de las acciones de reclutamiento, selección, formación y promoción que se lleven a cabo.

Las ventajas que proporciona un sistema de evaluación de las personas no garantizan su éxito. Antes de emprender su diseño e implantación, deben preverse algunas dificultades que podrían hacerlo fracasar:

- Falta de apoyo de la dirección al sistema de evaluación.
- Falta de acuerdo previo entre evaluador y evaluado sobre los aspectos que se van a apreciar.
- Expectativas no realistas acerca de medidas absolutamente objetivas y cuantificables, o criterios de medida que no contemplan resultados cualitativos.
- Mala utilización de los resultados de la evaluación a efectos de retribución, formación, promoción y otras decisiones en el ámbito del desarrollo de las personas.
- Problemas técnicos y de comunicación inherentes al sistema.
- Uno de los problemas más graves es la oposición de los empleados. Para paliarlo en la medida de lo posible, es necesario realizar una campaña de comunicación sobre la evaluación, en la que se difunda de forma transparente el alcance, objetivos y beneficios que implica un sistema de evaluación.

El proceso que hay que seguir para implantar un plan de evaluación de personas dentro de un servicio consta de cuatro fases (véase cómo hacerlo en el Capítulo 10).

Fase de diseño

Esta fase define tres aspectos diferentes:

- Los objetivos que este sistema pretende conseguir. Los objetivos serán propios de cada servicio, pero de modo general pueden clasificarse en tres grupos:
 - De progreso: dirigidos tanto hacia el desarrollo del servicio como hacia el desarrollo de las personas.
 - De apoyo: dirigidos a los evaluados.
 - De supervisión: dirigidos a mejorar la planificación y gestión de las personas del servicio, principalmente porque ayudan a mantener actualizado el registro de personas.
- Los destinatarios e implicados en el sistema. Es necesario delimitar si se va a evaluar a todo el personal o sólo a una parte, y concretar quiénes van a ser los responsables de realizar la evaluación desde el punto de vista técnico y operativo.
- El enfoque, criterios, métodos y cuestionario. Serán los mecanismos que, entre otros, permitirán alcanzar los objetivos establecidos.

Fase de implantación

En esta fase se establecen las bases para el éxito del sistema respecto a los involucrados en el proceso y, por tanto, se determinan aspectos tales como el plan de comunicación a los interesados y el diseño del programa de formación para facilitar la tarea de los evaluadores.

Fase de aplicación

La clave de esta fase es la entrevista de evaluación. Antes de llevarla a cabo se deben tener en cuenta los aspectos logísticos del proceso. Así, el envío de cuestionarios, convocatorias, fechas, etcétera, no debe olvidarse si se quiere obtener el máximo provecho del sistema.

Fase de desarrollo

Esta fase tiene como objetivo el mantenimiento y la actualización del sistema para que siga siendo fiel a los objetivos definidos y requeridos por la organización. Además, en esta fase se deben introducir las mejoras proporcionadas por los involucrados en el proceso, lo que permite mantener la credibilidad y utilidad del sistema no sólo para el servicio, sino también para evaluadores y evaluados.

Existen diferentes **formas** de llevar a cabo el proceso de evaluación:

- Evaluación de la persona. Se valora fundamentalmente al individuo, su personalidad, comportamientos y actitudes. Excluye la valoración de la consecución de resultados; sin embargo, señala la forma adecuada de determinados comportamientos para que el trabajo se desarrolle de forma idónea hacia un rendimiento más alto.
- Evaluación de los resultados. Lo que se evalúa es el grado de consecución de las funciones o actividades que el evaluado ha desarrollado.
- Evaluación mixta. Se centra tanto en la evaluación de las personas como en la de los resultados.

Los criterios de evaluación hacen referencia al análisis por separado de los diferentes aspectos que forman parte de la actuación. Los criterios son los puntos clave sobre los que se basa la valoración o apreciación de la actuación.

Los responsables de la implantación del sistema no sólo deberán seleccionar esos criterios, sino también considerar si todas las personas serán evaluadas con los mismos criterios o no y determinar cuál será el medio adecuado para resaltar la importancia de cada uno de ellos (ponderación).

Los **criterios** de evaluación que se utilizan son:

- Criterios relacionados con la evaluación de las personas. Se trata de capacidades, rasgos personales y de comportamiento que se pueden utilizar para analizar las características personales del profesional que desarrolla una serie de actividades para el servicio.
- Criterios relacionados con la evaluación de los resultados. Se utilizan para medir las realizaciones del profesional, y no sus características personales.

Los métodos de evaluación sirven para comparar las cualidades de las personas que desempeñan una función, o sus resultados, con determinados índices de medición. Se trata del patrón o guía marcado por los responsables del sistema, basado en la comparación de los hechos o actuaciones que se tienen que valorar.

Los responsables del diseño o implantación del sistema deben encontrar un método (alineado con el enfoque y los criterios seleccionados) idóneo para tener en cuenta, y dejar reflejada, la aportación concreta de cada individuo con un alto grado de objetividad.

Los diferentes **métodos** de evaluación que se utilizan son:

- Evaluación por objetivos. Se comparan los resultados logrados por el individuo con los que se esperaban de él, y se analizan las causas que han podido generar las diferencias que aparezcan. Para poder aplicar este método, el evaluado ha de conocer al inicio del período los objetivos o resultados que debe conseguir.
- Evaluación por escalas. Se establecen unos niveles de rendimiento para cada uno de los criterios que se van a evaluar. El evaluador tiene que señalar, para cada criterio, el punto de la escala que especifique el desempeño del evaluado, lo que se suele utilizar para medir los criterios referidos a cualidades, conocimientos, etcétera.
- Evaluación por medio de acontecimientos significativos/predeterminados. El evaluador deja constancia en un documento de todos los acontecimientos que a él le han parecido significativos o de los establecidos al inicio del período como acontecimientos predeterminados que hay que observar, con el fin de evaluar la conducta del evaluado.
- Evaluación abierta. El evaluador emite por escrito, de forma espontánea, su valoración sobre la actuación del evaluado. Él mismo elige el enfoque, los factores y la forma de exponer su valoración.

El éxito de un programa de evaluación de personas depende en gran medida del proceso de implantación elegido. La **implantación** de un sistema de evaluación de personas es un proceso paulatino de aproximación que contempla, entre otros, los siguientes aspectos:

- La determinación de los papeles de las diferentes personas que intervienen en el proceso.
- La formación de los evaluadores que van a ser responsables de la aplicación del sistema.
- La definición y la aplicación del proceso de comunicación para los diferentes participantes en el proceso de evaluación con el objetivo de motivarlos.
- La aplicación piloto en un área de la organización.

Las fases de la puesta en marcha de un proceso de evaluación de personas son las expuestas en la Tabla 9.3.

TABLA 9.3 *Fases del proceso de evaluación de personas.*

Fase I	Fase II	Fase III
Recursos humanos: <ul style="list-style-type: none"> • Comunicación a los interesados • Envíos al evaluador de los documentos de evaluador y evaluado 	Entrevista anual evaluación: <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de objetivos del año anterior • Evaluación por factores • Fijación de objetivos para el año siguiente • Cumplimentar el documento y visto bueno del evaluador y el evaluado 	Entrevista de progreso: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluador: fija la fecha de la entrevista y la prepara • Evaluado: prepara la entrevista • Acciones a tomar: seguimiento de objetivos, grado de consecución, redefinición, acciones de futuro
Evaluador: <ul style="list-style-type: none"> • Entrega formato evaluado • Fija fecha para la entrevista • Prepara la entrevista y cumplimenta el documento 		
Evaluado: <ul style="list-style-type: none"> • Prepara la entrevista y cumplimenta el documento 		

BIBLIOGRAFÍA

- ALLES MA. *Dirección estratégica de recursos humanos. Gestión por competencias*. Granica, 2000.
- BARRANCO FJ. *Planificación Estratégica de Recursos Humanos*. Pirámide, 1993.
- BONACHE J, CABRERA A y cols. *Dirección Estratégica de Personas*. Prentice Hall-Financial Times, 2002.
- DE ANSORENA A. *15 pasos para la selección de personal con éxito*. Paidós, 1996.
- FERNÁNDEZ M. *Análisis y Descripción de Puestos de Trabajo*. Díaz de Santos, 1995.
- GÓMEZ-MEJÍA LR, BALKIN DB, CARDY RL. *Dirección y Gestión de Recursos Humanos*. Prentice, 2001.
- NAISBITT J. *Macrotendencias*. Barcelona, Mitre, 1983.
- OLÍAS B y cols. *La Gestión de Recursos Humanos en las Administraciones Públicas*. Editorial Complutense, 1995.
- PEREDA S, BERROCAL F. *La valoración de los puestos de trabajo*. Eudema, 1993.
- PEREDA S, BERROCAL F. *Gestión de Recursos Humanos por Competencias*. Editorial Centro de Estudios Ramón Areces, S.A., 2000.
- REGUEIRA CD. *Formación y Desarrollo de Recursos Humanos*. Centro de Desarrollo de Recursos Humanos, 1994.
- RODRÍGUEZ A y cols. *Los Recursos Humanos en las Administraciones Públicas*. Tecnos, 1996

CAPÍTULO 10

La gestión de personas paso a paso. ¿Cómo hacerlo?

José María Chiarri Laguna

Introducción ■

La definición de la estrategia de personas ■

Planificación de recursos humanos ■

Descripción de puestos de trabajo ■

Perfil de competencias del puesto ■

¿Cómo definir y elaborar la ficha de requerimiento de puestos de trabajo?

¿Cómo definir un modelo de competencias?

Formación ■

¿Cómo realizar una adecuada detección de las necesidades formativas?

Herramientas de apoyo a la definición de acciones formativas

¿Cómo realizar una adecuada evaluación de la formación que han recibido?

Desarrollo de recursos humanos ■

Elaboración de un mapa de carreras profesionales

Valoración de puestos de trabajo ■

¿Qué se debe retribuir?

¿Cómo se realiza una valoración de puestos de trabajo?

Evaluación del desempeño ■

Evaluación del desempeño profesional

¿Cómo implantar un sistema de gestión del desempeño?

Introducción

La gestión de personas es un aspecto considerado estratégico en muchas organizaciones. En el ámbito sanitario aún lo es más, puesto que aquí nos encontramos ante una profesión intensiva en conocimiento y en habilidades, y que, ante todo, se ocupa de la salud del ser humano.

Este aspecto adquiere cada vez más importancia debido a que los avances de la técnica en este campo están siendo vertiginosos, y obligan a los profesionales a una actualización constante de sus conocimientos y capacidades al ritmo que los nuevos tiempos demandan.

Esta doble vertiente, la amplitud y profundidad de los conocimientos y habilidades necesarias, y el ritmo frenético de actualización de esos conocimientos y de adquisición de otros nuevos, hace necesario contar con una función de recursos humanos en los centros al nivel que los profesionales demandan, que hasta ahora está siendo suplida por la vocación, dedicación e iniciativa del colectivo médico.

Como ya se ha apuntado, la gestión de personas es una función inherente a cualquier puesto de trabajo que necesite de otros para conseguir sus objetivos. Por ello, es responsabilidad de la gran mayoría de los profesionales de una organización.

No todas las funciones descritas en el Capítulo 9 serán responsabilidad directa de todos los gestores de personas, puesto que existirán políticas de recursos humanos centralizadas a nivel de la organización o del sector de que se trate. Estas políticas definirán el marco en el que deberán llevarse a la práctica dichas funciones, para permitir una aplicación homogénea en toda la organización y garantizar, de este modo, la equidad de las condiciones y oportunidades de todos los profesionales. Sin embargo, si no existen esas políticas centralizadas, quizás sea necesario que cada servicio diseñe las suyas propias.

Llegado a este punto, el lector ya conocerá todas las funciones que, según el caso, debe definir y aplicar, o sólo aplicar, el «gestor de personas», y que, como habrá podido comprobar, no son pocas. Por ello, una vez adquiridos los conocimientos teóricos que se exponen en el Capítulo 9, ya no hay excusa para no ponerlos en práctica dentro de su servicio.

En este capítulo vamos a exponer algunas de las herramientas más importantes para poder llevar a la práctica toda la teoría. Estas herramientas corresponden a los ámbitos funcionales que habitualmente se ocupan de la función de recursos humanos en una organización, que en muchos casos no existe o está poco desarrollada y cuyo vacío debe ser cubierto por otros niveles de la organización: los gestores de personas de cada uno de los servicios.

En la puesta en práctica de las funciones de recursos humanos no se puede pensar que *«todo el monte es orégano»*. Existe una creencia muy extendida de que *«todo el mundo sabe de recursos humanos»*. Nada más alejado de la realidad: si bien es cierto que puede resultar sencillo, es necesario conocer las técnicas adecuadas y las herramientas precisas.

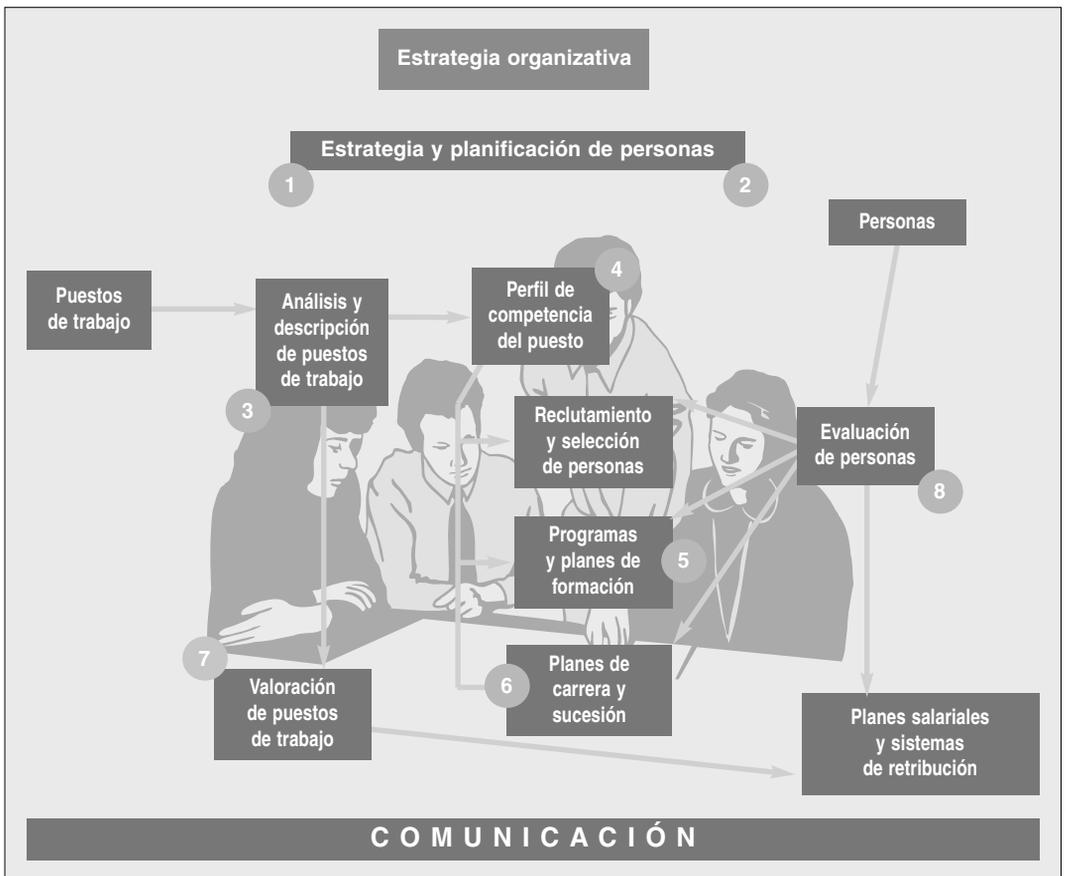
Antes de comenzar, no debemos olvidar que en esta materia existen numerosos factores externos, como leyes, convenios colectivos de sector o empresa, normativas y reglamentos internos, manuales de políticas y procedimientos, cultura, etcétera, que pueden condicionar la implantación y sobre los que tendremos que recabar toda la información disponible. Por ello, nos centraremos en las herramientas y no en los procedimientos, que en muchos casos ya están definidos.

A continuación, vamos a presentar ocho herramientas fundamentales para poner en práctica las funciones de recursos humanos más significativas e importantes:

1. ¿Cómo definir la estrategia de recursos humanos en su servicio?
2. ¿Cómo realizar una adecuada planificación y seguimiento de los recursos humanos?
3. ¿Cómo definir y elaborar la ficha de descripción de puestos de trabajo?
4. ¿Cómo elaborar un perfil de competencias de los puestos de trabajo? ¿Cómo definir un modelo de competencias?
5. ¿Cómo realizar una adecuada detección de las necesidades formativas del personal? y ¿cómo realizar una adecuada evaluación de la formación que han recibido?
6. ¿Cómo se puede elaborar un mapa de carreras profesionales?
7. ¿Cómo se realiza una valoración de puestos de trabajo?
8. ¿Cómo se puede realizar una evaluación del desempeño profesional?

Para todas ellas puede servir como guía la Figura 10.1, en la que señalamos la aplicabilidad de cada una de las herramientas.

Aunque en numerosas ocasiones nos referiremos al ámbito del centro, que es el nivel al que debieran definirse las funciones de recursos humanos, las metodologías son perfectamente aplicables al ámbito de un servicio clínico.



¿Cómo hacerlo?

Figura 10.1. Herramientas para poner en práctica las funciones de recursos humanos.

La definición de la estrategia de personas

Antes de comenzar nuestra andadura en la implantación de las distintas herramientas de recursos humanos, deberemos fijar una meta y definir qué queremos aportar a la organización desde las funciones de recursos humanos.

Definir la estrategia de recursos humanos es un ejercicio que nos sitúa en el futuro, y hace que debamos plantearnos la pregunta: ¿cómo quieres que sea? Para llevar a cabo este ejercicio habremos de adoptar un proceso y técnicas similares a las vistas en el Capítulo 8, pero en este caso situando el foco en los recursos humanos.

Para definir la estrategia de recursos humanos será necesario:

- Preguntarse si el centro al que se encuentra adscrito nuestro servicio tiene una IMAGEN CLARA de la SITUACIÓN DESEADA que quiere alcanzar.
- Comprobar que se ha establecido un MARCO de REFERENCIA para definir la SITUACIÓN FUTURA.
- Verificar, en su caso, que existe una PLANIFICACIÓN DETALLADA del proceso de TRANSFORMACIÓN que se quiere llevar a cabo en el tiempo.

Sólo si estas premisas están bien establecidas para el ámbito de la organización, será posible definir una estrategia de recursos humanos coherente y consistente con la definida, y desarrollar las políticas y procesos que, con una estructura organizativa óptima, permitan alcanzar los objetivos estratégicos definidos.

Como se observa en la Figura 10.2, la estrategia de recursos humanos es una prolongación de la estrategia de la organización, pero centrada en las personas; por ello, la estrategia de la organización debe servir de marco para su definición. Si la organización no ha llevado a cabo ese primer ejercicio de reflexión, no tendremos la certeza de que la estrategia de recursos humanos que vamos a definir está en línea con lo que la organización quiere, sumándose a ella y aportando valor para lograr sus objetivos. De todas maneras, el horizonte no es tan negro porque, aunque no exista un documento que plasme la estrategia de la organización, el equipo directivo la conoce. Por ello, los datos de partida existen, y basta con ponerlos sobre el papel.

En cada una de las etapas del proceso de planificación estratégica que le proponemos, deberá llevar a cabo las siguientes actividades:

1. **Identificación de los colectivos** o agentes involucrados en el ámbito de actuación de la organización o servicio y de sus expectativas (¿qué esperan de nosotros?). Servirán para definir direcciones estratégicas. Los grupos más importantes serán: profesionales, pacientes, organización, proveedores, directivos, etcétera.
2. **Definición de la misión y objetivos estratégicos:** en esta etapa se formulará la misión y los objetivos estratégicos en términos de metas que se deben alcanzar para satisfacer las expectativas de los agentes involucrados.
3. **Dibujar el escenario de la situación actual y la situación futura deseada.** Para ello se identificará: el período de planificación definido, que suele ser de un año; los agentes que más van a influir en ese período; los factores de impacto; las amenazas y oportunidades, barreras, limitaciones, fortalezas y debilidades, todo ello desde dos perspectivas: entorno externo (pacientes, proveedores, organismos, etc.) y entorno interno (profesionales del servicio, otros servicios, equipo directivo del centro, etc.).
4. **Identificar los factores críticos de éxito,** que no son los fines últimos del modelo, pero sí son objetivos intermedios que necesariamente se han de lograr para tener garantía de éxito en el futuro. Son los elementos que nos ayudarán a conse-

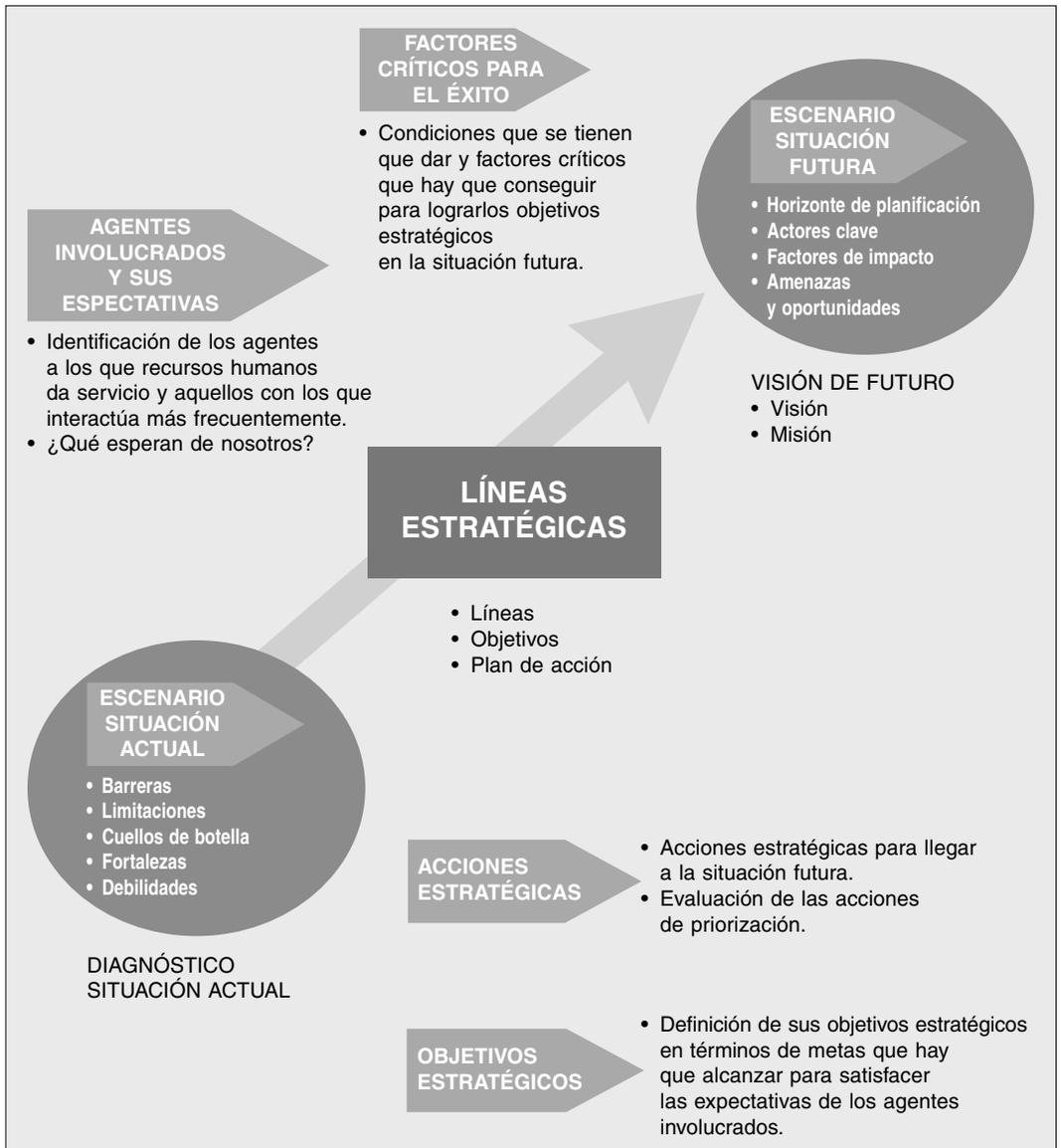


Figura 10.2. Proceso de definición de la estrategia.

guir los objetivos estratégicos. Entre los objetivos estratégicos y los factores críticos de éxito se establecerá un filtro para quedarnos sólo con los más importantes.

- 5. Enumeración de las acciones estratégicas** que responden a: ¿qué estamos haciendo hoy? y ¿qué otras acciones debemos acometer para alcanzar los objetivos estratégicos definidos? Estas acciones deben solucionar los puntos débiles que tengan repercusión en el futuro, aprovechar los puntos fuertes y cubrir los factores críticos de éxito.
- 6. Evaluación de las acciones:** se analizará la contribución de cada una de las acciones a la consecución de los objetivos estratégicos y factores críticos de éxito. Esto nos permitirá priorizarlas.

Para llevar a cabo el proceso de definición de la estrategia, se realizarán sesiones de trabajo en grupo con la dirección de la organización o servicio, con la misma dinámica de trabajo que la explicada para la definición de procesos.

Planificación de recursos humanos

Como ya se ha señalado en la Introducción, la planificación de recursos humanos es una labor fundamental no sólo del área de recursos humanos sino del resto de las áreas de la organización. Sin embargo, en el área de recursos humanos, adquiere una especial relevancia porque los procesos que afectan a las personas requieren una preparación rigurosa de cualquier acontecimiento significativo que se prevea.

La planificación está muy ligada a la elaboración de presupuestos y constituye un paso previo de ésta. Para lograr una planificación correcta habremos de tener información acerca de la estrategia de la organización: inversiones, adquisición de nuevas tecnologías, expansión, apertura o cierre de unidades, previsión de la demanda de servicios y cartera de pacientes. En definitiva se trata de estimar con dichos datos qué cantidad de recursos humanos necesitamos. Pero además, es fundamental identificar qué cualidades deben tener dichos recursos. Por ello los datos no sólo deben ser cuantitativos sino también cualitativos (auxiliares de enfermería de urgencias, jefes de servicio, técnicos de laboratorio, etc.).

Tenemos que ser capaces de prever qué competencias necesitará la organización y conocer las competencias actuales, a fin de establecer los mecanismos de adquisición de competencias que permitan acometer los nuevos desafíos defendidos por la estrategia de la organización.

En esta labor de planificación es fundamental contar con modelos de tablas de estructura de la organización y plantilla de personal que nos ayuden a detallar la información y luego a consolidarla. Es conveniente definir estas tablas para cada uno de los centros de coste establecidos en la contabilidad financiera del centro, para simplificar así el posterior proceso de presupuestación. Los centros de coste de una organización suelen coincidir con las unidades o servicios de ésta.

Asimismo, es necesario segmentar la información de estructura y plantilla en función del tipo de contrato y categoría profesional (aspecto cualitativo de la planificación). Las tablas deberán mostrar la evolución anual cuantitativa de los efectivos (un efectivo es una persona que trabaja a tiempo completo; así, una persona que trabaje media jornada será 0.5 efectivos; también se denomina FTE: *full time equivalent*).

A continuación exponemos un ejemplo de tabla de planificación del número de efectivos o cuadro de evolución de plantilla (véase la Tabla 10.1). Vamos a comentarlo con detalle:

1. Análisis de la estructura. La estructura define el número de puestos de trabajo que debe tener el departamento o unidad. Observamos que durante el año se reduce la estructura de 28 efectivos a 26, lo que implica que durante el año se van a amortizar dos puestos de trabajo (cifra neta). Esto puede ser el resultado de un análisis organizativo de mejora de procesos o de una disminución de la actividad del departamento, o de un traspaso de funciones de este centro de coste a otro.

Asimismo, podemos analizar el SPAN de la estructura que determina el número medio de colaboradores que hay por cada jefe. En este caso la relación gerente a director es de 1 a 2; la de director a jefe de servicio, de 2 a 4; la de jefe de servicio a supervisor de enfermería, de 4 a 2, y la de supervisor de enfermería a DUE, de 2 a 15. Pero realmente esto no es exacto, sino que variará según las relaciones jerár-

quicas entre los puestos de trabajo. Así, probablemente algún administrativo dependerá directamente de un jefe de servicio o de un director.

En el servicio podemos contar también con otro tipo de personal adscrito que desempeñe funciones de limpieza, mantenimiento, vigilancia u otras.

2. **Análisis de la plantilla.** La plantilla equivale al número de personas que están trabajando en el centro de coste. En la situación de partida, el centro de coste cuenta con 21 efectivos fijos y 6 eventuales. El primer análisis que debemos realizar es el de la adecuación plantilla–estructura, es decir, comparar el número de puestos de la estructura con el número de personas. En este caso podemos ver que hay 27 efectivos, uno menos que en la estructura. De ello deducimos que hay una diferencia de una persona menos respecto a los puestos de trabajo establecidos. Sin embargo, si analizamos este aspecto por categorías observamos que hay vacantes y un excedente.

Al final del ejercicio, la plantilla será de 26 efectivos, por lo que hay una disminución neta de cuatro.

3. **Análisis de los movimientos de plantilla por mes.** En enero causa baja un administrativo, con amortización del puesto, esto lo podemos constatar porque la estructura disminuye en un puesto (de 4 a 3). En febrero se produce el alta de un jefe de servicio para cubrir la vacante que había a principios de año. En las notas se nos da información relevante sobre este proceso y se indica que se cubrirá por selección externa y que viene a sustituir una baja del año anterior. Asimismo, en febrero se produce la baja de un supervisor de enfermería.

De igual modo procederíamos con el resto de los meses.

4. **Análisis de los movimientos de plantilla por categorías.** El análisis de la plantilla por categorías nos ayuda a entender mejor las causas de los movimientos que se han registrado en el centro de coste. Así, en la categoría de administrativo podemos observar que se ha jubilado un efectivo en enero, y que se ha realizado un trasvase de temporal a fijo del efectivo con contrato temporal a principios de año. También se ha amortizado un puesto, por lo que queda cuadrado el número de efectivos y la estructura.

En la categoría de supervisor de enfermería observamos que a principios de año había un efectivo más con respecto a la estructura, por lo que aparecía un excedente. Sin embargo, a lo largo del año se producen dos bajas: un efectivo con contrato fijo y otro con contrato temporal, este último por movimiento interno a otro centro de coste.

En el caso de que se produjera una promoción de una categoría a otra, aparecería en el mismo mes una baja y un alta en categorías contiguas.

En la Tabla 10.2 se muestra un ejemplo de ficha que puede utilizarse para realizar un seguimiento más minucioso de la evolución de plantilla mes a mes. Como se puede observar, es más detallado que el utilizado para el seguimiento anual, y especifica, si es necesario, el tipo de contrato para las altas (fijo, eventual, obra, aprendizaje, etc.) y para las bajas (jubilación, voluntaria, movimiento interno, etc.).

Descripción de puestos de trabajo

La ficha de descripción de puestos de trabajo suele tener un formato único para toda la organización y, como ya se ha señalado, pone de relieve «qué se hace», «cómo se hace» y «por qué se hace», es decir, define el trabajo en términos de contenido y alcance. Ello supone elaborar un listado con las responsabilidades que conlleva el desempeño del puesto de trabajo, las relaciones jerárquicas que lo pueden condicionar, las condiciones de trabajo inherentes al desempeño de sus funciones, las responsabilida-

¿Cómo hacerlo?

TABLA 10.1 Centro de Coste 1.

	31/12/xx						...						31/12/xx						
	Estructura	Plantilla		(1) Vac.	(2) Exc.	Enc.		Feb.		...		Nov.		Dic.		Estructura	Plantilla		Exc.
		Fijo	Temp.			A	B	A	B	A	B	A	B	A	B		Fijo	Temp.	
Gerente	1	1													1	1			
Director	2	2													2	2			
Jefe de Servicio	4	3	1		1										4	4			
Supervisor de enfermería	2	2	1	1											2	1	0	1	
DUE	15	10	4	1											14	10	5		
Administrativo	4	3	1	1											3	3			1
TOTAL	28	21	6	2	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	26	21	5	1	1

(1) Vacante: puesto de trabajo sin ocupar. (2) Excedente: persona que ocupa un puesto de trabajo que no es de estructura.

Enero: Baja por jubilación de María Teresa López. Amortización del puesto.

Febrero: Alta de nuevo jefe de servicio, selección externa. Cobertura baja de Ramón López 10/xx.

Baja por movimiento interno de Ana Fernández a centro de coste xx.

Noviembre: Baja por jubilación de Luisa Martínez. Amortización del puesto.

Alta temporal cobertura vacante.

Pases de temporal a fijo: Luisa Fernanda Jiménez 08/xx.

TABLA 10.2 Ejemplo de ficha para el seguimiento de la evolución de plantilla.

	31/03/xx				Altas				T-F				Bajas				30/04/xx			
	Plantilla		Total		Fijo		Temporal		T-F		Fijo		Temporal		Plantilla		Total			
	Fijo	Temp.	Ext.	Mov. int.	Ext.	Mov. int.	Ext.	Mov. int.	T-F	Jubil.	Volunt.	Mov. int.	Volunt.	Mov. interno	Fijo	Temp.	Fijo	Temp.		
Centro de coste 1	15	5	20	1											16	5	21			
Centro de coste 2	10	3	13						1						9	3	12			
Centro de coste 3	8	7	15	1											9	7	16			
Centro de coste 4	23	9	32	1						1					23	9	32			
Centro de coste 5	6	12	18					2							8	10	18			
Centro de coste 6	21	1	22												21	1	22			
TOTAL	83	37	120	2	1	0	0	2	1	0	1	0	0	0	86	35	121			

des de supervisión sobre otros, etcétera. Por eso deberá contener, entre otros, los siguientes datos:

- Nombre del puesto.
- Área/departamento/unidad/servicio de la organización a la que pertenece.
- Organigrama para situar gráficamente el puesto con sus dependencias jerárquicas y funcionales.
- Misión del puesto.
- Funciones del puesto.
- Relaciones del puesto (externas e internas) con otras personas u organizaciones.
- Condiciones de trabajo, con objeto de llevar a cabo alguna política de prevención de riesgos laborales.
- Dimensiones del puesto: presupuesto asignado, número de colaboradores...

Esta descripción debe contemplar todos los factores relevantes para el desempeño del puesto por parte de su titular.

Para poder evaluar los aspectos que es necesario recoger en la ficha, bastará con acudir a personas con experiencia en el servicio que conozcan perfectamente los procesos de trabajo y las tareas que hay que realizar. Para que la información sea lo más completa posible, será conveniente consultar con profesionales de diferentes áreas funcionales. Bastará con organizar una reunión con representantes de distintas áreas para inventariar todos los campos y luego trasladarlo al papel.

En general, el 80% de la estructura de una ficha de descripción de puestos suele ser igual en la mayoría de las organizaciones, y el 20% restante depende del tipo de organización y sector de actividad. En ciertos casos, en una misma organización se utilizan formatos ligeramente distintos en función del nivel del puesto que se va a describir. En el caso que nos ocupa la ficha puede ser la misma para cualquier servicio.

En la Figura 10.3 mostramos un modelo de ficha de descripción de puestos de trabajo. Como se observa en él, se ha puesto énfasis en cuatro ámbitos: asistencial, docente, de investigación y de gestión.

En algunos casos, y dependiendo de cuál sea el objetivo de la descripción de puestos de trabajo, se puede habilitar un campo para definir el porcentaje de dedicación a cada función.

Una vez definido el modelo de ficha, será necesario dotarlo de contenido, es decir, hay que anotar lo que el ocupante del puesto de trabajo hace. Para ello, el mejor método es realizar una entrevista con varios ocupantes del puesto o con alguna persona que lo conozca a la perfección, como por ejemplo el responsable jerárquico de aquéllos.

Existen otros métodos de descripción de puestos tales como la observación directa del puesto, los cuestionarios autoguiados, los trabajos de grupos de expertos y otros, cada uno de los cuales tiene sus ventajas e inconvenientes.

La técnica de descripción de puestos de trabajo es compleja, en primer lugar porque hay que conocer los inconvenientes de cada método y saber minimizarlos y, en segundo lugar, porque es necesario seguir normas de redacción estrictas para garantizar la homogeneidad de todas las descripciones realizadas en el servicio y, en definitiva, en todo el centro.

A continuación ofrecemos una regla magnífica para redactar la misión y las funciones del puesto, que son el núcleo principal de la descripción:

La misión del puesto es el porqué y el para qué está el puesto en la organización, la razón de ser del puesto, lo que justifica su existencia a medio y corto plazos.

Se expone mediante verbos de resultado, determinando qué se hace, cómo se obtiene y qué se garantiza y se asegura.

Ejemplo de un puesto de jefe de servicio:

¿Qué hace?	<i>Planificar, dirigir y coordinar la atención a los pacientes...</i>
¿Cómo se obtiene/cómo lo hace?	<i>...mediante la gestión de los recursos humanos y técnicos asignados...</i>
¿Qué se garantiza y se asegura?	<i>...para lograr la curación del paciente y, en definitiva, su satisfacción...</i>

ACCIÓN + FUNCIÓN + GUÍA + RESULTADO

ACCIÓN: ¿Qué hace? Es un verbo muy importante porque nos indica el nivel del puesto; así, verbos como *planificar, organizar* o *controlar* corresponderán a puestos de niveles medio y alto; verbos como *programar, coordinar* o *verificar* corresponden a puestos de jefatura intermedia, y verbos como *ejecutar, elaborar* o *realizar*, a operarios.

FUNCIÓN: Es el área de actividad o parcela de la organización sobre la que el puesto ejerce la acción o acciones propias.

GUÍA: Conjunto de orientaciones que tiene que seguir el puesto a la hora de efectuar sus acciones. También este aspecto es importante dentro de una organización: no es lo mismo realizar el trabajo siguiendo las instrucciones de un manual o un procedimiento escrito, que siguiendo las directrices y políticas de la organización. En el primer caso, estaremos refiriéndonos a puestos operativos y, en el segundo caso, a puestos de mayor nivel.

RESULTADO: Aunque no lo parezca, el resultado de la misión indica la responsabilidad que asume directamente el puesto frente a la organización, y debe ser además de carácter permanente.

El caso expuesto es un ejemplo que no abarca la totalidad de la misión de un jefe de servicio, puesto que debemos tener en cuenta, además de los aspectos reseñados, las tareas de la docencia e investigación.

Ejemplo de misión de un auxiliar de enfermería de hospital de día:

«Administrar cuidados de enfermería a pacientes mediante la provisión, coordinación y soporte de aspectos clínicos de cuidado directo a través del proceso de atención, para garantizar el correcto suministro de cuidados en tiempo y forma, así como la satisfacción del paciente durante su estancia en el centro.»

En la práctica habitual es frecuente que la redacción de la misión del puesto resulte complicada. Por ello, recomendamos que si surgen dificultades se pase a redactar el resto de los aspectos, después de lo cual resultará mucho más sencillo redactar la misión.

Las funciones del puesto se redactan de manera muy similar a las de la misión, salvo que se suele excluir la guía. Las funciones no son ni más ni menos que «qué hace y para qué lo hace»:

Ejemplo de funciones de un médico adjunto:

- Proveer la atención médica necesaria al paciente.
- Solicitar las pruebas diagnósticas y de exploración necesarias para poder determinar la patología del paciente.
- Coordinar la labor de los auxiliares de enfermería asignados al servicio.
- Realizar las intervenciones quirúrgicas de corazón necesarias para eliminar la patología del paciente.
- Asistir a las sesiones clínicas.
- Realizar búsquedas en revistas especializadas sobre los avances en las técnicas curativas relativas a su servicio.
- Establecer y mantener una red de relaciones nacionales e internacionales con profesionales de la misma especialidad.

Con estas indicaciones, ya está en disposición de realizar todas las descripciones de puestos del servicio, aunque no cabe duda de que al principio esta tarea es ardua.

No olvide que las descripciones de puesto necesitan ser actualizadas constantemente, ya que la modificación de algún proceso y la aparición de nuevas técnicas médicas o de nuevas tecnologías, pueden variar sensiblemente las funciones de los puestos e incluso dejarlas obsoletas.

Perfil de competencias del puesto

¿Cómo definir y elaborar la ficha de requerimiento de puestos de trabajo?

La descripción del puesto de trabajo no debe ser tan exhaustiva que se convierta en un corsé para los trabajos realizados por los profesionales; debe ser sobre todo informativa, lo suficientemente amplia como para identificar la parcela de responsabilidad de cada uno de ellos y, lo que es más importante, debe constituir la base para definir los requisitos de dicho puesto, que son la información fundamental para muchas de las políticas de recursos humanos, como se señala en el Apartado 2 del Capítulo 9.

Llegados a este punto, sabemos lo que cada profesional de la organización debe hacer, pero no sabemos todavía qué conocimientos, capacidades y aptitudes requiere cada puesto para que su desempeño sea el mejor.

La ficha de requisitos del puesto consta básicamente de dos áreas:

- a) Formación académica reglada y cursos específicos.**
- b) Competencias.**

El documento escrito que contiene el modelo de competencias de una organización es el Manual de Competencias. Dicho documento reúne:

- Las competencias de la organización.
- La descripción de cada una de ellas.
- Los niveles de desempeño o conductas observables para cada una de ellas.

Las competencias se pueden clasificar en tres tipos:

- **Competencias estratégicas o nucleares.** Son aquellas que deben poseer todos los profesionales de la organización porque esa es su estrategia. En este grupo suelen figurar el trabajo en equipo, la orientación al cliente, la identificación con el servicio, etcétera.
- **Competencias específicas.** Son las competencias que sólo posee un grupo de personas en virtud del tipo de funciones o de ocupación que desempeña (por ello, a veces se denominan competencias ocupacionales). Por ejemplo, los mandos deberán poseer dotes para gestionar personas y para el desarrollo del personal a su cargo. En un área de investigación será necesario que los profesionales sean innovadores y tengan capacidad de análisis y resolución de problemas.
- **Competencias técnicas.** Estas competencias consisten en los conocimientos específicos que poseen los profesionales de la organización y que muchos de ellos han adquirido a través de la formación teórica. También incluyen habilidades técnicas tales como el manejo de ciertos equipos y herramientas, o de procedimientos habituales y frecuentes en el desempeño de las funciones del puesto de trabajo.

La ficha de requisitos del puesto deberá plasmar, por tanto, la formación académica necesaria, las competencias estratégicas, específicas y técnicas necesarias, y el grado en que se deben poseer (Fig. 10.4).

¿Cómo definir un modelo de competencias?

La definición de un modelo de competencias debe constar de tres etapas que corresponden a cada uno de los tres tipos de competencias reseñados anteriormente.

Definición de las competencias estratégicas

El primer paso para definir el modelo de competencias de nuestra organización será identificar las competencias estratégicas de ésta, es decir, aquellas que deben poseer todos los profesionales por el hecho de pertenecer a la organización, independientemente de su categoría, departamento y función. En algunos casos se denominan competencias nucleares o *core competences*. Para ello, será necesario recopilar datos sobre la estrategia de la organización: misión, visión, objetivos estratégicos, valores y principios, cultura; y todos aquellos que nos puedan indicar qué cualidades o características deben tener todos los profesionales de la organización.

A continuación, se llevará a cabo una reunión con el equipo de dirección de la organización, cuyos miembros conocerán bien esa información e incluso habrán participado tal vez en su definición. En suma, deberá participar todo profesional que tenga un conocimiento profundo de toda la organización (véanse Figs. 10.5 y 10.6 más adelante).

En la reunión se preguntará a los asistentes:

«¿Qué cualidades o características deben tener los profesionales de la organización para cumplir con la misión, visión, objetivos estratégicos, valores, etcétera?».

Las respuestas a esa pregunta pueden ser muy variadas:

- Afán de superación.
- Creativos.
- Con iniciativa.
- Que colaboren entre ellos.

LOGOTIPO	REQUISITOS DEL PUESTO		Hospital:			
Fecha: xx/xx/xx	Denominación del puesto: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		Unidad/Servicio: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			
Requisitos genéricos: Categoría _____ Grupo profesional _____		Tiempo de trabajo/jornada: <input type="checkbox"/> Guardia de 24 horas <input type="checkbox"/> Horario habitual <input type="checkbox"/> Nocturnidad <input type="checkbox"/> Fines de semana <input type="checkbox"/> Jornada reducida				
TITULACIÓN ACADÉMICA OFICIAL: Imprescindible: _____ Deseable: _____		CURSOS DE POSGRADO Y OTROS: Imprescindible: _____ Deseable: _____				
EXPERIENCIA PREVIA: Puesto: _____ Tiempo: _____						
CONOCIMIENTOS DE IDIOMAS: (O: Obligatorio; D: Deseable)			CONOCIMIENTOS INFORMÁTICOS: (O: Obligatorio; D: Deseable)			
Tipo	Competencia	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	
Competencias estratégicas	<ul style="list-style-type: none"> • xxx • xxx • xxx • xxx 					
Competencias específicas	<ul style="list-style-type: none"> • xxx • xxx • xxx • xxx 					
Competencias técnicas	<ul style="list-style-type: none"> • Xxx • Xxx • Xxx • xxxx • xxxx • xxxx • Xxx • xxxx 					

Figura 10.4. Modelo de ficha de requisitos de puestos de trabajo.

¿Cómo hacerlo?

- Que trabajen coordinados.
- Entregados al servicio.
- Que se pueda confiar en ellos.
- Responsables.
- Extrovertidos.
- Profesionales en su trabajo.
- Que piensen siempre en el paciente.
- Que sean flexibles en sus opiniones e ideas.
- Que miren por el futuro del servicio.
- Que intenten mejorar día a día.
- Que conozcan cuál es la misión del servicio y cómo encajan ellos en él.
- Respeto por los demás compañeros.
- Que asuman el cambio como algo continuo en el sector en el que trabajan.
- Etcétera.

Como puede observarse, la pregunta ofrece muchas posibilidades y los resultados pueden ser sumamente interesantes. Por lo general cada asistente enumera al menos cinco características, de manera que, si el equipo directivo lo componen diez personas, obtendremos cincuenta respuestas, muchas de ellas coincidentes o similares.

Una vez reunida toda esa información, será necesario agrupar las cualidades que, por su parecido o afinidad, puedan ser similares o susceptibles de referirse a una misma competencia. Probablemente será necesaria alguna matización sobre el significado de cada una de las cualidades. Así, «Que trabajen coordinados» puede referirse a trabajo en equipo o a capacidad de coordinación.

Una vez agrupada por afinidad la información, habrá que darle nombre al grupo. Continuando con nuestro ejemplo, podríamos hacer los siguientes grupos:

1. Creatividad: creativos.
2. Iniciativa: con iniciativa.
3. Mejora continua: afán de superación, que intenten mejorar día a día.
4. Relaciones interpersonales: respeto por los demás compañeros, extrovertidos.
5. Responsabilidad: profesionales en su trabajo; responsables, que se pueda confiar en ellos.
6. Orientación al paciente: que piensen siempre en el paciente.
7. Identificación con el servicio: que conozcan cuál es la misión del servicio y cómo encajan ellos en ella; que miren por el futuro del servicio; entregados al servicio.
8. Visión global: que conozcan cuál es la misión del servicio y cómo encajan ellos en él.
9. Flexibilidad: que sean flexibles en sus opiniones e ideas.
10. Adaptabilidad al cambio: que asuman el cambio como algo continuo en el sector en el que trabajan.
11. Trabajo en equipo: que colaboren entre ellos; que trabajen coordinados.

Esta agrupación puede cambiar si el significado con el que se han presentado las cualidades es otro. Por ello, debe existir diálogo continuo en la reunión y consenso en las agrupaciones.

Si el número de grupos es excesivo una vez realizadas todas las agrupaciones, será necesario jerarquizarlos para poder desechar alguno de ellos o para no considerarlo como estratégico. Aunque no existe ninguna regla, el número de competencias estratégicas de una organización no debe superar las siete u ocho. Para que la gestión de la organización sea cómoda, recomendamos que no superen las cinco. Debemos tener

en cuenta que las competencias son cualidades que deben poseer los profesionales de la organización sin que por ello tengan que convertirse en «*supermanes*». Además, la definición de las competencias estratégicas debe modificarse siempre que lo haga alguno de los criterios estratégicos que han servido para determinarlas; es decir, un cambio de estrategia, de misión o de objetivos estratégicos, justifica una modificación del listado de competencias, para introducir algunas nuevas y desechar otras que ya no sean esenciales para la organización.

Llegados a este punto hemos completado la fase más importante de la definición de las competencias estratégicas: su identificación. A continuación, y dentro de la misma sesión de trabajo, habremos de trabajar sobre la descripción de cada una de ellas.

Lo veremos muy fácilmente con un ejemplo. Supongamos que, como se ha visto en el caso anterior, en una organización, después de analizar cuáles son las competencias estratégicas, se ha llegado a la conclusión de que el trabajo en equipo es una cualidad que deben poseer todos los profesionales de la organización. ¿Qué se entiende por trabajo en equipo? Sin ninguna duda, el equipo directivo deberá definir qué es trabajo en equipo en la organización a la que pertenecen, porque no en todas las organizaciones se entiende lo mismo por trabajo en equipo. A continuación, ofrecemos varias definiciones de lo que puede entenderse por trabajo en equipo:

- **Descripción 1:** «Disposición para participar como miembro totalmente integrado en un equipo del cual no se tiene por qué ser necesariamente el jefe; colaborador eficaz incluso cuando el equipo se encuentra trabajando en algo que no está directamente relacionado con intereses personales».
- **Descripción 2:** «Tendencia o disposición para participar e integrarse con otras personas en la consecución de objetivos, por lo general difícilmente alcanzables mediante el esfuerzo individual. Las personas que tienen esta competencia suelen cooperar y encajar con otras en el esfuerzo conjunto por conseguir determinadas metas».
- **Descripción 3:** «Capacidad de colaborar con los integrantes de un equipo para alcanzar un objetivo común, de manera que se aproveche el potencial de cada uno de sus miembros».
- **Descripción 4:** «Integrarse con otras personas propiciando la cooperación necesaria para la consecución de objetivos comunes».

Como puede observarse, la interpretación de una competencia puede conducir a varias descripciones, con matices que en algunos casos son importantes.

La dinámica de trabajo para continuar la reunión consistirá en establecer dos o tres grupos de trabajo a los que se repartirán algunas competencias, de modo que cada equipo trabaje sobre la descripción de varias. Una vez descritas, se pone en común el resultado para que todos puedan conocerlo y expresar cualquier opinión que redunde en una mayor exactitud de las descripciones.

Ya tenemos la descripción de las competencias estratégicas de la organización. No ha sido una tarea sencilla, pero tampoco baldía. Así pues, podemos dar por terminada la sesión de definición de competencias estratégicas.

A partir de ahora, la dinámica de trabajo cambia. Utilizaremos las entrevistas de trabajo para la siguiente fase del proceso: establecer los niveles de las competencias.

Las descripciones realizadas son el punto de partida para establecer los niveles de las competencias. ¿Cómo sabemos que una persona trabaja más en equipo que otra? La respuesta a esta pregunta crea la necesidad de definir cuáles son los niveles de desempeño de las competencias. En definitiva, son las conductas observables que per-

miten discriminar e identificar quién trabaja bien en equipo y quién necesita desarrollar la competencia. Es recomendable que cada competencia tenga cuatro niveles. Dos razones avalan dicha recomendación: la primera es que, al ser un número par, se evita que los futuros evaluadores, para ser imparciales, elijan el número central (3 de 5, 4 de 7). De este modo, se les obliga en caso de duda a elegir entre el 2 y el 3, el 2 con sesgo negativo y el 3 con sesgo positivo. La segunda es que es más sencillo identificar conductas observables claramente diferentes para cada nivel cuanto menor sea el número de niveles. Con muchos niveles, puede resultar difícil identificar conductas que correspondan a cada nivel, y en algunos casos pueden no existir diferencias apreciables entre ellas.

Para la definición de niveles se realizarán entrevistas individuales con cada uno de los miembros que participaron en la sesión de definición de competencias estratégicas y, con la descripción de las competencias en mano, se les preguntará: ¿Cuáles son los comportamientos de una persona que le permiten decir que posee la competencia en un grado excelente? Asimismo se les preguntará: ¿Cuáles son los comportamientos de una persona que le permiten decir que necesita desarrollar la competencia? Identificando ambos extremos será fácil extrapolar el resto de niveles.

Ejemplo de niveles de la competencia «Trabajo en equipo»:

- **Nivel 1:** *Coopera.*
 - Participa y coopera en el equipo.
 - Apoya las decisiones del equipo.
 - Mantiene informado al equipo compartiendo toda la información relevante para el logro de un objetivo común.
 - Lleva a cabo las tareas encomendadas por el equipo.
- **Nivel 2:** *Interactúa.*
 - Solicita sugerencias y colabora.
 - Participa activamente en el equipo.
 - Propone soluciones y solicita sugerencias para lograr el objetivo común.
 - Colabora con otros en la resolución de incidencias.
 - Valora las ideas y experiencias de los demás integrantes del equipo.
- **Nivel 3:** *Anima y motiva equipos.*
 - Estimula a su equipo a trabajar conjuntamente.
 - Promueve que otros profesionales presenten su punto de vista aunque difiera del suyo, valorando sus ideas.
 - Afronta los problemas del equipo con energía y optimismo.
 - Reconoce públicamente y celebra los éxitos individuales y del grupo.
- **Nivel 4:** *Desarrolla el compromiso de equipo.*
 - Contribuye al desarrollo de los integrantes del equipo y sabe reconocer el mérito de cada uno, resaltando sus valores positivos.
 - Da feedback sobre la evolución del grupo a tiempo, de forma que éste sea constructivo y ayude a mejorar.
 - Cooperación más allá de su equipo, abarcando toda la organización.
 - Distribuye eficazmente las funciones de cada uno de los integrantes, según sus habilidades y capacidades, para conseguir el objetivo común.

Este aspecto es el más esencial de todos, porque los niveles contienen los factores que van a medir el desempeño de los profesionales de la organización.

Otro método que se puede utilizar para establecer los niveles de una competencia, y que está más orientado a la realización posterior de una evaluación del desempeño, consiste en listar una serie de conductas observables.

En el caso de trabajo en equipo, tendríamos los siguientes ejemplos:

- Colabora con el jefe de servicio, mostrando iniciativa y aportando propuestas y soluciones.
- Se muestra positivo y colaborador en las reuniones del servicio y con otros servicios.
- Actúa como un factor de consenso de las distintas opiniones y perspectivas dentro de su equipo.
- Colabora y ayuda activamente a los compañeros en el análisis y resolución de problemas.
- Comparte información relevante para el desarrollo del trabajo con el jefe de servicio y el resto del equipo.
- Conoce y comprende el trabajo que realizan otros servicios y áreas de apoyo en el centro (servicios generales, financiero, de personal, etc.).

Una vez identificadas las conductas observables de los niveles de las competencias, será necesario que los que han participado en el proceso refrenden los resultados. En ese momento se dará por concluida la fase de definición de las competencias estratégicas de la organización.

Definición de las competencias específicas

En cuanto a las competencias específicas, el procedimiento de trabajo es el mismo, pero con grupos de personas que pertenezcan a distintas áreas y niveles de la organización o cuyos puestos de trabajo tengan una misión, funciones y responsabilidad similar.

Así pues, se podría formar un grupo de facultativos especialistas de área, otro de jefes de servicio, otro de celadores, auxiliares de enfermería, etcétera. Esta tarea de identificación de los «puestos tipo» de la organización no es sencilla. En caso de elegir el colectivo de facultativos especialistas de área, será necesario segmentarlo en función del servicio o área en el que desempeñan sus funciones: urgencias, consultas externas, hospitalización, cirugía, corazón, hospital de día, etcétera. Cada puesto tipo requerirá unas competencias específicas distintas, aunque es posible que alguna coincida, puesto que todos son médicos.

Por ejemplo, el puesto de facultativo de urgencias puede requerir la competencia de «Autocontrol», que no es necesaria en otro tipo de profesionales. Sin embargo, es posible que en todos ellos se requiera la competencia de «Orientación al paciente» (suponiendo que no sea estratégica), puesto que todos ellos están en contacto directo y permanente de una u otra manera. A este respecto, los profesionales de áreas como la de laboratorio, aunque de manera indirecta, también deben poseer dicha competencia.

La elección de las personas que van a participar en cada una de las reuniones no es arbitraria: se debe escoger a los mejores profesionales en cada uno de los puestos, así como a las personas que conozcan perfectamente el contenido de éstos.

Con cada grupo se procederá de modo análogo a como se hizo con el equipo de dirección. Por ejemplo, en el caso del grupo de facultativos del área de cardiología se les preguntará:

«¿Qué cualidades o características deben tener los profesionales de cardiología para cumplir de manera excelente los cometidos y funciones de su puesto de trabajo?»

No cabe duda de que aparecerán algunas cualidades que ya se identificaron en las competencias estratégicas, por lo que tendremos parte del trabajo ya realizado; sin embargo, aparecerán otras peculiares que determinarán la especificidad del puesto dentro de la organización.

El proceso de descripción de las competencias y de identificación de conductas observables es igual al que se siguió con las competencias estratégicas.

Definición de las competencias técnicas

Las competencias técnicas son un inventario de conocimientos y habilidades técnicas que deben poseer los profesionales de la organización para el correcto desempeño de los puestos de trabajo.

Por ejemplo, en el caso de un médico del servicio de cardiología y de la unidad de arritmias, podrá ser necesario, aparte de haber cursado los estudios de medicina y haber sido MIR en la especialidad correspondiente, saber:

- Realizar e interpretar electrocardiogramas, ecocardiogramas y estudios hemodinámicos.
- Diagnosticar y tratar enfermedades cardiovasculares.
- Conocer los factores de riesgo de las distintas patologías y prevenirlos.
- Interpretar o indicar cardiología nuclear.
- Realizar o indicar estudios de revascularización coronaria intervencionista.
- Realizar implantes de marcapasos y desfibriladores.
- Realizar o indicar técnicas y estudios isotópicos.

Dado su nivel de especificidad, probablemente el listado de competencias técnicas resulte muy extenso. Por ello, cuando el número de competencias técnicas resulta excesivo y es necesario establecer algún criterio de jerarquización, además del juicio personal de los profesionales que han participado en su definición, se puede utilizar una metodología complementaria que aporte más información al proceso y ayude a discriminar la importancia de dichas competencias, de manera que se valoren sólo aquellas que realmente sean importantes y necesarias para el servicio en el momento de definir las.

La metodología consiste en identificar todos aquellos *inputs* del servicio que nos permitan detectar qué aspectos son relevantes en su funcionamiento diario. Hoy en día los mejores indicadores de las organizaciones son los clientes, los controles de calidad, los registros de incidencias y la opinión de los profesionales. Estas cuatro fuentes de información permitirán elaborar un listado de aspectos que es necesario mejorar y sobre los cuales deberán poner énfasis los profesionales del servicio, para lo cual deberán poseer las habilidades y conocimientos necesarios.

Ese listado de aspectos que hay que mejorar deberá depurarse, de manera que se establezca una jerarquía en función de factores tales como:

- Riesgo que supone para los pacientes.
- Probabilidad de darse.
- Volumen de dedicación que supone respecto del total de horas trabajadas.
- Necesidad de conocer un nuevo equipamiento.

Como es lógico, se pueden utilizar más criterios, pero consideramos que los que hemos expuesto son suficientes para reducir el número de aspectos identificados. El listado resultante habrá que convertirlo en cualidades/habilidades que deben poseer los profesionales del servicio para que no se produzcan de manera que se cumplan los estándares de calidad, se reduzcan al mínimo las incidencias y se logre la máxima satisfacción del paciente. Como se puede observar, llegamos al mismo resultado que con las reuniones de grupo.

El último paso será diferenciar entre competencia específica y competencia técnica e identificar a qué puestos de trabajo se le asignan.

Conviene que todos los puestos tengan definido el mismo número de competencias, por ejemplo cinco estratégicas, tres específicas y siete técnicas, o cualquier otra combinación.

A continuación, reflejamos gráficamente esta metodología:



Figura 10.5. Metodología para definir competencias en casos complejos.

A continuación, resumimos gráficamente el proceso de definición de un modelo de competencias:

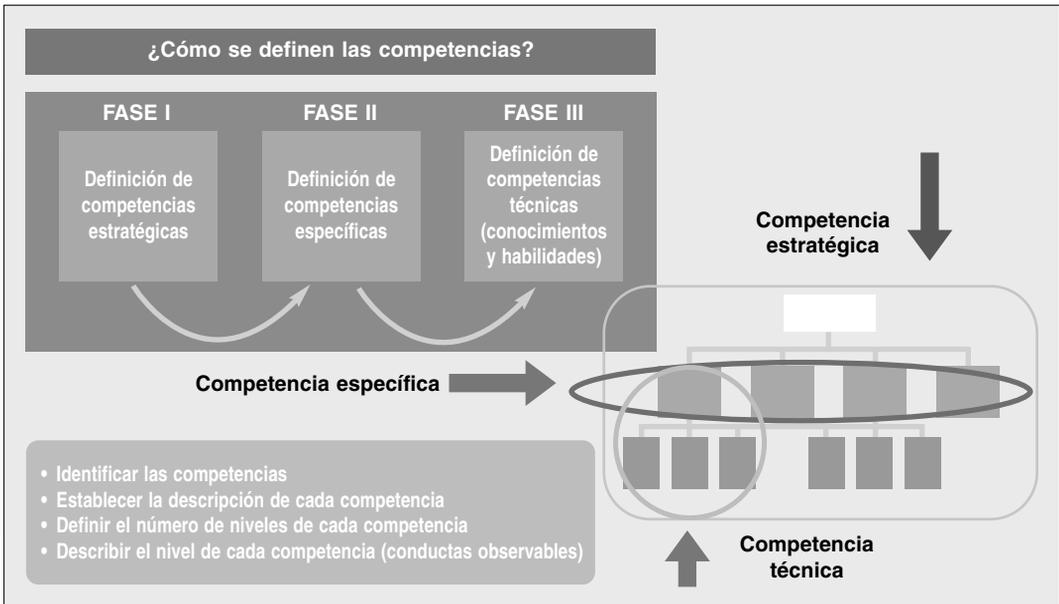


Figura 10.6. Proceso de definición de un modelo de competencias.

¿Cómo hacerlo?

Formación

La formación es un aspecto estratégico en la gestión de recursos humanos, puesto que es necesaria para que los profesionales de la organización desempeñen de manera excelente los cometidos asignados a sus puestos de trabajo. Permite alcanzar la excelencia en el servicio al paciente y constituye un elemento diferenciador con el resto de las organizaciones sanitarias.

No sólo debe servir para adquirir conocimientos, sino también para conocer técnicas y herramientas que permitan poner en práctica habilidades tales como el trabajo en equipo, la gestión de personas, la planificación del tiempo, el trato con el paciente, etcétera.

La formación es algo de lo que se benefician todos los profesionales del centro, y es misión de la dirección el definir la estrategia más adecuada o, en su defecto, dar la libertad suficiente como para que cada unidad o servicio pueda definir la suya propia.

¿Cómo realizar una adecuada detección de las necesidades formativas?

Por un lado, la dirección de la organización debe definir qué formación quiere dar a sus profesionales por el hecho de pertenecer a la organización y por el hecho de tener una estrategia definida.

Si se ha definido que una de las competencias estratégicas es el trabajo en equipo, será necesario formar en dicha habilidad a todos los profesionales, y además que el equipo directivo predique con el ejemplo demostrando que sabe trabajar en equipo y que lo pone en práctica.

Si se ha definido en la estrategia que el centro debe convertirse en un referente sanitario en el tratamiento de afecciones del pulmón, deberá potenciarse la formación en técnicas, herramientas, procesos, etcétera, relacionados con dicho órgano.

En algunos casos, este componente «*top-down*» de la formación suele incluir la asistencia a cursos de especialización de posgrado o internacionales destinados a profesionales facultativos. También puede incluir un máster, de gestión clínica o similar, dirigido a las personas que lo requieran por el puesto de mando que ocupan. Esta formación la suele definir y decidir la dirección del centro, y está ligada a la estrategia de la organización.

Por otro lado, existe una formación más específica que tiene que ver con los conocimientos técnicos de cada una de las áreas o puestos de trabajo y que debe estar definida continuamente en función de las necesidades particulares de cada unidad/servicio en un proceso «*bottom up*». Éste es el proceso en el que vamos a poner especial énfasis. Para conocer cuáles son las necesidades de los profesionales de la organización en este sentido, es necesario utilizar un cuestionario de identificación de las necesidades formativas.

Para elaborar un cuestionario de necesidades formativas será necesario, en primer lugar, establecer un listado de todos los conocimientos necesarios en las distintas unidades o servicios y en los puestos de trabajo del centro. Sin ninguna duda, puede corresponder a la información contenida en las fichas de requisitos de puestos de trabajo o perfil de competencias. Bastaría con realizar una consolidación de dicha información agrupándola por áreas de conocimiento homogéneas, lo que nos daría un primer listado.

Para ello, se elaborará un inventario con una estructura que podría ser, para cada servicio, similar a la presentada en el Cuadro 10.1. Además, será necesario contar con la opinión de los responsables de las distintas áreas para que maten el contenido de ese primer inventario de conocimientos y habilidades. El Cuadro 10.1 muestra un

CUADRO 10.1 Ejemplo de inventario de conocimientos/habilidades**Manejo de materiales/herramientas:**

- Escáner tipo _____
- Rayos X tipo _____
- Osciloscopio _____
- Desfibrilador modelo _____
- Resonancia magnética
- HPLC
- Microscopio modelo _____
- ...

Procesos asistenciales/clínicos:

- Proceso de admisión
- Proceso de urgencias
- Proceso de radiodiagnóstico
- ...

Idiomas:

- Inglés
- Francés
- ...

Habilidades técnicas:

- Artroscopias
- Laparoscopias
- Operaciones robotizadas
- Angioplastias
- Movilidad de pacientes
- ...

Habilidades generales de gestión:

- Trabajo en equipo
- Gestión eficaz del tiempo
- Dirección de reuniones
- Liderazgo organizativo
- Técnicas de negociación

- Análisis y resolución de problemas
- Estrés laboral
- ...

Informática/sistemas:

- Sistema operativo Windows
- Correo electrónico interno
- Hojas de cálculo
- Tratamiento de textos
- Sistema informático de historiales
- Sistema informático de admisión
- Base de datos de laboratorio
- ...

Seguridad en el trabajo:

- Normativa sobre seguridad
- Manejo de material radiactivo
- Esterilización de áreas quirúrgicas
- Asepsia en quirófanos y laboratorio de hemodinámica
- Tomas de tierra en instalaciones eléctricas
- Proceso de evacuación del centro
- ...

Conocimientos teóricos funcionales:

- Los propios de cada especialidad
- Funcionamiento de instalaciones eléctricas
- Nóminas y seguros sociales
- Definición de modelos de gestión de la calidad
- Finanzas para no financieros
- Gestión de *stocks*
- Uniformidad

ejemplo de posible estructuración de los conocimientos/habilidades. Indudablemente es una relación de posibles áreas que deberán contener de manera desglosada todos aquellos conocimientos y habilidades específicas que puedan ser susceptibles de conformar una acción formativa.

Una vez establecida la relación de todos los conocimientos (que ocupará unas cuantas páginas), es necesario elaborar el cuestionario que, una vez cumplimentado por todos los profesionales del centro, permitirá establecer prioridades en los planes de formación. Dicho cuestionario es el que aparece en la Figura 10.7. Obsérvese que para un servicio concreto el cuestionario agrupará todos los conocimientos requeridos por los profesionales de ese servicio, siendo éstos muy afines entre sí. Sin embargo, el mismo cuestionario para todo el centro reflejará una gran diversidad de conocimientos, representativos de todos los servicios y áreas funcionales del centro.

Una vez cumplimentado el cuestionario por parte de todos los profesionales del centro, será necesario tratar la información estadísticamente para determinar qué acciones formativas se deben impartir durante el ejercicio que se está planificando, así como los profesionales que deben asistir a dichas acciones.

CUESTIONARIO DE DETECCIÓN DE NECESIDADES FORMATIVAS

La encuesta de necesidades formativas se debe llevar a cabo individualmente. En el cuestionario adjunto, especifique con una x las necesidades de formación que podrían ayudarle a desarrollar mejor las tareas de su puesto; señale aquellas en las que estime que es necesario recibir formación (diez como máximo).

Una vez realizada su elección, priorice las acciones elegidas asignando el 1 a la máxima prioridad, continuando sucesivamente según el orden de importancia hasta llegar al 10 para la mínima prioridad.

DATOS IDENTIFICATIVOS:

Unidad/servicio _____
 Categoría profesional _____

ACCIONES FORMATIVAS:

I. MANEJO DE MATERIALES/HERRAMIENTAS	Elección (máx. 5)	Prioridad (1-5)
Escáner tipo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rayos X tipo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osciloscopio _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desfibrilador modelo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resonancia magnética	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HPLC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Microscopio modelo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Máquina limpiasuelos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soldador oxiacetilénico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Máquina para mover palés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II. INFORMÁTICA/SISTEMAS		
Sistema operativo Windows	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Correo electrónico interno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hojas de cálculo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamiento de textos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistema informático de historiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistema informático de admisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Base de datos de laboratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
III. PROCESOS ASISTENCIALES/CLÍNICOS		
Clasificación de GRD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Documentación de historias clínicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proceso de consultas externas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proceso de urgencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proceso de hospitalización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IV. SEGURIDAD EN EL TRABAJO		
Normativa sobre seguridad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manejo de material radiactivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esterilización de áreas quirúrgicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Cómo hacerlo?

Figura 10.7. Cuestionario de detección de necesidades formativas.

(Continúa)

	Elección (máx. 5)	Prioridad (1-5)
Asepsia en quirófanos y laboratorio de hemodinámica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomas de tierra en instalaciones eléctricas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proceso de evacuación del centro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prevención de riesgos laborales (básico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prevención de riesgos laborales (medio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prevención de riesgos laborales (superior)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V. IDIOMAS		
Inglés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Francés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VI. HABILIDADES TÉCNICAS		
Artroscopias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laparoscopias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operaciones robotizadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angioplastias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VII. CONOCIMIENTOS TEÓRICOS FUNCIONALES		
Los propios de la especialidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mantenimiento de instalaciones eléctricas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nóminas y seguros sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificación de parámetros de calidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Definición de modelos de gestión de la calidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finanzas para no financieros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIII. HABILIDADES GENERALES DE GESTIÓN		
Dirección y gestión de equipos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dirección de reuniones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dirección por objetivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Análisis de problemas y toma de decisiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liderazgo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motivación de equipos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desarrollo de colaboradores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestión del tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habilidades de comunicación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comunicación escrita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestión de la información	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Negociación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presentaciones eficaces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestión de reclamaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajo en equipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creatividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agradecemos su participación.		

Figura 10.7. (Cont.)

El resultado del estudio serán unos programas de formación que agruparán distintas acciones formativas por áreas temáticas, y que se corresponden con las más demandadas por el colectivo de profesionales del centro, (Cuadro 10.2).

Herramienta de apoyo a la definición de acciones formativas

El servicio tendrá asignado un presupuesto para la formación. En la medida en que este presupuesto sea generoso, se podrá acometer mayor número de acciones formativas que redundarán, si se cumplen los objetivos, en un mejor desempeño de los profesionales en sus puestos de trabajo.

Los programas deberían estar compensados e incluso convendría realizar varias sesiones del mismo curso en distintos días u horarios para dar opción de asistir a todos los interesados que, por la naturaleza de su puesto de trabajo a turnos o guardias, tuvieran dificultades para hacerlo.

Cada acción formativa deberá tener una ficha descriptiva que contenga todas las particularidades necesarias para su impartición. En el Cuadro 10.3 se muestra un modelo de ficha.

Asimismo, existe otro tipo de actividades de formación que no consisten exclusivamente en acciones formativas. Son tales como:

- Asistencia a congresos internacionales.
- Lectura de las revistas de la especialidad.
- Visita a páginas *web* relacionadas con el servicio.
- Conexión y búsqueda de documentación a través de redes bibliográficas.
- Etcétera.

CUADRO 10.2 Programas de formación

Programa I: CONOCIMIENTOS TÉCNICOS FUNCIONALES

Acciones: Mantenimiento de instalaciones y edificios
 Contabilidad básica
 Técnicas de selección de personal
 Optimización del transporte de material
 Sintomatología en afecciones cutáneas
 Incompatibilidad de medicamentos en el tratamiento del sida

Programa II: INFORMÁTICA

Acciones: Tratamiento de textos
 Sistema de información de historiales clínicos
 Sistema de información de admisión de pacientes

Programa III: HABILIDADES GENERALES DE GESTIÓN

Acciones: Dirección y gestión de equipos
 Dirección de reuniones
 Liderazgo
 Motivación de equipos

Programa...

CUADRO 10.3 Ficha de acciones formativas**Plan de formación****Ficha de acciones formativas****Acción:** LA CALIDAD DEL SERVICIO COMO HERRAMIENTA DIFERENCIADORA**Prioridad:** Muy alta**Objetivos:**

- Familiarizarse con los conceptos del EFQM.
- Motivar y concienciar a los asistentes de la importancia de la calidad en el servicio.
- Plantear diferentes metodologías para la mejora en el servicio al paciente.
- Indicadores de calidad del servicio.

Contenidos:

- Planteamiento estratégico de la calidad según el Modelo Europeo de la EFQM.
- La satisfacción del paciente: concepto de calidad del servicio.
- Cómo atender a los pacientes según sus necesidades. Tipología de pacientes.
- Cómo conseguir la satisfacción global del paciente.
- Habilidades de relación interpersonal presencial y telefónica.
- Cómo tratar situaciones y pacientes difíciles.

Colectivos:

- Administrativos
- Médicos adjuntos
- Auxiliares de enfermería de consultas externas, hospitalización y hospital de día
- Celadores
- Recepcionistas
- Responsables de mantenimiento
- Equipo médico de urgencias y consultas externas
- Responsables de calidad
- Responsables de formación
- ...

Tipo de acción: Presencial externa**Presupuesto:** xxx
(en miles)**Duración prevista:** 18 horas**Horarios:** Tres días de 9 a 15
Tres días de 15 a 21**Número de sesiones:** 2**Lugar de impartición:** Sala 3 del centro**Asistentes por sesión:** 12**Empresa/formador:** xxx**¿Cómo realizar una adecuada evaluación de la formación que han recibido?**

La evaluación de la formación es un aspecto fundamental y necesario para lograr la máxima eficacia de las acciones formativas. Es de suponer que un conocimiento teórico permite adquirir ciertas habilidades que se deben llevar a la práctica con la consiguiente mejora en el desempeño.

La evaluación se realiza a través de cuestionarios que cumplimentan los asistentes, donde se les pide opinión acerca de la materia impartida, la metodología utilizada, la profesionalidad del formador, condiciones de la sala, etcétera.

La información recogida en los cuestionarios de evaluación deberá ser debidamente tratada y analizada con objeto de poder tomar medidas correctoras que mejoren cualquier aspecto en el que se hayan observado deficiencias, tales como el dominio de la materia de los formadores, la adecuación de los contenidos a las necesidades del puesto, la facilidad de aplicación práctica de los conocimientos impartidos, la adecuación del número de asistentes, condiciones de la sala, convocatoria al curso, etcétera. Todos estos indicadores permitirán tomar decisiones para mejorar la impartición de las acciones formativas del siguiente ejercicio. En el Cuadro 10.4 se muestra una ficha de evaluación de la formación.

Pero la evaluación de la formación no se limita al mero análisis de los datos del cuestionario: es necesario comprobar que los conocimientos adquiridos se ponen en práctica a través de habilidades, y esto sólo es posible mediante la observación directa en el puesto de trabajo. El centro ha apostado por un compromiso con la formación de sus profesionales; por ello, éstos también deben poner de manifiesto que el esfuerzo realizado por el centro no ha sido en balde y que los resultados son palpables y se materializan en hechos. Esta información se puede recopilar de manera informal con los responsables jerárquicos de los asistentes al curso preguntándoles: ¿en qué se nota que ha asistido al curso?, ¿cuáles son las mejoras que ha notado desde que asistió al curso?, etcétera.

Existe otro escalón más en la evaluación de la formación, pero que queda lejos de tener una validez exacta. Se trata de medir qué beneficios o ahorros se han producido por el hecho de asistir a un curso. Por ejemplo, si se asiste a un curso donde se enseña una nueva práctica de intervención quirúrgica que permite un ahorro de un 10% en hilo de sutura, lo normal es que al cabo de un tiempo se haya producido una disminución en la compra de ese material que puede ser cuantificable.

Asimismo, si se adquiere un nuevo fármaco que reduce en dos días el tratamiento de una afección será posible reducir el tiempo de estancia medio de los pacientes y ello se traducirá en una reducción de los gastos.

El problema de este tipo de evaluación es que, a veces, el ahorro no está directamente relacionado con la formación, sino que influyen otros factores como la mejora en la organización del trabajo, la implantación de una nueva tecnología, la variación de precios de compra, etcétera. En cualquier caso, parte del ahorro siempre será resultado de una mejora en la cualificación del personal del centro, lo que justifica las inversiones realizadas en formación, siempre y cuando éstas se encuentren razonablemente definidas y optimizadas a fin de que se ajusten a lo que cada profesional necesita en cada momento para aportar lo mejor de sí en la consecución de los objetivos de su servicio y, en definitiva, contribuir a la estrategia definida por la dirección del centro.

Desarrollo de recursos humanos

La palabra «desarrollo» designa numerosas funciones de recursos humanos, todas ellas encaminadas a lograr que el profesional que trabaja en la organización pueda evolucionar personal y profesionalmente en un entorno favorable, poniendo a su servicio la formación, el aprendizaje continuo y unas expectativas ajustadas a lo que desea.

No podemos negar, pues, que la formación es una herramienta que favorece el desarrollo profesional y que ese desarrollo será mejor en la medida en que la selección haya permitido contratar a un profesional que se adapta perfectamente al puesto de trabajo y tiene expectativas de mejora.

CUADRO 10.4 Ficha de evaluación de la formación

Plan de formación

Ficha de evaluación

Acción: **LA CALIDAD DEL SERVICIO COMO HERRAMIENTA DIFERENCIADORA**

Puntúe de 1 a 10 (1 mal y 10 excelente) cada una de las afirmaciones siguientes:

Profesorado y contenidos:

- El profesorado dominaba la materia
- El profesorado ha sabido contestar a las preguntas formuladas por los asistentes
- El profesorado ha empleado técnicas formativas adecuadas a los contenidos
- El profesorado ha hecho el curso muy ameno y participativo
- He aprendido mucho con este curso
- Lo que he aprendido me será muy útil para mi puesto de trabajo
- Lo que he aprendido lo podré poner en práctica ya

Instalaciones y herramientas:

- La sala donde se ha impartido el curso:
 - Tenía la iluminación necesaria
 - Estaba bien acondicionada
 - La disposición de los asistentes era adecuada al tamaño
- Los materiales utilizados:
 - Eran todos los necesarios
 - Estaban en buenas condiciones

Convocatoria y logística:

- Se le ha convocado al curso con antelación suficiente
- Usted había solicitado la inscripción al curso
- Le ha sido sencillo llegar al lugar de impartición del curso
- Le han facilitado información sobre los contenidos del curso

Otros:

¿Qué cosas le han gustado más del curso? _____

¿Qué cosas le han gustado menos del curso? _____

¿Cómo hacerlo?

Sin embargo, detrás de todo esto están las rutas profesionales o mapas de carreras que trazan los caminos que podrán recorrer los profesionales en su andadura por la organización.

Elaboración de un mapa de carreras profesionales

El desarrollo profesional es un elemento fundamental en la motivación de cualquier persona. Al igual que en nuestra vida vamos madurando personalmente, también necesitamos madurar en nuestra vida profesional.

En el ámbito de las organizaciones sanitarias, la titulación es un aspecto que marca la trayectoria profesional de las personas; en algunos casos además se hace imprescindible la especialización debido a la complejidad técnica del conocimiento. Por ello, podemos diferenciar claramente dos rutas o carreras profesionales para las dos principales titulaciones que confluyen en las instituciones sanitarias: la carrera de medicina y la de enfermería.

Una ruta profesional es como una escalera, con una sucesión de escalones («puestos de trabajo») que se pueden ir subiendo («promoción/ movilidad») y cuya distancia no es demasiado grande («puestos afines en cuanto a requisitos») para que la ascensión resulte sencilla.

Por tanto, para elaborar una ruta profesional tendremos que diseñar una sucesión de puestos de trabajo cuyos requisitos no sean muy diferentes y que dibujen una trayectoria ascendente dentro de la organización, desde los puestos de entrada (y por tanto de menor responsabilidad) hasta los puestos directivos (máxima responsabilidad). Asimismo, las rutas profesionales deberán recoger aquellas posibilidades no directamente relacionadas con la promoción (ascendente), sino con la movilidad funcional a un puesto de similar nivel (horizontal).

Ruta profesional de médico adjunto

La ruta profesional comienza con los puestos de entrada; en este caso el puesto de entrada será el de médico adjunto (suponemos que ha terminado el período de MIR) de una unidad o servicio específico. Para ese puesto se definen habitualmente, en la medida de lo posible, cuatro puestos potenciales: dos de promoción y dos de rotación horizontal que representen los movimientos naturales dentro de la organización.

Este puesto de trabajo tiene claramente definidos sus requisitos, tanto en cuanto a conocimientos como en cuanto a habilidades y aptitudes, e incluso el nivel requerido de cada uno de ellos. Supongamos que un médico adjunto se incorpora al puesto de «Médico adjunto del servicio de Cardiología Clínica», para el que se han definido cinco competencias estratégicas y específicas (aptitudes) y siete competencias técnicas (conocimientos y habilidades):

Competencias estratégicas y específicas:

<i>Trabajo en equipo</i>	nivel 2
<i>Orientación al paciente</i>	nivel 3
<i>Autocontrol</i>	nivel 4
<i>Responsabilidad</i>	nivel 3
<i>Mejora continua</i>	nivel 3

Competencias técnicas:

<i>Tratamiento y diagnóstico de patologías cardíacas</i>	nivel 3
<i>Indicación de procedimientos terapéuticos masivos</i>	nivel 3
<i>Indicación de cirugía de enfermedades cardíacas</i>	nivel 4
<i>Interpretación de ecocardiogramas</i>	nivel 3
<i>Interpretación de electrocardiogramas</i>	nivel 3
<i>Asepsia de zonas quirúrgicas</i>	nivel 3
<i>Herramientas y recursos para la intervención</i>	nivel 3

Una vez que tenemos identificadas las competencias necesarias y el nivel de cada una de ellas, haremos lo mismo para aquellos puestos que pueden constituir el siguiente escalón en la ruta profesional del médico adjunto. En todos los casos, identificaremos al menos cuatro puestos, uno o dos de posible promoción (rotación vertical), y el res-

to, de posible movilidad funcional (rotación horizontal). En este caso, el puesto de promoción será el de jefe de sección, y los puestos de rotación horizontal, cualquiera de los puestos de médico adjunto de las áreas afines dentro del mismo servicio; en el caso del servicio de cardiología podrá optar por las áreas de hemodinámica, arritmias, rehabilitación cardíaca, unidad coronaria, registros masivos... No cabe duda de que las posibilidades de rotación dependen del tamaño del centro.

Pongamos, como ejemplo los siguientes requisitos del puesto de jefe de sección:

Competencias estratégicas y específicas:

<i>Trabajo en equipo</i>	nivel 3
<i>Orientación al paciente</i>	nivel 4
<i>Responsabilidad</i>	nivel 4
<i>Mejora continua</i>	nivel 4
<i>Organización</i>	nivel 3

Competencias técnicas:

<i>Gestión clínica</i>	nivel 4
<i>Interpretación de electrocardiogramas</i>	nivel 3
<i>Coordinación de la investigación</i>	nivel 3
<i>Interpretación de ecocardiogramas</i>	nivel 4
<i>Indicación de cirugía de enfermedades cardíacas</i>	nivel 4
<i>Coordinación de la docencia</i>	nivel 3
<i>Asepsia de zonas quirúrgicas</i>	nivel 3

Supongamos que se fijan los siguientes requisitos del puesto de «médico adjunto del área de arritmias»:

Competencias estratégicas y específicas:

<i>Trabajo en equipo</i>	nivel 2
<i>Orientación al paciente</i>	nivel 3
<i>Autocontrol</i>	nivel 2
<i>Responsabilidad</i>	nivel 3
<i>Mejora continua</i>	nivel 3

Competencias técnicas:

<i>Tratamiento y diagnóstico de patologías cardíacas</i>	nivel 4
<i>Indicación de procedimientos terapéuticos masivos</i>	nivel 4
<i>Medicina nuclear</i>	nivel 3
<i>Hemodinámica</i>	nivel 3
<i>Indicación de cirugía de enfermedades cardíacas</i>	nivel 3
<i>Tratamiento de episodios agudos en pacientes</i>	nivel 2
<i>Interpretación de ecocardiogramas</i>	nivel 3

El mismo procedimiento podría seguirse con otros puestos afines para la rotación horizontal.

Una vez conocidos los requisitos de los puestos, será necesario establecer un mapa comparativo de los requisitos para cada una de las competencias. Para ello, se suele utilizar la Figura 10.8 donde aparece, para una competencia concreta, el nivel requerido por el puesto de origen (centro) y el requerido por los cuatro puestos de posible destino (esquinas). En verde oscuro o verde claro se representa la superación o no del nivel requerido para desempeñar el puesto destino. Si el puesto de origen tiene un

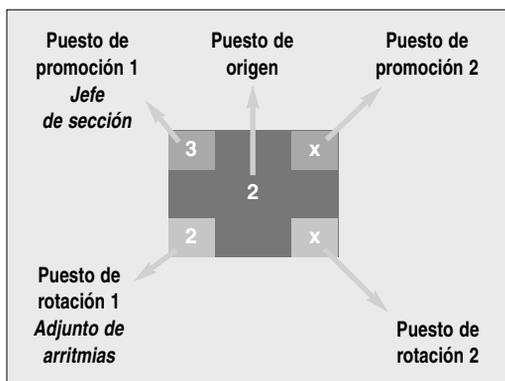


Figura 10.8. Valoración de la competencia «Trabajo en equipo».

nivel igual o superior al de destino, aparecerá en verde claro, y si no, en verde oscuro.

En nuestro caso (Fig. 10.8), por ejemplo, para la competencia «Trabajo en equipo», tendremos que está por debajo del requerido para ser jefe de sección, pero que es igual al requerido para ser médico adjunto del área de arritmias. Es importante señalar que estamos comparando puestos entre sí sin considerar qué competencias tiene la persona que ocupa el puesto. En este caso, aun siendo médico adjunto de cardiología clínica, podría tener un nivel 3 en la competencia «Trabajo en equipo» (Fig. 10.9).

De igual modo se procederá con el resto de las competencias. En caso de que uno de los puestos de destino requiera una com-

petencia que no tiene el puesto de origen, será necesario averiguar si alguna de las competencias puede ser similar o asimilable con poco esfuerzo, y si el tener una implica que con poco esfuerzo se puede adquirir la otra, aunque no necesariamente tiene por qué ocurrir a la inversa.

Una vez analizados los «gaps» para cada una de las competencias, habrá que añadir todas aquellas competencias requeridas por el puesto destino (con su «gap» correspondiente) y que no figuran como requisito en el puesto de origen. Si un puesto de destino requiere una competencia que no tiene el puesto de origen, el «gap» será de todos los niveles necesarios en la nueva competencia. A este respecto se debe tener en cuenta la posibilidad de que exista una carencia de conocimiento insalvable que haga imposible la potencial movilidad.

	Trabajo en equipo	Orientación al paciente	Autocontrol	Responsabilidad	
	3 2 2	4 3 3	-- 4 2	4 3 3	
Mejora continua	4 3 3	-- 3 4	-- 3 4	4 4 3	Cirugía de enfermedades cardíacas
	4 3	3 --	3 --	-- 3	
	Interpretación de ecocardiogramas	Interpretación de electrocardiogramas	Asepsia	Herramientas y recursos	

Figura 10.9. Comparación de niveles.

¿Cómo hacerlo?

La consolidación de todos los «gaps» nos dará un valor que indicará la distancia entre ambos puestos, es decir, lo lejos que están uno de otro, medida según criterios de requisitos.

Sin duda aquellos puestos que después del análisis de «gaps» obtengan una puntuación menor, y no existiendo conocimientos técnicos o habilidades insalvables, configuran el escalón lógico de la ruta profesional.

Las diferencias en los requisitos, excepto el de la titulación necesaria, son en realidad necesidades de formación para que el ocupante del puesto de origen pueda acceder al puesto de destino, y deberán incluirse dentro de la oferta formativa del centro.

Valoración de puestos de trabajo

¿Qué se debe retribuir?

En el ámbito de la Sanidad la retribución está estrictamente regulada por los convenios colectivos. Sin embargo, existe preocupación entre los agentes reguladores del marco retributivo por mejorar el sistema, y por ello las últimas propuestas están encaminadas a reconocer el esfuerzo realizado individualmente por cada profesional para poder premiar así al que lo hace bien a través de una adecuada fijación de objetivos y una valoración de su desempeño.

El paquete retributivo de un profesional en cualquier organización debe venir condicionado por tres factores (Fig. 10.10):

- **Lo que el profesional es.** Representa la categoría profesional, que tiene asociada una retribución mínima. Esta retribución no depende del puesto de trabajo sino de la categoría de la persona y se considera fija. Por el hecho de pertenecer a un grupo y a un nivel se tiene un salario de referencia.
- **Lo que el profesional hace.** Sin duda alguna esta retribución compensa la responsabilidad y funciones del puesto de trabajo. No todos los profesionales con la misma categoría desempeñan el mismo puesto de trabajo. Pueden existir diferencias en la complejidad y responsabilidad del puesto que hacen necesario compensar de manera distinta a estos profesionales. Esta retribución también se considera fija.

¿Cómo hacerlo?

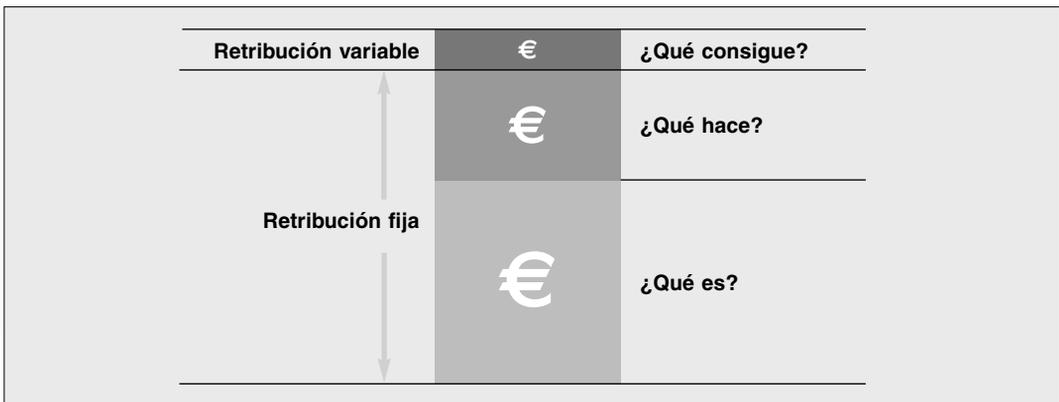


Figura 10.10. Factores que condicionen la retribución.

- **Lo que el profesional consigue.** Esta retribución depende de lo que el profesional consigue y de cómo lo consigue. Estamos haciendo referencia a un sistema de dirección por objetivos ligada a una evaluación del desempeño. Medimos QUÉ se ha conseguido y CÓMO se ha conseguido. Mide cómo el profesional está desempeñando su puesto de trabajo, y debe compensar el modo en el que realiza las funciones del puesto de trabajo y el grado de cumplimiento de los objetivos del puesto. Es en este aspecto donde los sistemas retributivos tienen un mayor campo de desarrollo, y es precisamente lo que vamos a explicar. De lo anteriormente expuesto puede deducirse que este tipo de retribución debe ser variable en función del grado de consecución de los objetivos.

¿Cómo se realiza una valoración de puestos de trabajo?

Como ya se ha expuesto, la valoración de puestos de trabajo refleja la importancia que tiene para la organización un determinado puesto de trabajo, y esa información está incluida en la descripción del puesto de trabajo.

Una valoración correcta de puestos de trabajo nos permitirá retribuir a una persona por lo que es (categoría profesional) y por lo que hace (puesto de trabajo dentro de la categoría profesional definida).

Para realizar una valoración de puestos de trabajo, el primer paso es decidir cuáles son los factores que se consideran importantes en la unidad y por los cuales se va a pagar. Estos factores se denominan factores esenciales.

Entre los factores esenciales más habituales podemos encontrar:

- Experiencia laboral: años de servicio en puestos similares.
- Nivel de formación requerido para ocupar el puesto: estudios oficiales.
- Nivel de autonomía en el trabajo: si requiere supervisión constante o actúa con libertad para planificar su propio trabajo.
- Responsabilidad y toma de decisiones: qué decisiones puede tomar y en qué grado afectan éstas a la unidad.
- Complejidad de la resolución de problemas que se le suelen presentar: si los problemas se pueden resolver fácilmente porque son repetitivos o porque hay que mirar un manual o si, por lo contrario, los problemas son muy diversos y requieren soluciones no conocidas y complejas.
- Gestión de personas: equipo de colaboradores en número y diversidad de puestos.
- Magnitud económica del puesto: presupuesto que maneja, inmovilizado, etcétera.

No es conveniente definir más de diez factores. Una vez definidos, se deberán establecer los niveles en los que se van a graduar, cada uno de ellos con su correspondiente descripción clara y concisa.

Ejemplo: Para el factor esencial «Nivel de formación requerido por el puesto» se pueden establecer los siguientes niveles con su descripción:

Nivel I. Mínimo:	ESO
Nivel II. Bajo:	BUP/COU/FP
Nivel III. Moderado:	Diplomado
Nivel IV. Alto:	Licenciado
Nivel V. Máximo:	Doctor/Profesor

Pueden establecerse tantos niveles como se desee; no todos los factores tienen por qué tener el mismo número de niveles.

Nivelados los factores, el siguiente paso es dar una puntuación al nivel máximo de cada uno de los factores. El nivel de puntos que se desee asignar a los máximos depende de la exactitud que se quiera obtener. Esta puntuación es importante porque determinará el peso relativo de cada factor dentro del sistema de valoración. Lo habitual es que la suma de los máximos de los factores sea un número redondo, en torno a 1000 puntos. Una vez decidida la puntuación del máximo nivel, la asignación de puntos al resto de los niveles de cada factor se puede realizar de manera lineal o progresiva hasta el mínimo, que puede ser 0.

Ejemplo: Para el factor esencial «Nivel de formación requerido por el puesto» se pueden establecer las siguientes puntuaciones en cada nivel:

Nivel I. Mínimo:	ESO	3
Nivel II. Bajo:	BUP/COU/FP	7
Nivel III. Moderado:	Diplomado	10
Nivel IV. Alto:	Licenciado	15
Nivel V. Máximo:	Doctor/Profesor	20

Igualmente se procedería con el resto de los factores hasta configurar la tabla de valoración de puestos (Tabla 10.3).

Ya tenemos diseñado el modelo de valoración. Ahora sólo es necesario asignar a cada puesto de trabajo el nivel de cada factor en función de su descripción.

¿Qué formación es necesaria para desempeñar el puesto correctamente? Si es necesario estar en posesión del título de licenciado en Medicina, se le asignarán 15 puntos.

¿Qué ámbito de influencia tiene el puesto de trabajo en el tiempo? Si es responsable de definir un presupuesto (ámbito de influencia anual), le asignaremos 25 puntos.

Y así sucesivamente con cada factor y cada puesto de trabajo.

El resultado de una valoración de puestos será un mapa de puestos de clasificación profesional (véase la Tabla 10.4) en el que se deberá comprobar la consistencia de las valoraciones por comparación entre los puestos valorados, de manera que la ordenación responda a la lógica. Es decir, un jefe de servicio debe tener más puntos que una supervisora de enfermería, y ésta, a su vez, más puntos que un DUE. Si el resultado no fuera ese, deberíamos revisar la descripción de los puestos de trabajo.

TABLA 10.3 *Tabla de valoración de puestos.*

Factores	Niveles						
	I	II	III	IV	V	VI	VII
Experiencia/formación continuada	1	2	5	10	15		
Formación	3	7	10	15	20		
Naturaleza de los problemas	1	7	20	10	35	50	100
Gestión de personas	0	5	10	15	25	35	
Nivel de autonomía	2	5	10	20	30		
Magnitud	5	20	35	45	60		
Ámbito de influencia en el tiempo	2	10	25	40			
Responsabilidad y toma de decisiones sobre pacientes	0	5	10	15	20		

ESO, FP, diplomado
licenciado, doctor

Día a día, 1-3 meses,
3-12 meses,
más de 12 meses

TABLA 10.4 *Mapa de puestos de clasificación profesional.*

Puntos	Área médica	Área de enfermería	Servicios
1000	Gerente de centro		
800	Director médico	Director de enfermería	
600	Jefe de unidad Jefe de servicio		Jefe de servicios internos
400	Jefe de sección Médico adjunto Investigador médico		Técnico en relaciones externas Responsable de recursos humanos
200		Supervisor de enfermería	Contable Asistente de sistemas
		Auxiliar de enfermería	Cocinero Operador de mantenimiento Operario de limpieza

Los puestos de trabajo así distribuidos deberán agruparse en bandas o grupos que de manera genérica determinarán el «rol» del puesto dentro de la organización. Así, por ejemplo podremos tener:

- Grupo de auxiliares y operadores (de 0 a 200 puntos).
- Grupo de técnicos (de 200 a 400 puntos).
- Grupo de responsables (de 400 a 600 puntos).
- Grupo de jefes/directores (de 600 a 800).
- Grupo de gerentes (de 800 a 1000).

Finalmente, y una vez agrupados los puestos de trabajo, será necesario establecer unos niveles retributivos mínimos y máximos para cada uno de ellos. Las retribuciones deberán estar en consonancia con lo que en el mercado se paga a los distintos puestos de trabajo incluidos en el grupo.

El grupo al que pertenece un puesto tendrá un salario mínimo, es decir, por lo que es, y la posición relativa dentro del grupo determinará la retribución del puesto por lo que hace.

Una vez determinada la retribución fija, deberemos asignar a cada grupo una cuantía de retribución variable que a menudo viene expresada como un porcentaje de la retribución fija. Habitualmente cuanto mayor es la responsabilidad del puesto, mayor porcentaje de retribución variable debiera tener. El cobro de esta retribución variable está ligada directamente al resultado de la evaluación del desempeño del profesional.

Gracias a esta metodología hemos asegurado la equidad interna de las retribuciones (se paga más al que más aporta a la organización) y la competitividad externa (se paga lo suficiente como para que los profesionales no se vayan a la competencia «*sólo por dinero*»).

Evaluación del desempeño

Evaluación del desempeño profesional

Una vez que hemos sentado las bases para definir una ruta profesional basándonos exclusivamente en los requisitos de los puestos de trabajo, sólo nos queda averiguar cuál es el profesional que mejor se adecua a dichos requisitos, tanto en su destino actual como en sus posibles promociones o movilidades funcionales.

Para ello, es necesario identificar qué aptitudes, habilidades y conocimientos posee cada uno de los profesionales del centro y en qué grado los posee. Esta tarea puede resultar compleja en el caso de aptitudes cuya medición resulte algo subjetiva, pero no en el de los conocimientos y habilidades (Cuadro 10.5).

Para evaluar las competencias genéricas y específicas nos servirá de ayuda el listado de conductas observables que configuramos cuando definimos el modelo de competencias.

Ejemplo: Conductas observables en la competencia «Trabajo en equipo»:

- Participa y coopera en el equipo.
- Apoya las decisiones del equipo.
- Mantiene constantemente informado al equipo compartiendo toda la información relevante para el logro de un objetivo común.
- Lleva a cabo las tareas encomendadas por el equipo.
- Solicita sugerencias y colabora.
- Participa activamente en el equipo.
- Propone soluciones y solicita sugerencias para lograr el objetivo común.
- Colabora con otros en la resolución de incidencias.
- Valora las ideas y experiencias de los demás integrantes del equipo.
- Estimula a su equipo a trabajar conjuntamente.
- Promueve que otros profesionales presenten su punto de vista aunque difiera del suyo, valorando sus ideas.
- Afronta los problemas del equipo con energía y optimismo.
- Reconoce públicamente y celebra los éxitos individuales y del grupo.
- Desarrolla el compromiso de equipo.
- Contribuye al desarrollo de los integrantes del equipo y sabe reconocer el mérito de cada uno, resaltando sus valores positivos.
- Da *feed-back* sobre la evolución del grupo a tiempo, de forma que éste sea constructivo y ayude a mejorar.
- Cooperar más allá de su equipo, abarcando toda la organización.
- Distribuye eficazmente las funciones de cada uno de los integrantes, según sus habilidades y capacidades para conseguir el objetivo común.

Con el listado en mano será sencillo valorar si un profesional demuestra o no dichos comportamientos.

Para las competencias técnicas (conocimientos y habilidades), la valoración es mucho más sencilla, puesto que basta con observar cómo se interpreta un ecocardiograma o cómo se realiza y comprueba la asepsia de una zona quirúrgica. Para cada una de las habilidades será necesario elaborar un inventario de «pasos a seguir» que conocerán todos los profesionales.

CUADRO 10.5 Documento de evaluación del desempeño

Jefe de servicio

NOMBRE: Luis APELLIDOS: Gómez Gómez
 PUESTO: Jefe de servicio de traumatología UNIDAD/SERVICIO: Traumatología
 Fecha de Evaluación: 31-12-04 PERÍODO DE EVALUACIÓN: Total 2004
 NOMBRE DEL EVALUADOR: José María Gómez PUESTO: Director médico

Ponderación	Objetivos cuantitativos	Valor objetivo	Valor real	% Logro	Valor
15	1. Estancia media pacientes	x	x	x	x
15	2. Gasto medio por paciente	x	x	x	x
15	3. N.º de pacientes atendidos	x	x	x	x
15	4. Encuesta satisfacción de pacientes	x	x	x	x

Ponderación	Objetivos cualitativos	Valor objetivo	Valor real	% Logro	Puntos
10	1. Evaluación del desempeño de sus colaboradores	x	x	x	x
10	2. Documentar los tratamiento e historias clínicas	x	x	x	x
5	3. Colaborar con otras unidades/servicios	x	x	x	x
5	4. Realizar tres propuestas de mejora en el servicio	x	x	x	x
5	5. Gestión de los recursos asignados	x	x	x	x
5	6. Tomar medidas para la prevención de riesgos	x	x	x	x

Observaciones:

Acciones de mejora:

Conclusiones de la evaluación:

Próxima reunión:

Fecha: DIRECTOR MÉDICO
Firma evaluador:

JEFE DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA
Firma evaluado:

Si se trata de la realización de un ecocardiograma serán del tipo:

- Verificar que el material que se va a utilizar funciona correctamente.
- Explicar al paciente lo que se va a hacer.
- Preparar al paciente en la posición adecuada.
- Identificar la zona de exploración.
- Aplicar el material facilitador de la visualización.
- Verificar el estado del paciente.
- Aplicar el sensor a la parte que se va a explorar.

El proceso idóneo para adquirir una habilidad técnica, como por ejemplo la realización e interpretación de un ecocardiograma, será:

1. Leer la guía de «pasos a seguir» y comprenderlos.
2. Practicar en un corazón artificial.
3. Ver cómo lo hace un profesional con experiencia.
4. Hacerlo en un paciente bajo la estrecha y atenta supervisión del profesional con experiencia en un caso real.
5. Hacerlo solo.
6. Interpretarlo conjuntamente con un profesional con experiencia.
7. Tener plena autonomía en la competencia.

Una vez que el profesional es capaz de hacerlo solo, bastará simplemente con una supervisión esporádica para comprobar que sigue realizándolo según la guía. Podremos decir entonces que el profesional ha adquirido la competencia técnica. Este proceso puede durar desde días hasta meses, en función de la complejidad de la habilidad.

Para puestos de trabajo de nivel intermedio y alto, las habilidades que se habrán de medir serán más complejas y no basadas en procedimientos sencillos y claros.

¿Cómo implantar un sistema de gestión del desempeño?

Un sistema completo de gestión del desempeño debe medir dos tipos de variables:

- Variables cuantitativas que representan objetivos que debe conseguir el profesional que ocupa del puesto de trabajo: dirección por objetivos.
- Variables cualitativas que representan el modo en el que el profesional ha llevado a cabo las funciones del puesto de trabajo para conseguir sus objetivos: evaluación del desempeño.

Para implantar un sistema de este tipo se deberán identificar, para cada puesto de trabajo, cuáles son sus objetivos tanto cuantitativos como cualitativos; después se deberá asignar un indicador de medida a cada uno de los objetivos cuantitativos y unas conductas o hechos observables a los cualitativos. En el Cuadro 10.5 mostramos una ficha de fijación de objetivos, que es una herramienta válida para realizar una gestión del desempeño. Otros objetivos cuantitativos, además de los reflejados en la ficha, podrían ser: porcentaje de mortalidad, porcentaje de infecciones operatorias, listas de espera, etcétera.

El sistema de gestión del desempeño, como se recoge en el Capítulo 9, tiene habitualmente una periodicidad anual con tres fases fundamentales.

En el documento de evaluación del desempeño deberá figurar un plan de acción y de mejora para facilitar el desarrollo profesional del evaluado de manera que éste pueda así mejorar día a día el desempeño de las funciones asignadas a su puesto de trabajo y llegar a alcanzar los objetivos. Este plan de acción debe estar ligado directamente con los planes de formación para que el profesional pueda ir adquiriendo nuevas competencias que le permitan continuar su desarrollo dentro de la organización a través de los planes de carrera.

En este capítulo hemos presentado ejemplos de las herramientas que se pueden utilizar para gestionar personas de una manera práctica. Sin embargo, aunque estas herramientas parezcan sencillas, no es conveniente ser ambiciosos porque la asimilación de este tipo de procesos por parte de las personas es lento y exige tener paciencia. Por ello, le recomendamos que vaya poco a poco en función de las prioridades de su servicio.

CAPÍTULO 11

La gestión económica del servicio

La contabilidad analítica como instrumento para la toma de decisiones desde la perspectiva del gestor clínico ■

Josep Bisbe Viñas

¿Qué es la contabilidad analítica?

Sistemas de costes completos

Sistemas de costes controlables

Sistemas de costes variables

Costes para decisiones especiales: costes relevantes o diferenciales

Conclusiones

Aportación de los sistemas de clasificación de pacientes basados en la casuística del análisis de coste del producto hospitalario ■

Josep Bisbe Viñas

Alternativas para el diseño de sistemas de costes basados en la casuística

Sistemas de costes totales agregados por GRD

Sistemas de costes directos individuales por paciente

Sistemas de costes basados en la actividad (ABC)

Conclusiones

Control de gestión ■

Francisco Álvarez Rodríguez

El proceso de control

Bibliografía ■

LA CONTABILIDAD ANALÍTICA COMO INSTRUMENTO PARA LA TOMA DE DECISIONES DESDE LA PERSPECTIVA DEL GESTOR CLÍNICO

Josep Bisbe Viñas

Me permito proponer al lector tres puntos de partida, que espero comparta. Primero, que es bueno que las organizaciones sean eficientes. Es decir, que es bueno, tanto para las propias organizaciones como para la sociedad en general, que las organizaciones y las subunidades que las componen presenten una adecuada relación entre los recursos que utilizan y la actividad que generan. No ser eficiente implica sacrificar la posibilidad de dedicar recursos valiosos a otras finalidades alternativas. El segundo, que entre los peores enemigos de la eficiencia están los costes de la no-calidad y que, por tanto, mejorar eficiencia no implica necesariamente reducir calidad. Y finalmente, que un directivo debe dirigir, y que dirigir implica, entre otras cosas, velar por la eficiencia de la organización o de la parte de la organización sobre la que se tiene capacidad de influencia.

Partiendo de estos supuestos, el objetivo de este capítulo es ayudar al lector a evaluar qué aporta y qué limitaciones tiene la contabilidad analítica como instrumento para la toma de decisiones y la gestión eficiente. Si un directivo debe gestionar eficientemente (es decir, cumplir al máximo los objetivos fijados con el mínimo de ingresos), necesitará saber cuáles han sido las consecuencias de las decisiones de asignación de recursos que se han tomado en el pasado, necesitará tener criterios para evaluar las consecuencias de posibles asignaciones alternativas de recursos en el futuro, y necesitará poder comparar las consecuencias reales de las decisiones tomadas con las consecuencias previstas, a fin de poder adoptar las medidas correctoras que sean pertinentes.

Los sistemas de contabilidad, y en particular los de contabilidad analítica, son una fuente de información útil para estos fines. En este capítulo mostraremos qué es la contabilidad analítica, cuáles son sus objetivos, y las características básicas de algunas de las principales técnicas de contabilidad analítica, señalando para qué tipo de decisiones es adecuada cada una de estas técnicas.

Es sumamente improbable que un gestor clínico sea responsable del diseño de un sistema de contabilidad analítica. Pero ello no significa que gestión clínica y contabilidad analítica sean dos mundos aparte. De hecho, dados los propósitos de la contabilidad analítica y los de la gestión clínica, y teniendo en cuenta el desarrollo y la tendencia a la integración de los sistemas de información en las organizaciones sanitarias, es cada vez más probable que un gestor clínico se vea expuesto a información procedente de los sistemas de contabilidad analítica. La información de la contabilidad analítica será cada vez más usada, conjuntamente con otros tipos de información, para representar la realidad, comprenderla, argumentar, discutir y negociar en mesas de reunión en las que esté presente el gestor clínico. Es importante por ello que el gestor clínico esté familiarizado con el lenguaje de la contabilidad analítica, con su potencial, con sus muchas limitaciones y con sus posibles distorsiones.

Aún más: un directivo preocupado por la eficiencia debería considerar la contabilidad analítica no sólo como una fuente de información ante la cual uno tiene que limitarse a reaccionar, sino como un instrumento que se ha de usar planificadamente para contribuir al buen uso de los recursos puestos a su disposición. Un gestor clínico puede aportar ideas valiosas en los muchos aspectos de diseño del sistema analítico que requieren valoraciones de expertos, sugerir formatos de presentación *amigables* y

relevantes desde el punto de vista del usuario, o gestionar el proceso y las prioridades de implantación del sistema de contabilidad analítica.

¿Qué es la contabilidad analítica?

Los sistemas de contabilidad son sistemas de información usados por los directivos y otros agentes para formarse opiniones y tomar decisiones acerca de la situación económica y financiera de una organización. Hay dos tipos de agentes, con intereses y ámbitos de decisión distintos, que pueden encontrar información útil en los sistemas de contabilidad: por un lado, los agentes externos; por otro, los directivos.

En primer lugar, algunos agentes están en el exterior de la organización, pero aún así quieren conocer la realidad económico-financiera de ésta en la medida en que ello afecta a sus propios intereses. Por ejemplo, un proveedor querrá conocer si la organización que es su cliente tendrá capacidad de pagar regular y puntualmente, y un sindicato querrá conocer si el valor creado es distribuido justamente, una institución financiera querrá saber si le interesa reducir o aumentar los créditos a la organización en cuestión, un accionista o propietario –actual o potencial– querrá saber si le interesa mantener o adquirir una participación en la propiedad. La contabilidad *general* (llamada también *financiera* o *externa*) es la contabilidad pensada para y destinada a estos agentes externos. Para que éstos puedan tomar las decisiones relativas a la organización, la contabilidad general les da una visión agregada de cuál es la procedencia (pasivo) y el uso de los recursos (activo) de que dispone la organización globalmente, y de cuáles son los resultados obtenidos. Debido a que estos agentes externos necesitan poder contar con una información fiable, la contabilidad general está estrictamente regulada por disposiciones legales (así, el Plan General Contable adaptado a los Centros de Asistencia Sanitaria), a fin de garantizar que la información generada y publicada respeta unos principios y unas normas contables generalmente aceptados. En cambio, los agentes externos no necesitan conocer detalles sobre el proceso de transformación de los recursos. Por ello, al no ser su objetivo, la contabilidad general no analiza en detalle cómo se ha llevado a cabo la generación de actividad. Para la contabilidad general, la organización es una «caja negra»: se preocupa de las transacciones agregadas entre la organización y el entorno, no de las transacciones internas desagregadas.

Por su parte, los directivos de una organización encuentran información útil en la contabilidad general, pero ésta no les es suficiente. Además de conocer globalmente el estado económico y financiero de la organización, los directivos quieren información para asignar los recursos que les han sido confiados de forma que puedan conseguir lo mejor posible los objetivos que se les ha asignado. Necesitan saber qué ocurre dentro de la «caja negra»: necesitan conocer el proceso de transformación de los recursos y su impacto sobre resultados. El término «contabilidad *analítica*» (llamada también contabilidad *interna* o *de gestión*) indica precisamente la voluntad de arrojar el máximo de luz sobre esa caja negra. La contabilidad analítica intenta representar, desde diversas perspectivas, los aspectos económico-financieros del proceso de transformación de los recursos en productos o servicios prestados.

Este proceso de transformación es complejo. Los recursos se utilizan en distintas unidades, interrelacionadas entre ellas. Diferentes partes del proceso se realizan bajo la autoridad de distintos responsables. Los recursos se transforman para obtener diversos productos o servicios. La contabilidad analítica pretende ofrecer el detalle y la flexibilidad que los responsables internos necesitan para tomar decisiones relativas a la eficiencia. Así pues, la contabilidad analítica es un conjunto de técnicas diversas orientadas a responder a las variadas necesidades de información que tienen los directivos de la organización (Tabla 11.1).

El objetivo común de las técnicas de contabilidad analítica es penetrar en la «caja negra», descomponer el resultado único que presenta la contabilidad general en componentes de costes e ingresos de manera que sean útiles para la toma de decisiones relacionadas con el uso eficiente de los recursos. Los hilos conductores que subyacen tras las preguntas a las que intenta responder la contabilidad analítica son fundamentalmente de tres tipos:

- *¿Dónde?* o *¿quién?* Para poder aprovechar las experiencias y las habilidades de la personas de forma que sea útil para gestionar eficientemente el proceso de prestación, una organización se divide en centros de responsabilidad. Un centro de responsabilidad es una unidad de la organización encabezada por un responsable, con unos determinados objetivos, un determinado conocimiento y unos determinados recursos puestos a su disposición. La contabilidad analítica descompondrá la información global en subconjuntos que correspondan a estas «microorganizaciones» dentro de la organización. La contabilidad analítica aporta así un elemento de «contabilidad por responsabilidades».
- *¿Para hacer qué?* Distintas técnicas de contabilidad analítica clasifican costes e ingresos por productos o servicios¹ prestados, con la finalidad de permitir un análisis causal del resultado. Cada centro de responsabilidad ofrece «algo» (físico o no)

TABLA 11.1 *Características de la contabilidad analítica.*

	Contabilidad general, financiera o patrimonial	Contabilidad analítica, de costes o de gestión
<i>Usuarios</i>	Terceros interesados (administración, sindicatos, bancos, accionistas...) Directivos	Directivos
<i>Regulación</i>	Altamente regulada (PGC-CAS-) Necesidad de observar principios, normas y formatos definidos externamente	No regulada puesto que es de uso interno Proyectos de normalización, para facilitar la comparación Redes de centros (autorregulación) Técnicas para escoger, no principios para cumplir
<i>Enfoque</i>	Agregado (organización global)	Desagregado (por departamentos, servicios, líneas de actividad, productos...)
<i>Objeto</i>	Patrimonio (balance de situación) Resultado económico (cuenta de pérdidas y ganancias, con costes clasificados por naturaleza)	Ingresos/costes por centro (¿dónde, quién?) Ingresos/costes por producto, servicio o proceso (¿para hacer qué?)
<i>Implicaciones</i>	Aportar <i>input</i> a terceros para la toma de decisiones en defensa de sus intereses	Facilitar la toma de decisiones sobre el proceso de prestación Apoyar la gestión interna Influir en el comportamiento de los responsables

¹ A fin de evitar la posible confusión entre la acepción de «servicio» como conjunto de prestaciones y la acepción de «servicio» como departamento o unidad, vamos a utilizar de ahora en adelante los términos producto y departamento, evitando en lo posible el uso del término «servicio».

a uno o más usuarios (internos o externos a la organización, intermedios o finales). Conocer los recursos destinados a esos productos o servicios transferidos entre centros, y conocer los recursos destinados a los productos o servicios ofrecidos a los usuarios externos es útil para la toma de decisiones.

- **¿Cuándo?** La contabilidad analítica está orientada hacia el futuro, ya que pretende ser de ayuda en la toma de decisiones que, por definición, afectan al futuro. Aunque buena parte del esfuerzo de análisis realizado por las técnicas de contabilidad analítica se refiere a la acumulación y clasificación de datos históricos, no debe perderse de vista que este esfuerzo se realiza con vistas a escoger futuros planes de acción, o para determinar las correcciones necesarias o propuestas de mejora en planes de acción ya en marcha.

Dentro de estas líneas conductoras, la contabilidad analítica intenta ser útil para adoptar decisiones diversas, y su método de trabajo se deberá adaptar a esta diversidad. En consecuencia, la contabilidad analítica se caracteriza por ser un conjunto de técnicas heterogéneas, con múltiples formas de desagregación y análisis de la información sobre costes e ingresos. Según qué tipo de decisión queramos tomar, deberemos pensar cuál de los distintos métodos disponibles parece más adecuado elegir. La característica que define a la contabilidad analítica –orientada a la utilidad para la gestión interna– es su flexibilidad, opuesta a la rigidez de la contabilidad financiera –orientada a garantizar su fiabilidad ante terceros–.

En definitiva, la contabilidad analítica ofrece diversas técnicas, cada una de las cuales suministra información sobre parte del amplio conjunto de aspectos relacionados con los costes e ingresos. La Figura 11.1 propone un mapa esquemático para entender la variedad de propuestas de la contabilidad analítica: en primer lugar, las columnas del gráfico nos indican que la contabilidad analítica puede estar interesada en objetos de coste distintos; en segundo lugar, las distintas filas resaltan que la contabilidad analítica puede proponer distintos *sistemas de costes* que seleccionan, organizan y presentan la información de manera distinta según el tipo de decisión que nos planteamos.

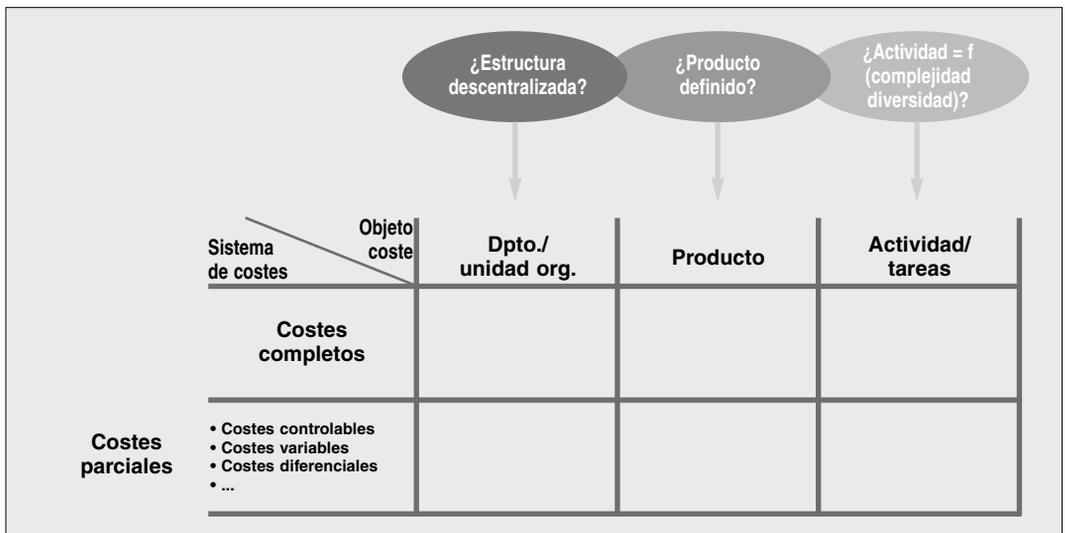


Figura 11.1. Mapa de técnicas de contabilidad analítica.

Un objeto de coste es aquello cuyo coste queremos conocer. Los objetos de coste más característicos de las organizaciones sanitarias son:

- Los departamentos, llamados también centros, centros de coste, grupos funcionales homogéneos (GFH) o centros de actividad interna (CAI), entre otras denominaciones.
- Los productos. En versiones poco desarrolladas de los sistemas de contabilidad analítica se han tomado como definiciones de producto final variables tales como estancias o consultas, que no tienen en cuenta el factor complejidad. En versiones más avanzadas, se define el producto hospitalario como el conjunto de prestaciones asociado a grupos homogéneos en cuanto a casuística (GRD, PMC...) o incluso como el conjunto de prestaciones asociado a cada paciente.

La gestión analítica por departamentos o subunidades tiene sentido allí donde hay una estructura descentralizada. Efectivamente, en los dos últimos decenios, el diseño de sistemas de contabilidad analítica departamentales (Guadalajara, 1994; AECA, 1997) se ha ido generalizando en las organizaciones sanitarias de nuestro entorno.

La gestión analítica por productos tiene sentido en la medida en que seamos capaces de disponer de una definición satisfactoria de «producto». El diseño de sistemas de contabilidad analítica por productos ha avanzado más despacio debido precisamente a la dificultad de definir «producto». En lo que respecta a esta definición tomando como objeto el coste por producto, vamos a presentar en este capítulo sistemas de contabilidad analítica que utilizan medidas poco sofisticadas. Nos limitaremos por ahora al análisis con definiciones de «producto» que tienen en cuenta el volumen de actividad, pero no la complejidad ni la casuística. Dejamos para el segundo apartado de este capítulo el análisis de los sistemas de contabilidad analítica por producto que incorporan definiciones de producto basadas en la casuística o en la complejidad. En ese mismo apartado, se introducirán los aspectos fundamentales y se valorarán las contribuciones de los nuevos *sistemas de costes basados en las actividades (activity-based costing, ABC)*, que toman como objeto de coste a los conjuntos de tareas.

Por otra parte, la Figura 11.1 nos señala la existencia de distintos sistemas de costes. Un sistema de costes consiste en una forma coherente de seleccionar, organizar y presentar la información sobre costes. Existen distintas clasificaciones posibles de los costes (p. ej., directos/indirectos; fijos/variables; controlables/no controlables; relevantes/no relevantes), y, según el tipo de decisión al que nos estemos enfrentando, en una misma organización estaremos interesados en utilizar una u otra de estas clasificaciones y uno u otro de los sistemas de costes que se derivan de ellas.

La Figura 11.1 subraya la distinción entre sistemas de costes completos o totales (aquellos que hacen llegar todos los costes en que incurre una organización hacia los objetos de coste) y sistemas de costes parciales (aquellos que sólo hacen llegar algunos costes a los objetos de coste). Un buen departamento de contabilidad analítica será capaz de estructurar y agregar informaciones de forma que se adapten a las necesidades de cada situación y tipo de usuario. Pero un buen directivo, y también un buen gestor clínico, debe tener conocimientos sobre qué sistema de costes es el pertinente para cada tipo de decisión y, en definitiva, sobre qué pedirle en cada momento al departamento responsable de diseñar la contabilidad analítica.

En los próximos apartados vamos a ir presentando las características básicas de los principales sistemas de costes que propone la contabilidad analítica, centrándonos en cuatro de ellos:

- **Sistemas de costes completos**, (basados en la distinción entre costes directos y costes indirectos).

- **Sistemas de costes controlables** (distinción entre costes controlables y no controlables).
- **Sistemas de costes variables** (distinción entre costes fijos y costes variables).
- **Sistemas de costes relevantes** (distinción entre costes relevantes y costes irrelevantes).

Como ya se ha mencionado, vamos a ver en este apartado cómo estos sistemas se usan para calcular costes por departamento y costes por producto no ajustados por casuística. Dejamos para el segundo apartado las referencias a los sistemas de coste que toman como objeto de coste definiciones de productos basadas en la casuística. Aunque trabajar con estas definiciones más sofisticadas de producto añadirá mayor complejidad al diseño de la contabilidad analítica, veremos en su momento que muchos de los conceptos que vamos a presentar son de plena aplicación también a los sistemas de costes basados en la casuística.

Sistemas de costes completos

Los sistemas de costes completos (también llamados de costes *totales* o *full costing*) son probablemente los más extendidos en las organizaciones sanitarias. El propósito de los sistemas de costes completos es hallar el valor monetario del total de los recursos usados para el funcionamiento de un departamento o para la producción o prestación de un producto o servicio. Pretenden, en definitiva, conocer el valor de todo aquello que la organización ha puesto a disposición para que un departamento actúe, el valor de *todo* aquello que la organización ha puesto a disposición para obtener un producto o ambos.

Para ello, un sistema de costes completos transmite todos los costes en que ha incurrido una organización (es decir, los recursos que ha consumido) hacia las unidades prestatarias de productos o servicios o hacia los productos o servicios ofrecidos. A tal fin, en el proceso de transmisión de costes se incluyen tanto los *costes directos* (aquellos causados en primer grado por el objeto de coste, y vinculables a él de forma inequívoca, sin necesidad de asignaciones arbitrarias o subjetivas) como los *indirectos* (aquellos que sólo pueden ser vinculados a un objeto de coste sobre la base de criterios más o menos arbitrarios o subjetivos de reparto).

El proceso de transmisión de costes (Guadalajara, 1994; Finkler, 1994) incluye las siguientes fases (Fig. 11.2):

- Costes por naturaleza.
- Determinación de los objetos de coste:
 - Centros de coste:
 - Principales.
 - Auxiliares.
 - Estructurales.
 - Productos/servicios.
- Afectación costes directos a los centros (+ localización indirectos).
- Elección técnica de asignación entre centros:
 - Criterios (inductores).
 - Modelo de flujos de costes:
 - Directo.
 - En cascada.
 - Recíproco.
- Asignación (¿mutua?) de costes entre centros estructurales y auxiliares.
- Asignación secundaria de costes de centros auxiliares a principales.
- Imputación de los costes de centros principales a productos/servicios.

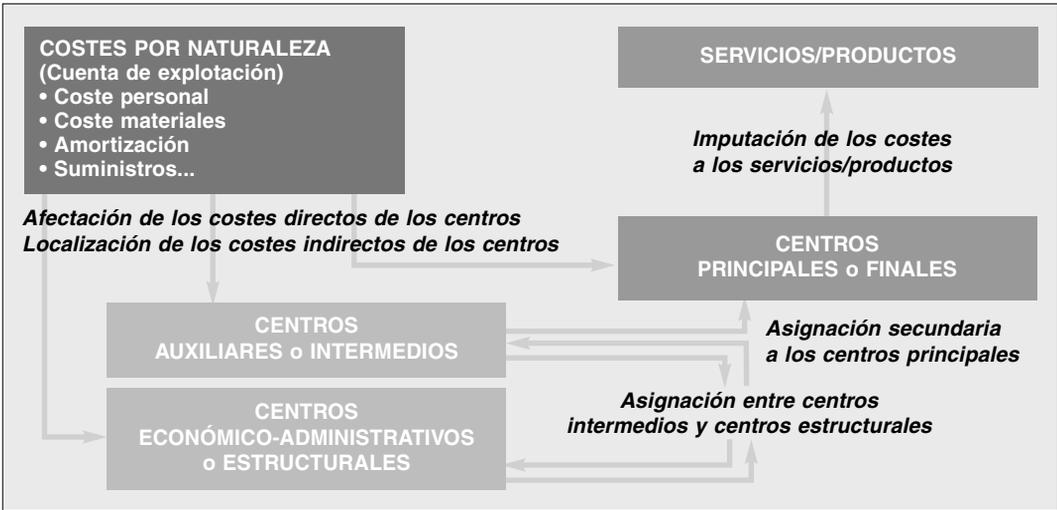


Figura 11.2. Secuencia de transmisión de costes en el sistema de costes completos.

Comentamos a continuación algunos aspectos importantes de cada una de las fases citadas, ilustrándolos con el ejemplo del Hospital de Santa Marta.

El Hospital de Santa Marta, un pequeño hospital de titularidad municipal cuya actividad es casi íntegramente concertada, posee los siguientes grupos funcionales homogéneos: Administración, Cocina, Laboratorio, Limpieza, Medicina Interna, Pediatría y Radiología. De acuerdo con los datos referentes a 2003 sabemos (en euros) lo que se muestra en la Tabla 11.2.

Para la asignación de costes, se han utilizado los criterios de la Tabla 11.3.

Por lo que se refiere a Laboratorio y Radiología, el registro de prestaciones en función del tipo de petición y el servicio solicitante nos indica la distribución que se muestra en la Tabla 11.4 (en URV).

Costes por naturaleza

El punto de partida de la contabilidad analítica es una correcta información sobre los costes por naturaleza. El coste remite a un consumo o utilización de un recurso, y es importante distinguirlo de la adquisición de un recurso o el pago en concepto de contraprestación del recurso utilizado (puesto que adquisición, consumo y pago pueden no coincidir en el tiempo). En particular, debe ponerse especial atención en incorporar como coste en cada período la amortización, en tanto que indicador de la utilización de los inmovilizados, y no el monto de la inversión realizada durante el período. La clasificación de costes por naturaleza distingue la tipología del recurso consumido (p. ej., personal, consumo material sanitario, suministros...), y es la que suministra la contabilidad general de manera agregada para toda la organización².

² Aunque conceptualmente estamos presentando la información del sistema de contabilidad analítica por costes completos como una desagregación de la contabilidad general, en la práctica los sistemas de información integrados suelen operar a la inversa: obtienen la contabilidad general por agregación de la información por centros que aporta la contabilidad analítica. El registro de datos en las fases iniciales del ciclo contable incorpora a menudo la codificación del centro consumidor.

TABLA 11.2 *Costes del Hospital de Santa Marta.*

Centro Costes	Admin.	Cocina	Lab.	Limpieza	M. I.	Pediatría	Rad.	TOTAL
Personal	180 000		180 000		400 000	300 000	140 000	1 200 000
Seg. Social	42 000		26 000		80 000	40 000	18 000	206 000
Limpieza				100 000				100 000
Amortiz.	1000		5000		24 000	7000	4000	41 000
Consumo mat. sanit.			10 500		30 000	30 000	9500	80 000
Alimentación		120 000						120 000
Utensilios	1000		1500		6000	13 000	1500	23 000
TOTAL	224 000	120 000	223 000	100 000	540 000	390 000	173 000	1 770 000
Superf. (m ²)	150		150		800	700	200	2000
Estancias					8500	6800		15 300
Altas					850	800		1650

Determinación de los objetos de coste

Antes de pasar desde los costes inicialmente clasificados por naturaleza hasta los objetos de coste (centros o productos), es imprescindible determinar con claridad qué centros de coste y qué productos son los que se contemplan.

En cuanto a los centros de coste, éstos son entidades consumidoras de recursos que realicen una actividad o conjunto homogéneo de actividades. Tienden, por tanto, a ser divisiones reales con una localización física, un responsable, una dotación de recursos humanos y materiales y una actividad relativamente homogénea y medible en algún tipo de «unidades técnicas». Un organigrama es un buen punto de partida para fijar una estructura de responsabilidad que sirva de base para determinar la estructura de centros de coste en la contabilidad analítica. No obstante, los organigramas tienden a ser figuras estáticas que no reflejan necesariamente la evolución ni la diversidad real de la actividad y de las responsabilidades que lleva aparejadas. A veces, puede interesar subdividir un nodo de un organigrama a efectos de definir diversos centros de coste si bajo este nodo se desarrollan ámbitos de actividad o responsabilidad distintos. A veces, puede tener sentido agrupar nodos en un mismo centro de coste.

Por otra parte, determinar el mapa de centros puede no ser un ejercicio neutro. Es frecuente que la determinación del mapa de centros de coste a efectos de contabilidad analítica haga aflorar tensiones organizativas en la medida en que obliga a explicitar capacidades efectivas de gestión de recursos, y ello puede

TABLA 11.3 *Criterios para la asignación de Costes (Hosp. de Santa Marta).*

Administración	Gastos de personal
Cocina	Estancias
Laboratorio	URV (unidades relativas valor) Laboratorio
Limpieza	Superficie
Radiología	URV (unidades relativas valor) Radiología

TABLA 11.4 Hosp. de Santa Marta. Actividad de los centros intermedios.

		Laboratorio			Radiología				
		Núm	URV	Total URV					
		Núm	URV	Total URV	Núm	URV	Total URV		
<i>Medicina interna</i>	Glucosa	1000	1	1000	Radio simple	1150	1	1150	
	Hemograma	5000	4	20 000	Radio contr.	300	3.5	1050	
	Enzimas	500	15	7500	Eco	350	4	1400	
					Mamo	200	7	1400	
					TAC	50	10	500	
	Total	6500		28 500	Total	2050		5500	
		Núm	URV	Total URV			Núm	URV	Total URV
<i>Pediatría</i>	Glucosa	452	1	452	Radio simple	2000	1	2000	
	Hemograma	2620	4	10 480	Radio contr.	1000	3.5	3500	
	Enzimas	250	15	3750					
	Total	3322		14 682	Total	3000		5500	
		9822		43182			5050		11 000

poner de manifiesto ambigüedades o incoherencias entre la realidad y la estructura formal.

Para los propósitos de la contabilidad analítica, suelen agruparse los centros en (Fig. 11.3):

- 1. Centros principales, finales o servicios asistenciales directos.** Son los centros responsables de la relación con el paciente/usuario de forma inmediata y directa y los responsables finales de la prestación (por ejemplo: cardiología, cirugía, urología, hemodiálisis, consultas externas, pediatría...). Estas unidades desarrollan su actividad con unos recursos personales y materiales propios, y demandan a su vez prestaciones a los centros auxiliares y a los estructurales.
- 2. Centros auxiliares o intermedios.** Son centros, de carácter asistencial o no asistencial, que ofrecen prestaciones individualizables, pero cuyo origen se halla en una demanda hecha por los servicios asistenciales directos. Forman parte de este grupo los centros asistenciales indirectos (laboratorios, radiología, bloque quirúrgico, UCI, anestesiología y reanimación...), los centrales (farmacia, archivos clínicos) y aquellos servicios generales (lavandería, mantenimiento, cocina...) en los que es posible individualizar las prestaciones hechas a otros centros. Las plantas de hospitalización (incluida enfermería) suelen ser consideradas como centro auxiliar, aunque lógicamente el tratamiento adecuado dependerá del modelo de enfermería que se quiera representar. La actividad de los centros auxiliares surge de las demandas de los distintos servicios asistenciales directos, y aparte de consumir recursos personales y materiales propios, utilizan prestaciones de otros servicios auxiliares y de los estructurales.
- 3. Centros económico-administrativos o estructurales.** Son los que constituyen el soporte y hacen posible la actividad del hospital (sea referida a aspectos administrativos y financieros, o a aspectos de servicios generales con prestaciones no individualizables) y los que dan servicio o consejo a toda la estructura organizativa del hospital (p. ej., secretaría general, relaciones laborales, control de gestión, contabilidad, facturación, etc.).

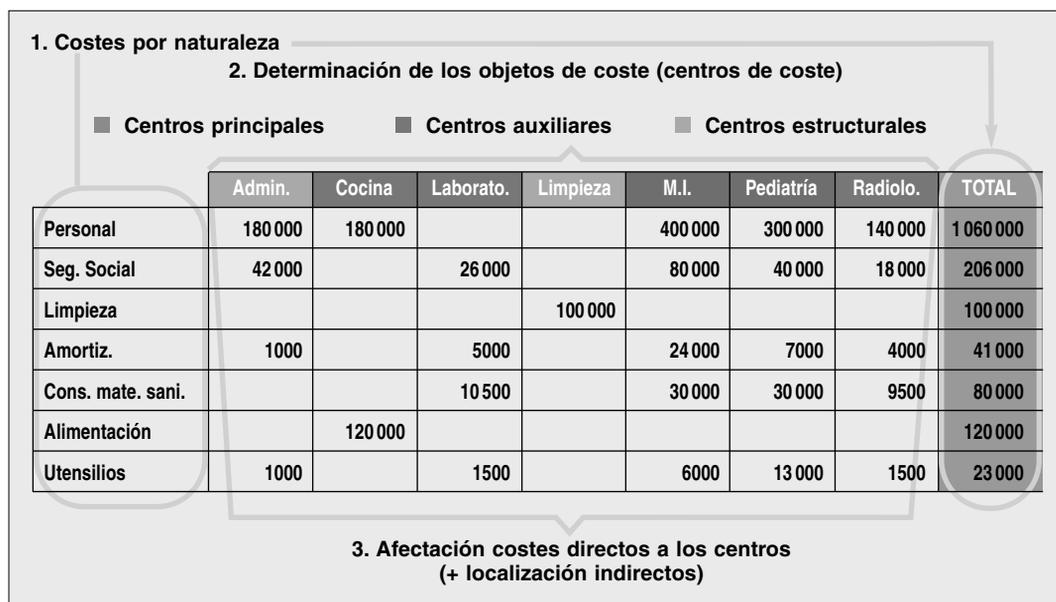


Figura 11.3. Proceso de transmisión de costes completos: Fases 1-3.

Respecto al objeto de coste producto, este capítulo se limitará a presentar definiciones tradicionales de producto que tienen en cuenta el volumen de actividad, pero no la complejidad ni la casuística. Son medidas de este tipo, por ejemplo, la estancia o la visita ambulatoria. Quedan incluidas también dentro de este tipo de definición poco sofisticada del producto como objeto de coste (Guadalajara, 1994)³ definiciones de producto basadas en sistemas de pesos relativos que parten de relaciones preestablecidas entre tipos de actividad genérica sin tener en cuenta complejidad (p. ej., UBA, UPA, EVA...).

Afectación de costes directos a los centros (más localización indirectos)

Cuando se asignan los costes por naturaleza (gastos de personal, amortización, gastos de material...) a los centros, algunos costes son directos y de afectación inmediata e inequívoca a un centro determinado. Por ejemplo, en una organización sanitaria, suelen ser considerados costes directos los consumos de materiales directos, o los costes del personal propio si se dispone de los registros pertinentes para conocer sin dificultades la plantilla asignada a cada centro (la realidad puede ser algo más confusa, si las funciones de los puestos son compartidas o están poco delimitadas, o si los registros de los datos son insuficientes o están poco integrados).

En otros casos, nos encontraremos con costes indirectos a nivel de centro, y será necesario recurrir a técnicas de localización de estos costes en algún centro. Son criterios usados habitualmente con este fin, por ejemplo, la superficie ocupada (p. ej., para calefacción u otros suministros), o la base del servicio (puntos de luz para electricidad, valor contable de los equipos para seguros, etc.).

³ Como ya se ha mencionado, los sistemas de contabilidad analítica por producto que incorporan definiciones de producto basadas en la casuística o complejidad se presentan en el segundo apartado de este capítulo.

Elección de la técnica de asignación entre centros: los inductores

En el camino hacia la determinación de los costes totales por departamento y producto, el sistema de costes totales repercute los costes de los centros auxiliares y los costes de los centros estructurales o económico-administrativos hacia los centros principales. Los centros principales son aquellos que efectúan la prestación efectiva del producto al usuario y, por tanto, es a ellos hacia donde queremos dirigir el flujo de costes.

Ahora bien, antes de proceder a esta fase, es muy probable que tengamos que tratar previamente la cuestión de las prestaciones entre centros auxiliares⁴. La asignación de los costes de los centros auxiliares hacia los centros principales se complica en los casos (habituales) en que los centros auxiliares se prestan servicios entre sí. Desde una perspectiva de costes completos, el problema de las prestaciones entre centros auxiliares debe ser resuelto de forma que los costes acaben siendo repercutidos a los centros principales (para que desde allí lleguen a productos), sin que ningún coste quede retenido en el bucle de las transacciones entre centros auxiliares.

Para asignar los costes entre centros auxiliares, se identifica cuáles son las prestaciones intermedias que ofrece cada uno de esos centros y se identifican los beneficiarios o receptores de estas prestaciones. La transferencia de costes se hace sobre la base de la prestación ofrecida y consumida por cada centro. La unidad con que se mide la prestación (y que sirve de base para el reparto o transferencia) recibe el nombre de unidad de obra o inductor de coste. La unidad de obra mide la prestación de un centro auxiliar y debe representar una variable explicativa del patrón de consumo de recursos. La Tabla 11.5 muestra algunos ejemplos de inductores. Para algunos de los centros, se indican distintos inductores posibles, de menor a mayor grado de refinamiento⁵. Mayor refinamiento implica mayor precisión, pero también mayor coste de obtención. El sentido común deberá indicar en qué nivel de refinamiento el valor añadido ya no compensa el mayor coste de obtención. La opinión del gestor clínico es crucial en la selección de los inductores pertinentes, y un buen sistema de contabilidad analítica debería contar como mínimo en esta fase con el *input* de los expertos de las distintas áreas.

Elección de la técnica de asignación entre centros: métodos de flujos de costes

Un método habitualmente utilizado para resolver la cuestión de la asignación entre centros auxiliares es el método en cascada. Con este método se reconocen las prestaciones ofrecidas entre centros auxiliares, aunque se soslayan aquellos casos en que

⁴ Para simplificar la exposición, utilizamos aquí el término «auxiliar» en sentido amplio, referido a todos aquellos centros que no son principales. «Centros auxiliares» puede ser interpretado pues, en este apartado, como «centros auxiliares y centros estructurales o económico-administrativos».

⁵ En la Tabla 11.5 aparecen las unidades relativas de valor (URV) como ejemplos de inductores. Una escala de unidades relativas de valor (URV) es una escala en la que se asigna a cada producto intermedio un número de URV basado en su coste relativo teórico respecto a otros tipos de productos intermedios. Por ejemplo, si un estudio detallado de costes (realizado en general por un panel externo de expertos) ha mostrado que una prueba A cuesta el doble que una prueba B, y tomamos este estudio como válido para representar nuestra realidad, a cada prueba A le asignaremos el doble de URV que a una prueba del tipo B. Es decir, tomando URV = 1 para una prestación básica de referencia, se estima la cantidad de recursos necesarios para una prestación en relación con la cantidad de recursos necesarios para la prestación básica de referencia. Los directivos de algunos centros auxiliares están familiarizados con sistemas de URV (p. ej., CAP, CPT...) para finalidades de planificación y evaluación interna (Ballesta Gimeno y cols., 1994).

TABLA 11.5 Ejemplos de inductores de costes.

Centro de costes	Grado I	Grado II	Grado III...
Bloque quirúrgico	Número intervenciones	Tiempo intervención	Tiempo intervención ponderado s/personal URV validadas
Laboratorio (pers.)	Número determinaciones	URV externas	URV validadas
Radioterapia	Sesiones	Campos irradiación	Campos irradiación ponderados s/complejidad
Radiología (pers.)	Número placas y estudios	URV externas	URV validadas
Radiología (resto)	Número placas y estudios	Número/tamaño placas	
UCI	Estancias en UCI	Estancias UCI s/complejidad	
Enfermería	Estancias según planta	Estancias s/dependencia	Pesos enfermería
Cocina	Estancias	Estancias s/tipos dieta	
Farmacia	Número prescripciones		Euros (unidosis)
Prótesis	Número prótesis		Euros (registro individual)

podiera haber prestaciones recíprocas: es decir, se contempla que un centro no principal A pueda ofrecer prestaciones a un centro no principal B, pero no se contempla que a su vez B pueda ofrecer prestaciones a A. En otras palabras, cada vez que un centro auxiliar «vacía» sus costes en los centros usuarios, se considera como si ya no existiera a efectos de tránsito de costes, y en consecuencia ningún coste será referido a él en las fases sucesivas del proceso.

El método en cascada implica el establecimiento de una secuencia entre centros auxiliares por la cual se ordenan las secciones prestadoras de mayor a menor número de secciones usuarias (a fin de que se vacíen primero las secciones que «sirven» a un número mayor de otras secciones). Clasificando los centros auxiliares de forma que el primero sea el que haya ofrecido prestaciones a más centros, y siguiendo el orden en este sentido hasta el último, que será el que a menos otras secciones haya servido, se van saldando uno por uno los centros auxiliares, utilizando en cada caso el inductor pertinente (véase la fase siguiente para la aplicación). En el Hospital Santa Marta, una secuencia razonable es:



Un método alternativo es el método recíproco, que prevé la posibilidad de prestaciones mutuas entre centros.

En este caso, tendríamos, (CT = coste total; CD = coste directo; % = porcentaje correspondiente en función de inductores. Los porcentajes de cada columna suman 100%):

CT Limp	=	CD Limp	+	% CT Admin	+	% CT Coc	+	% CT Lab	+	% CT Radio	+	% CTPed	+	% CTMedInt
CT Admin	=	% CT Limp	+	CD Admin	+	% CT Coc	+	% CT Lab	+	% CT Radio	+	% CTPed	+	% CTMedInt
CT Coc	=	% CT Limp	+	% CT Admin	+	CD Coc	+	% CT Lab	+	% CT Radio	+	% CTPed	+	% CTMedInt
CT Lab	=	% CT Limp	+	% CT Admin	+	% CT Coc	+	CD Lab	+	% CT Radio	+	% CTPed	+	% CTMedInt
CT Radio	=	% CT Limp	+	% CT Admin	+	% CT Coc	+	% CT Lab	+	CD Radio	+	% CTPed	+	% CTMedInt
CT Ped	=	% CT Limp	+	% CT Admin	+	% CT Coc	+	% CT Lab	+	% CT Radio	+	CDPed	+	% CTMedInt
CT MedInt	=	% CT Limp	+	% CT Admin	+	% CT Coc	+	% CT Lab	+	% CT Radio	+	% CTPed	+	CDMedInt

Asignación de costes entre centros estructurales y auxiliares y asignación secundaria de costes de centros auxiliares a principales

Escogidos los inductores/unidades de obra y la secuencia de reparto, el proceso de reparto según el método en cascada en el Hospital de Santa Marta sería el presentado en la Tabla 11.6, donde los costes acumulados en cada centro (tanto los costes directos propios como los que han sido asignados procedentes de otros centros que le anteceden en la secuencia) son repartidos a los que le siguen en la secuencia con arreglo al inductor que se haya seleccionado en cada caso.

Así, por ejemplo:

Reparto laboratorio =	$\frac{223\,000 \text{ (costes propios)} + 48\,353 \text{ (costes asignados)}}{43\,182 \text{ URV}}$	= 6284 €/URV
(Coste total glucosa = 6284; coste hemograma = 6284 × 4 = 25.13; coste enzimas = 6284 × 15 = 94.26)		

Utilizando el método recíproco:

CT Limp	=	100 000	+		+		+		+		+			
CT Admin	=	0.075 × CTLimp	+	224 000	+		+		+		+			
CT Coc	=		+		+	120 000	+		+		+			
CT Lab	=	0.075 × CTLimp	+	0.1764 × CTAdmin	+		+	223 000	+		+			
CT Radio	=	0.100 × CTLimp	+	0.1372 × CTAdmin	+		+		+	173 000	+			
CT Ped	=	0.350 × CTLimp	+	0.2941 × CTAdmin	+	0.444 × CTCoc	+	0.34 × CTLab	+	0.5 × CTRadio	+	390 000	+	
CT MedInt	=	0.400 × CTLimp	+	0.3921 × CTAdmin	+	0.555 × CTCoc	+	0.66 × CTLab	+	0.5 × CTRadio	+		+	540 000

Se obtiene en este caso particular las mismas cifras finales que las obtenidas utilizando el método en cascada, ya que en el ejemplo considerado no hay prestaciones mutuas (obsérvese que las celdas por encima de la diagonal de costes directos están en blanco).

Al final de esta secuencia, tenemos todos los costes que se han incorporado en el proceso de asignación, acumulados en los dos centros principales, es decir, en aquellos centros que ofrecen el producto al usuario (en nuestro ejemplo, de acuerdo con

el Tabla 11.6, 746 069 € asignados a Pediatría, y 1 023 931 € asignados a Medicina Interna). Obsérvese que en la técnica de costes completos todos los costes que inicialmente estaban adscritos de forma directa a centros principales, auxiliares y estructurales (1 770 000 € en nuestro ejemplo), quedan asignados en su totalidad a los centros principales al final del proceso de transmisión de costes. Esto es exactamente lo que pretende un sistema de costes completos.

El *output* del proceso de transmisión de costes, ilustrado en la Tabla 11.6, suele ser presentado utilizando un formato similar al de la Tabla 11.7.

Imputación de los costes de centros principales a productos/servicios

La última fase de la secuencia de costes completos persigue determinar el coste de prestación de cada producto (y en caso de que conociéramos ingresos por producto, del resultado por producto).

Si un departamento prestara un solo producto o servicio (definiendo, por ejemplo, estancia, alta o consulta como único producto), la asignación de los costes al producto sería inmediata: dividiendo los costes del período en el centro principal que ha generado la actividad entre el número de unidades prestadas, tendríamos los costes unitarios por unidad de producto. Éste es el caso simplificado con que nos encontramos en el Hospital de Santa Marta, donde se han definido dos productos: estancia de Pediatría y estancia de Medicina Interna (véase la Tabla 11.8).

$$\begin{aligned} \text{Coste por estancia Pediatría} &= 746\,069 \text{ €} / 6800 \text{ estancias} = 109.72 \text{ €/estancia Pediatría} \\ \text{Coste por estancia M.I.} &= 1\,023\,931 \text{ €} / 8500 \text{ estancias} = 120.46 \text{ €/estancia M.I.} \end{aligned}$$

Para resolver la cuestión de la multiplicidad de productos sin necesidad de tener que recurrir a definiciones sofisticadas de producto, a menudo se utilizan métodos basados en sistemas de pesos relativos. Los sistemas de pesos relativos reconocen la existencia de múltiples productos en cada centro final, pero asumen a la vez que un cálculo fiable de cuáles son los costes destinados a cada producto dentro de la actividad de un departamento requiere un gran esfuerzo y no es coste-efectivo realizarlo de forma continuada. Por el contrario, estos métodos sugieren que se deben realizar periódicamente estudios muy detallados (incorporando si es necesario cronometrajes,

TABLA 11.6 *Cálculo de costes completos de Hospital del Santa Marta.*

	Costes						TOTAL
	Directos	Limpieza	Administración	Cocina	Laboratorio	Radiología	COSTES
<i>Limpieza</i>	100 000	(100 000)					
<i>Admin.</i>	224 000	7 500	(231 500)				
<i>Cocina</i>	120 000	–	–	(120 000)			
<i>Lab.</i>	223 000	7 500	40 853	–	(271 353)		
<i>Radio.</i>	173 000	10 000	31 774	–	–	(214 774)	
<i>Pediatría</i>	390 000	35 000	68 089	53 333	92 260	107 387	746 069
<i>M. Int.</i>	540 000	40 000	90 784	66 666	179 093	107 387	1 023 931
TOTAL	1 770 000						1 770 000

TABLA 11.7 *Presentación de la información sobre costes completos por departamento.*

Pediatría Santa Marta		Laboratorio Santa Marta	
Personal	300 000	Personal	180 000
Seguridad Social	40 000	Seguridad Social	26 000
Amortización equipos	7 000	Amortización equipos	5 000
Consumo material sanitario	30 000	Consumo material sanitario	10 500
Utensilios	13 000	Utensilios	1 500
<i>Costes propios</i>	390 000	<i>Costes propios</i>	223 000
Cocina	53 333		
Laboratorio	92 260	Limpieza	7 500
Radiología	107 387	Administración	40 853
<i>Costes indirectos imputados</i>	252 980	<i>Costes estructura</i>	48 353
Limpieza	35 000	TOTAL	271 353
Administración	68 089	<i>Imputación a pediatría</i>	(92 260)
<i>Costes estructura</i>	103 089	<i>Imputación a med. int.</i>	(179 093)
TOTAL	746 069		

escandallos, valoración de protocolos...) sobre la estructura de costes de los productos y atribuir valor general a las relaciones de coste obtenidas en el estudio concreto. A menudo, dado que es muy oneroso llevar a cabo estos estudios en la propia organización, se recurre a estudios externos que establecen relaciones de coste entre productos (p. ej., la traducción de consultas, estancias, etc., a términos de UBA, UPA, EVA o similares), y se asume que las relaciones entre los costes de los distintos productos obtenidos en el estudio externo son extrapolables a la propia organización.

Al final del proceso de transmisión de costes, el sistema de costes completos nos informa del valor monetario de todo aquello que (directa o indirectamente) la organización ha puesto a disposición de un centro de responsabilidad, así como del valor monetario de todo aquello que ha sido utilizado para ofrecer cada producto o servicio final. La idea subyacente del sistema es que todos los recursos de la organización están ahí para apoyar y facilitar la prestación de los servicios finales, y esa utilización debe ser identificada.

Conviene subrayar que el sistema de costes completos requiere una serie de supuestos: cuáles son los centros que se definen, cuál es la secuencia de reparto (si se utiliza el reparto en cascada), cuáles son los criterios de reparto, etcétera. Las modificaciones en cualquiera de estos aspectos entrañarán variaciones, más o menos significativas, en las cifras resultantes de costes. En contrapartida, es vital reconocer también que la subjetividad, inevitable en esta cuestión, no tiene por qué implicar arbitrariedad ni la deducción de que «todo vale». Un buen sistema de contabilidad analítica es dinámico y evoluciona en el tiempo ajustando todos estos supuestos a partir de las sugerencias de los responsables implicados a fin de ir avanzando hacia una representación lo más correcta posible de la realidad. En cualquier caso, la progresiva adaptación de los supuestos debe seguir criterios de valor añadido: la mejora en la capacidad de tomar decisiones, justifica el coste de las medidas propuestas para alcanzar un mayor precisión?

TABLA 11.8 *Cálculo de costes completos por producto del Hospital de Santa Marta.*

	Costes						TOTAL	Coste/	Coste/
	Directos	Limpieza	Admin.	Cocina	Lab.	Radio.	COSTE	Estancia	Alta
<i>Limpieza</i>	100 000	(100 000)							
<i>Admin.</i>	224 000	7 500	(231 500)						
<i>Cocina</i>	120 000	–	–	(120 000)					
<i>Lab.</i>	223 000	7 500	40 853	–	(271 353)				
<i>Radio.</i>	173 000	10 000	31 774	–	–	(214 774)			
<i>Pediatría</i>	390 000	35 000	68 089	53 333	92 260	107 387	746 069	109,72	932,58
<i>M. Int.</i>	540 000	40 000	90 784	66 666	179 093	107 387	1 023 931	120,46	1 204,63
TOTAL	1 770 000						1 770 000		

Un sistema de costes completos nos informa del valor monetario de la totalidad de los recursos puestos a nuestra disposición para obtener un producto. En este sentido, aporta información útil para establecer o negociar precios y tarifas. Alcanzando cierto nivel de actividad, facturar a coste total implicaría una cuenta de resultados equilibrada. Una organización sostenible debe ser capaz de cubrir sus costes totales. Como es lógico, aunque el conocimiento de los costes totales es una guía para establecer o negociar precios y tarifas, la estructura de precios no tiene por qué coincidir con la estructura de costes. En primer lugar, porque el objetivo puede no ser el resultado cero. En segundo lugar, porque razones de equidad o accesibilidad pueden justificar que unos productos subsidien a otros. Por último, porque el precio final resulta del juego oferta-demanda entre proveedor y comprador. En cualquier caso, la información de costes completos es muy útil al directivo como base para fijar o negociar tarifas.

La información de costes completos puede ser útil también para comparar la eficiencia de centros o productos similares⁶. Por su naturaleza, al hacer comparaciones o *benchmarking* entre instituciones el sistema de costes completos realza la importancia de la carga de los costes de estructura en la estimación de los recursos dedicados a la prestación de cada producto. Estas comparaciones o *benchmarking* basadas en costes completos pueden dar señales de oportunidad o alarma sobre áreas donde puede ser adecuado o prioritario hacer estudios de costes relevantes (véase el apartado 5) con el fin de mejorar la eficiencia más adelante.

Finalmente, la información de costes completos se emplea con frecuencia con fines de transparencia social (caso, por ejemplo, de las facturas-sombra, a través de las cuales algunos hospitales públicos han informado a los usuarios del coste total de los recursos puestos a su disposición).

Sistemas de costes controlables

Un principio básico en la evaluación de responsables es el de controlabilidad: un directivo debe ser evaluado en función de aquellos aspectos sobre los que tiene una

⁶ Hay que ser especialmente cauto en las comparaciones con información de costes completos. La comparación o *benchmarking* sólo tiene sentido en la medida en que las actividades realizadas son similares. Con toda probabilidad, será necesario incorporar alguna medida de casuística o complejidad para que la comparación tenga sentido.

capacidad significativa de influencia, pero no por aquellos aspectos que quedan fuera de su ámbito de control. Por tanto, aunque adecuada para determinadas finalidades, tal como mencionamos en el apartado anterior, la información generada por los sistemas de costes completos no es la idónea para la evaluación de responsables.

A fin de ilustrar esta cuestión, tomamos la Tabla 11.7. ¿Tiene el responsable del centro «Pediatria» capacidad significativa de influencia sobre alguna de las líneas de coste listadas en la tabla? Casi con seguridad, sí (de lo contrario, y como se ha mencionado al principio, debería ponerse en duda si merece o no el nombre de directivo). ¿Tiene el responsable del centro capacidad significativa de influencia sobre todas las líneas de coste listadas en la tabla? Probablemente, no. Aunque según la lógica de costes completos tenga sentido asignar una serie de costes a un departamento o a un centro, su responsable puede no tener capacidad significativa de influencia sobre todos ellos.

A efectos de evaluación de responsables es, pues, importante identificar los costes (y, en su caso, ingresos) *controlables*: aquellos costes sobre los que un responsable tiene control o, al menos, una capacidad significativa de influencia. El documento de gestión que se prepare para control y evaluación de responsables debe discriminar los costes que se consideran sujetos a control por parte del responsable en cuestión, para a partir de ahí comparar costes controlables presupuestados con costes controlables reales.

Aunque es difícil generalizar, y hay excepciones justificadas, es frecuente que los costes directos propios se consideren controlables, y los costes estructurales, no controlables. Respecto a los costes imputados de centros auxiliares, a menudo el responsable del centro que recibe la imputación tiene capacidad de influencia sobre el número y tipo de prestaciones intermedias solicitadas (p. ej., pruebas diagnósticas), pero no sobre el coste por prestación, que depende de la eficiencia del centro auxiliar. A fin de discriminar las responsabilidades de cada actor, pueden utilizarse precios de transferencia basados no en los costes reales del centro auxiliar sino en precios de mercado o en costes estándares (costes preestablecidos, fundamentados en análisis técnicos, que indican cuál debería ser el coste en condiciones de actividad eficientes), de forma que las posibles eficiencias o ineficiencias del centro auxiliar prestatario sean asumidas por éste y no sean transferidas al centro receptor.

Sistemas de costes variables

Los responsables de una unidad se enfrentan a menudo a decisiones que tienen que ver con las implicaciones económicas de variaciones en el escenario de actividad: ¿qué impacto tendría sobre los resultados de una unidad el incremento de la actividad en un 10%? ¿Qué nivel de actividad es el necesario para alcanzar un determinado beneficio o para que las pérdidas no excedan un determinado importe? ¿Qué aumento en el nivel de actividad sería necesario para absorber el coste de una determinada inversión? ¿Qué pasaría si cambiara la estructura de costes, el volumen de actividad o el esquema de facturación? ¿Cuál es el impacto económico de distintas combinaciones de los factores antes citados?

Supongamos que la actividad real resulta ser un 10% menor que la presupuestada. La intuición ya nos dice que lo más probable es que los costes en los que se incurran no sean un 10% menores, puesto que algunas partidas de coste varían al variar la actividad, pero otras no. Para tomar decisiones de este tipo, en las que se requiere evaluar las implicaciones que sobre otras variables tienen las variaciones en el nivel de actividad, no son suficientes ni costes completos ni costes controlables. Para este tipo de decisiones es útil la distinción entre costes *variables* y *costes fijos*.

Costes variables son aquellos que varían proporcionalmente a los cambios en el volumen de actividad X (son ejemplos habituales de costes variables de un centro fina-

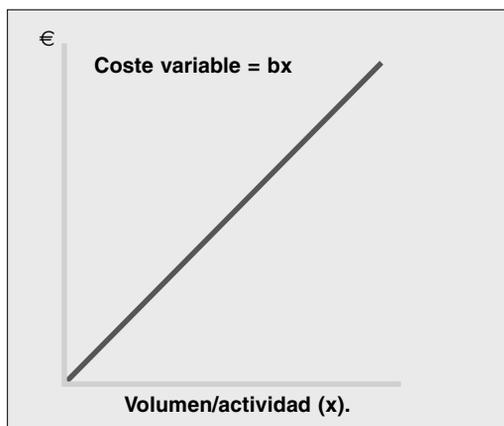


Figura 11.4. Comportamiento de costes variables.

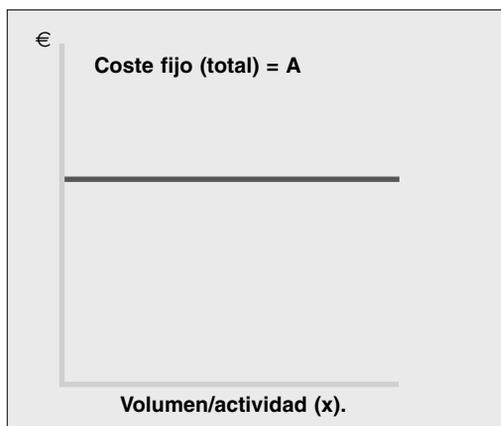


Figura 11.5. Comportamiento de costes fijos.

lista, el material sanitario, las pruebas diagnósticas u otros consumos). Los costes variables totales pueden ser expresados como $CVT = b * X$, donde b es el coste variable por unidad.

Costes fijos son aquellos que se mantienen constantes ante cambios en la actividad (son ejemplos habituales la mayor parte de los costes de personal o la amortización de activos inmovilizados que van quedando obsoletos con el paso del tiempo)⁷. Los costes fijos totales son constantes y pueden ser expresados como $CFT = A$. Esquemáticamente, el comportamiento de los costes variables y de los costes fijos totales se representa como se ve en las Figuras 11.4 y 11.5.

Si representamos el comportamiento de los costes variables por unidad de actividad y de los costes fijos por unidad de actividad para distintos niveles de actividad, observaremos que, mientras que los costes variables unitarios permanecen constantes a lo largo del rango de actividad ($CVU = CVT/\beta = b$), los costes fijos unitarios disminuyen a medida que se incrementa la actividad ($CFU = CFT/\beta = A/\beta$) (Figs. 11.6 y 11.7).

La distinción entre costes fijos y costes variables se maneja a menudo para presentar las cuentas de explotación o de resultados de un determinado centro. Aunque éste no es el formato propuesto por la contabilidad externa exigida, a efectos de gestión interna se considera de interés subrayar esta distinción. Así, un tipo de informe adecuado para gestión que presenta la información con arreglo a esta distinción es el que se ofrece en la Tabla 11.9. Este formato de presentación resalta la importancia del concepto «margen de contribución» o «contribución marginal». El margen de contribución o contribución marginal se define como ingresos menos costes variables, y subraya en cuánto contribuye cada línea de producto o división a la cobertura de los costes fijos.

La distinción entre costes fijos y variables es fundamental en toda decisión relacionada con el análisis de distintos escenarios de actividad (incluida, por supuesto, la presupuestación). Las técnicas que analizan el comportamiento de costes e ingresos en distintos escenarios de actividad reciben el nombre de técnicas de *punto de equilibrio* o *de punto muerto*, y también el de *técnicas coste/volumen/beneficio* ($C/V/B$). La ca-

⁷ Debe matizarse que se consideran costes fijos aquellos que se espera que no varíen a corto plazo y *dentro de un intervalo de actividad limitado*. Los costes fijos son costes de capacidad, y son fijos únicamente dentro de una determinada banda de capacidad. Por tanto, a cierto nivel de capacidad fuera de esta banda, es muy probable que los costes fijos puedan «pegar un salto», aumentando o disminuyendo.

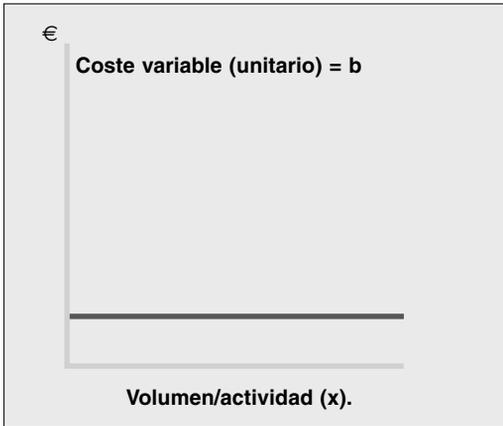


Figura 11.6. Costes variables por unidad de actividad.

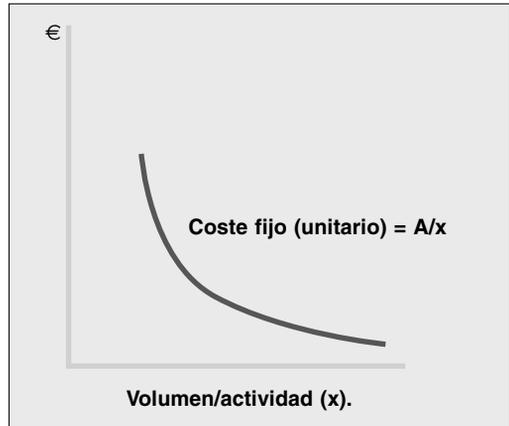


Figura 11.7. Costes fijos por unidad de actividad

pacidad explicativa del análisis de punto de equilibrio viene dada por la representación gráfica o algebraica, de una manera integrada pero sencilla, del comportamiento de costes e ingresos.

Supongamos que un centro recibe unos determinados ingresos (tarifa p) por cada unidad de actividad que presta, ya sea por facturación externa o interna. Sus ingresos son, pues, $p \cdot x$. Combinando en un solo gráfico la representación de costes fijos, costes variables e ingresos, tenemos (Fig. 11.8):

Para cualquier nivel de actividad x , el resultado $R(x)$ es $I(x) - CT(x)$, donde $R(x)$ es el beneficio o pérdida, $I(x)$ representa los ingresos totales y $CT(x)$ los costes totales a ese nivel de actividad. Así, para x_1 , $R(x_1)$ es $I(x_1) - CT(x_1)$, con $I(x_1) - CT(x_1) < 0$ según se deduce del gráfico, lo que indica que el nivel de actividad x_1 se halla en zona de pérdidas. Para x_2 , $R(x_2)$ es $I(x_2) - CT(x_2)$, con $I(x_2) - CT(x_2) > 0$, lo que indica que el nivel de actividad x_2 genera beneficios. Especial atención merece el nivel de

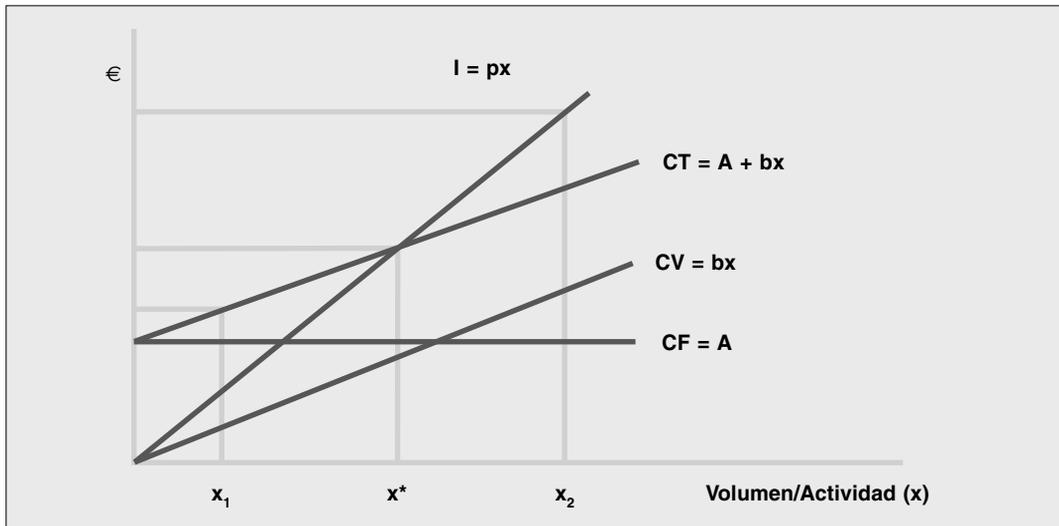


Figura 11.8. Costes en función de volumen/actividad.

TABLA 11.9 *Un enfoque de costes variables.*

		Línea de producto P	Línea de producto Q	Total
	Facturación	200	300	500
<i>Menos</i>	Costes variables	130	210	340
	Contribución marginal	70	90	160
<i>Menos</i>	Costes fijos asignables	60	70	130
	Resultado imputable a producto	10	20	30
<i>Menos</i>	Costes de estructura			25
	Resultado			5

actividad x^* . A ese nivel de actividad, $I(x^*) = CT(x^*)$, por lo que $R(x^*) = 0$. El nivel de actividad x^* recibe el nombre de punto de equilibrio o punto muerto: es el nivel de actividad en el cual, dada la estructura de costes e ingresos, el resultado es cero. Análiticamente, se puede hallar el punto de equilibrio x^* como el punto en el que:

$$I(x^*) = CT(x^*), \text{ y por tanto, } I(x^*) = CV(x^*) + CF(x^*)$$

Para el caso particular en que $I(x) = px$, podemos sustituir:

$$p \cdot x^* = b \cdot x^* + A$$

y por tanto,

$$x^* = \frac{A}{p - b} = \frac{\text{Coste fijo total}}{\text{Tarifa} - \text{coste variable unitario}}$$

A la diferencia entre ingresos unitarios ($px/x =$ tarifa en nuestro ejemplo) y coste variable unitario se le llama margen de contribución unitario (mcu). (Por extensión, y como ya hemos mencionado, el margen de contribución total es la diferencia entre los ingresos totales y los costes variables totales.) Así pues, lo que hacemos al calcular el punto de equilibrio es dividir el total de costes fijos entre el margen de contribución unitario. La idea es la siguiente: si $p > b$ (tarifa superior a coste variable unitario), cada unidad facturada «contribuye» en una pequeña parte a la cobertura de los costes fijos. ¿Cuántas «pequeñas contribuciones» son necesarias para la cobertura del total de costes fijos? La respuesta es ni más ni menos x^* , es decir, el punto de equilibrio (Fig. 11.9).

Punto de equilibrio en unidades = Costes fijos/margen de contribución unitario.

Si en una unidad de radiología (supongamos con un solo producto intermedio, o con una cartera de varios productos para los cuales se dispone de un sistema de URV) se factura (interna o externamente) a 90 €/unidad de producto, los costes variables son 50 €/unidad de producto, y los costes fijos son 20 000 €, el punto de equilibrio se alcanzará al nivel de actividad $x^* = 500$ unidades. Facturar 500 unidades implica alcanzar el punto de equilibrio donde el resultado es cero. Si $I(x) = px$, facturar por debajo del punto de equilibrio implica estar en zona de pérdidas, y facturar por encima del punto de equilibrio implica estar en zona de beneficios (Fig. 11.10).

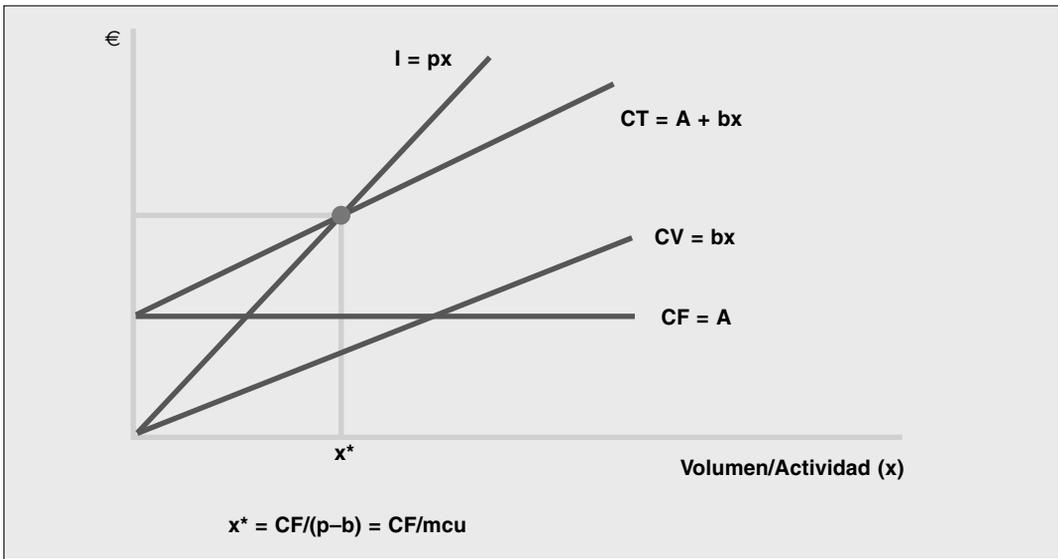


Figura 11.9. Punto de equilibrio.

$$x^* = \frac{A}{p - b} = \frac{20\,000}{90 - 50}$$

El análisis que acabamos de presentar puede ser aplicado al caso del Hospital de Santa Marta. Podemos preguntarnos, por ejemplo, a qué nivel de actividad alcanzaría el punto de equilibrio el servicio de Pediatría, suponiendo una facturación basada en el número de altas con una tarifa de 135.29 €/estancia (lo que, dada la estancia media de 8.5 equivale a 1150 €/alta). Para ello, necesitamos discriminar entre costes fijos y costes variables (Tabla 11.10).

El análisis del punto de equilibrio puede extenderse a su vez más allá de la búsqueda del punto de equilibrio en sí. Se puede utilizar fácilmente para calcular qué volumen de facturación es necesario para obtener un determinado resultado, o cuál es el impacto económico de distintas combinaciones precios/costes/volumenes (Drury, 2000).

Es importante tener presente, sin embargo, que las técnicas de punto de equilibrio reposan sobre una serie de supuestos. En la versión muy simplificada que aquí hemos presentado, hemos supuesto que todas las partidas de coste son estrictamente fijas o estrictamente variables, hemos supuesto una cartera de un solo producto (o multiproducto pero fácilmente traducible a un sistema de pesos relativos y con un *mix* constante), hemos supuesto que las tarifas de facturación son un determinado importe por unidad y que no varían con el nivel de actividad, que los precios de los *inputs* son invariables, etcétera. Sin lugar a dudas, éstos son supuestos restrictivos y simplificadores de la realidad. Aunque no lo vamos a tratar aquí, es posible hacer más complejo el análisis del punto de equilibrio, de forma que incorpore comportamiento de costes mixtos entre lo estrictamente variable y lo estrictamente fijo, carteras multi-producto, distintas estructuras de facturación, etcétera (Finkler, 1994; Drury, 2000).

En cualquier caso, el concepto de margen de contribución y la idea de que el punto de equilibrio es un punto de interés particular donde los ingresos totales se igualan a los costes totales ($IT(x^*) = CT(x^*)$) permanecen como núcleos centrales de este tipo de análisis. Por el contrario, deben tomarse precauciones al generalizar la fórmula

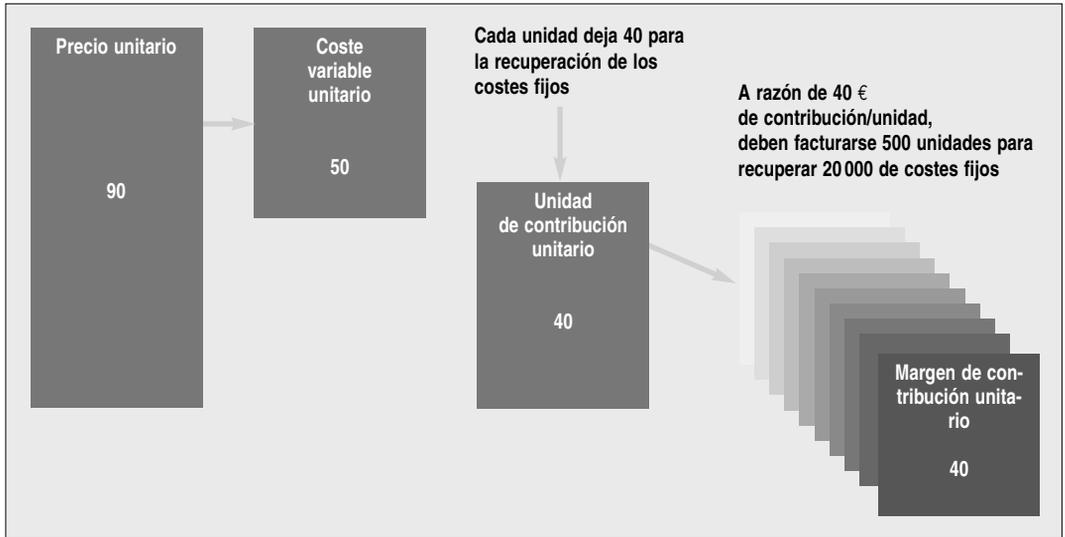


Figura 11.10. El margen de contribución unitario.

$x^* = CF/p - b$, ya que es válida sólo en contextos donde $IT = pX$. Con esquemas de facturación distintos, las fórmulas deberán adecuarse a las características de la estructura de costes e ingresos de que se trate (Finkler y Ward, 1999).

Costes para decisiones especiales: costes relevantes o diferenciales

Los sistemas de costes completos, los sistemas de costes controlables y los sistemas de costes variables aportan de manera periódica y regular información útil como base para decisiones tales como la negociación de tarifas, la evaluación de responsables o la estimación del impacto económico de las variaciones en el nivel de actividad, decisiones todas ellas que caen dentro del ámbito ordinario de gestión de las organizaciones preocupadas por la eficiencia.

Ahora bien, las organizaciones se enfrentan además a decisiones que no se toman regular ni periódicamente, y que son críticas e implican la elección entre alternativas de acción. Decisiones de este tipo son, por ejemplo, la posible externalización de alguna área, la supresión o creación de una determinada línea de actividad, la expansión o reducción significativa de una línea de actividad, la sustitución de equipos o la aceptación de contratos o el establecimiento de acuerdos especiales con algún cliente. Para estas decisiones especiales, las técnicas de análisis de costes pertinentes son las de costes relevantes o diferenciales.

La idea básica que subyace bajo las técnicas de costes relevantes o diferenciales es de un tremendo sentido común: cuando se enfrente a una decisión crítica no habitual, 1) exprese la situación en forma de alternativas de acción (una de las cuales es mantener el *statu quo*); 2) identifique qué costes e ingresos varían según las alternativas (es decir, los costes e ingresos relevantes), y asígneles a las alternativas correspondientes; y 3) olvídense de los costes e ingresos que no varían entre alternativas (es decir, los costes irrelevantes).

Prescindir de los costes e ingresos irrelevantes simplifica enormemente el proceso de recogida de información y reduce la sobrecarga de información a que a menudo se

TABLA 11.10 *Cálculo del punto de equilibrio del Servicio de Pediatría del Hospital de Santa Marta.*

	Costes totales	Costes fijos	Costes variables
<i>Costes propios</i>			
Personal	300 000	300 000	
Seg. Social	40 000	40 000	
Amort.	7 000	7 000	
Consumo mat. sanit.	30 000		30 000
Utensilios	13 000		13 000
<i>Costes no propios</i>			
Limpieza	35 000	35 000	
Admin.	68 089	68 089	
Cocina	53 333		53 333
Lab.	92 260		92 260
Radio.	107 387		107 387
	746 069	450 089	295 980
Costes variables por estancia = 295 980/ 6800 = 43.53 €/estancia			
Margen de contribución unitario por estancia = (1150/8.5) – 43.53 = 91.76 €/estancia			
Punto de equilibrio = 450 089/91.76 = 4905 estancias = 577 altas			

enfrentan los directivos. A pesar de ello, cierta tiranía de los sistemas de costes completos, que aún persiste en el ámbito sanitario, hace que a menudo se incluya información sobre costes irrelevantes, procedente de un sistema de costes completos en los análisis de decisiones fundamentales no rutinarias. Si los costes e ingresos irrelevantes se incluyen en cada una de las alternativas, las conclusiones del análisis no se verán distorsionadas, pero se habrá incurrido en una excesiva e innecesaria complejidad tanto en la elaboración como en el uso posterior de la información por parte del directivo usuario.

Así pues, la idea, sencilla pero clave, es que los costes e ingresos que son independientes de una decisión, son irrelevantes y pueden (deben, si no queremos complicar innecesariamente el análisis) ser soslayados en la evaluación de las alternativas de acción. Sólo los costes e ingresos que son distintos en un conjunto de condiciones concreto en relación con un conjunto alternativo, es decir, los costes e ingresos relevantes⁸, deben ser tenidos en cuenta.

Muchos costes que deben ser incluidos para llevar a cabo un análisis de costes completos, de costes controlables o de costes variables, no son relevantes a efectos de toma de decisiones fundamentales no habituales. En particular, todos aquellos costes que ninguna acción presente o futura puede cambiar son en este sentido irrelevantes, aunque puedan ser asignados directamente a algún centro o producto a efectos de sistemas de costes completos. Los costes ya producidos o ya comprometidos son irrelevantes. Tomemos el caso de un proyecto que consta de varias etapas. Al final de la etapa 1, el responsable de proyecto se pregunta si debe seguir con el plan inicial y abordar la fase 2 o si debe adoptar un nuevo plan de acción para introducir una nue-

⁸ Estrictamente hablando, son los futuros *cash-flows* o flujos de tesorería descontados los que deben analizarse (Drury, 2000; Drummond y cols., 2001).

va tecnología (llamemos a esta vía, fase 2'). Para la decisión 2 frente a 2', los costes incurridos en la fase 1 son irrelevantes. A la hora de decidir (hoy) si (hoy) tomo el coche o el autobús, el impuesto de circulación y el seguro que ya he pagado, y el mismo coste de adquirir el coche, son costes irrelevantes. Estos costes, por el contrario, eran relevantes antes de tomar la decisión. En cambio, si yo me planteara cobrar a mis vecinos por la oferta de servicios de taxi en mi vehículo, estaría interesado en incluir todos esos costes en un sistema de costes completos que intentara hallar el coste total por trayecto en coche.

Es frecuente oír de un directivo que «tal decisión no puede ser abandonada porque ya se ha invertido mucho en ella, y es necesario rentabilizar lo ya invertido». En la lógica puramente económica, esto es incorrecto: no importa lo que ya se haya comprometido. Sólo importan los costes futuros. Si siguiendo con el plan inicial, se cree que se va a incurrir en beneficios futuros mayores que los que resultarían de abandonar, aunque en términos de costes totales el proyecto sea deficitario, el proyecto debe ser continuado (otra cuestión es cómo evaluaremos al directivo responsable o cómo plantearemos futuros proyectos). Si se prevé que siguiendo con el plan inicial se va a incurrir en pérdidas futuras mayores que las que resultarían de abandonar el proyecto, éste debe ser abandonado, independientemente de lo ya invertido. Por supuesto, la psicología puede ir en contra de este criterio racional económico, puesto que es de prever que la autojustificación y la autoestima desempeñarán un importante papel ahí. El ejemplo anterior sirve también para subrayar que la frontera entre lo relevante y lo irrelevante depende tanto del momento (tiempo) en que se toma la decisión como de quién es el decisor (perspectiva). Lo que es relevante en un momento dado (antes de adquirir un equipo) puede no coincidir con lo que es relevante en otro momento (una vez adquirido). Lo que es relevante desde una perspectiva (el conductor, la sección o el departamento) puede no serlo desde otra (el municipio, el hospital, el sistema sanitario). En un análisis de costes relevantes, es importante explicitar en qué momento y desde qué perspectiva se están considerando las alternativas. El cuándo y el quién son cruciales.

En los análisis de costes relevantes aparece a menudo el concepto de coste de oportunidad. El coste de oportunidad de una determinada alternativa es el valor de la mejor alternativa a la que renunciamos por haber tomado esa opción. Un recurso escaso que tiene usos alternativos a los que renunciamos tiene un coste de oportunidad asociado. Si para una determinada actividad estamos contando con un becario o con un espacio cedido gratuitamente, pero tanto becarios como espacios son escasos y podrían ser dedicados a usos alternativos, los salarios que abonamos por el puesto que podría haber cubierto el becario y es cubierto por un empleado con contrato temporal, o los ingresos a los que renunciamos por no alquilar a terceros el espacio son costes de oportunidad. Aunque los costes de oportunidad no comportan movimientos de dinero ni aparecen reflejados en un sistema de costes completos, son relevantes y deben ser tenidos en cuenta en la comparación de alternativas.

Otro elemento relacionado con los costes relevantes son los costes marginales. Coste marginal es el coste en que se incurre al producir y ofrecer una unidad de actividad adicional en relación con un volumen de actividad de referencia. Es, pues, un caso particular de coste relevante, en el cual las dos alternativas comparadas son operar en un nivel de actividad x frente a operar en un nivel de actividad $x + 1$. El concepto de coste marginal está muy próximo, pues, al de coste variable, y en muchos casos coincidirá con él. En las decisiones a corto plazo que afectan a un volumen de actividad limitado, y cuando existe una capacidad idónea, los costes variables tenderán a coincidir con los relevantes. Pero eso no se cumplirá siempre. A partir de cierto volumen de unidades, el incremento de una unidad no podrá realizarse con la capacidad exis-

tente y requerirá un «salto» en los costes fijos. El coste marginal será en este caso superior al coste variable, ya que incorporará un componente fijo.

Veamos un ejemplo de análisis de costes relevantes. Un centro está sopesando las alternativas de encomendar una determinada prueba diagnóstica a un proveedor externo o de realizarla en el propio centro (¿hacer o hacer que se haga?). Los costes totales asignados a la obtención actual de 100 pruebas/trimestre son:

Personal directo	10 000
Materiales directos	30 000
Otros gastos generales variables	5 000
Otros gastos generales fijos	20 000
Total	65 000 €

Un proveedor externo ha hecho una oferta de 50 000 € para un pedido equivalente a esas 100 pruebas trimestrales, con condiciones equiparables de plazos y calidad. Supongamos que la parte de gastos generales fijos cargada a los productos se va a consumir tanto si se realiza dentro como si se compra fuera. Asimismo, supongamos que el centro tiene un acuerdo con los sindicatos o una forma de contratos que impide la rescisión de éstos si no media un preaviso de, al menos, tres meses. Así, el personal directo va a permanecer en nómina independientemente de cuál sea la alternativa seleccionada, y no tiene dedicaciones alternativas. Los gastos generales fijos y el personal directo son, pues, irrelevantes a la hora de decidir qué alternativa elegir. Aunque un análisis de costes completos arrojaría un coste por prueba de $65\,000/100 = 650$ €/prueba (lo cual es útil para cierto tipo de decisiones, según ya se ha apuntado), un análisis de costes relevantes que comparara las alternativas externalizar/no externalizar mostraría los datos de la Tabla 11.11 referidos a un trimestre.

Si aunque fuera innecesario, quisiéramos incluir tanto costes relevantes como costes irrelevantes, una vez asegurado que los irrelevantes aparecen con los mismos importes en ambas alternativas, tendríamos el análisis de la Tabla 11.12.

Cualquiera de las dos formas de cálculo es válida para presentar la información sobre costes relevantes (ya sea excluyendo costes irrelevantes o bien incluyéndolos, pero verificando que son idénticos en ambas alternativas). En ambas formas de cálculo, el análisis de costes relevantes recomienda no externalizar. En cualquier caso, es importante notar que la valoración de coste total (65 000) nos hubiera llevado a una decisión incorrecta, ya que al ser inferior a 50 000 podría haber llevado, erróneamente, a aceptar el contrato externo.

Al tratar de establecer qué costes son relevantes para una decisión concreta, hallaremos que algunos que son relevantes en una determinada situación pueden no ser-

TABLA 11.11 *Análisis de costes relevantes (¿externalizar?).*

	A0	A1	Dif
	<i>Interno</i>	<i>Externalizar</i>	
Materiales directos	30 000	0	30 000
Otros gastos generales variables	5 000	0	5 000
Compra al proveedor	0	50 000	(50 000)
TOTAL	35 000	50 000	(15 000)

TABLA 11.12 *Análisis de costes totales (¿externalizar?).*

	A0	A1	Dif
	<i>Interno</i>	<i>Externalizar</i>	
Personal directo	10 000	10 000	
Materiales directos	30 000	0	30 000
Otros gastos generales variables	5 000	0	5 000
Otros gastos generales fijos	20 000	20 000	
Compra al proveedor	0	50 000	(50 000)
TOTAL	65 000	80 000	(15 000)

lo en otra. Dado que los costes relevantes en un problema determinado dependen de la naturaleza de ese problema, no debe etiquetarse de forma generalizada un tipo de coste como relevante o no relevante. En el ejemplo anterior, hemos supuesto que el coste de personal directo no era un coste relevante. Si las condiciones laborales fueran otras (un «contrato» por días sueltos), se podría convertir en relevante. Asimismo, hemos supuesto que los materiales directos eran un coste relevante. No obstante, si estos materiales ya se hubieran comprado y no tuvieran ningún uso alternativo, ni pudieran ser revendidos, el coste sería el mismo, independientemente de la alternativa elegida. El coste de los materiales sería entonces irrelevante. La identificación de cuáles son los costes relevantes depende, pues, de las circunstancias. Un mismo coste puede ser relevante en una situación y no serlo en otra. En cada situación deberá analizarse qué costes futuros van a variar según las alternativas.

En el ejemplo anterior, hicimos un enfoque a corto plazo, con un horizonte de tres meses. A más largo plazo, quizá sea posible actuar sobre los gastos fijos y sobre el gasto en personal directo. Revisemos, pues, la situación a largo plazo. Supongamos ahora que sea posible negociar un contrato a largo plazo con el proveedor fijando un precio de 50 000 €/trimestre por 100 pruebas trimestrales a lo largo de los próximos cinco años. Supongamos también que a largo plazo se puede plantear una desinversión y una reestructuración de personal, de forma que sea posible prescindir de los activos fijos y del personal directo (y para simplificar, vamos a suponer que ello no comporta indemnizaciones ni otros costes asociados a la reestructuración; si los hubiera, deberían ser considerados, por supuesto, como relevantes). El análisis de costes relevantes sería ahora (base trimestral, para un plazo de cinco años) el indicado en la Tabla 11.13.

Es decir, a largo plazo personal directo y gastos fijos serían distintos según las alternativas, y por tanto se habrían convertido en relevantes para esta decisión. A largo plazo, en este ejemplo concreto, sería rentable encomendar las pruebas a un proveedor externo. El análisis sugiere que para tres meses vista es interesante producir internamente, pero que si las previsiones de demanda se cumplieran, sería rentable tomar acciones para reducir los costes fijos y comprar fuera. El ejemplo, aunque deliberadamente simplificado, refuerza la idea de que es crucial referir los estudios de costes para decisiones especiales al horizonte temporal adecuado.

Consideraciones similares pueden hacerse para supuestos en los que se plantea el abandono de una línea de actividad. ¿Mejoraría el resultado si un servicio x, deficitario, dejara de prestarse? Es fundamental observar que la cuestión aquí no es si x es deficitario sobre la base de los costes completos, sino más bien cuáles son los costes e ingresos relevantes dadas las alternativas que se están planteando. Es decir, lo que

TABLA 11.13 *Análisis de costes relevantes (¿externalizar?: una visión a largo plazo).*

	A0	A1	Dif
	<i>Interno</i>	<i>Externalizar</i>	
Personal directo	10 000	10 000	
Materiales directos	30 000	0	30 000
Otros gastos generales variables	5 000	0	5 000
Otros gastos generales fijos	20 000	20 000	
Compra al proveedor	0	50 000	(50 000)
TOTAL	65 000	80 000	5 000

nos importa para esta decisión es qué ingresos y qué costes se eliminarían si x fuera suprimido. Supongamos que si se eliminara x desaparecerían sus ingresos, sus costes variables y algunos de sus costes fijos específicos. Es probable, no obstante, que algunos de los costes fijos se mantuvieran (es decir, fueran no relevantes). En estas circunstancias, pudiera darse el caso de que eliminar x (a pesar de ser deficitario desde la perspectiva de coste completo) comportara un impacto negativo sobre la cifra global de resultados.

Veamos ahora un ejemplo distinto en el que también es de aplicación el concepto de costes relevantes. Un determinado laboratorio perteneciente a un grupo sanitario, históricamente bien dimensionado y con plena utilización de sus recursos, ha venido realizando una actividad de 50 000 unidades relativas de valor (URV) mensuales. No obstante, debido a la particular situación de uno de sus clientes (una mutua en proceso de quiebra), el laboratorio presenta exceso de capacidad. Así, para el próximo trimestre se prevé que la actividad ronde las 35 000 URV mensuales. Se espera poder recuperar la demanda en meses venideros, por lo que la subactividad se considera temporal.

Una importante federación deportiva ha entrado en contacto con el laboratorio para proponerle un acuerdo especial por el cual se realizarían 3 000 URV mensuales durante los próximos tres meses, que estarían dispuestas a pagar a 20 €/URV. Debido a las características del acuerdo, no habría gastos de marketing ni distribución, aunque determinados aspectos relativos al etiquetaje y documentación de las pruebas requeriría un coste variable adicional de 1 €/URV. ¿Tiene sentido aceptar esta propuesta?

Capacidad = 50 000 URV/mes

Actividad prevista

mes siguiente: 35 000 URV/mes

		/URV
Personal	420 000	12
Reactivos, materiales, etc.	280 000	8
Gastos generales (variables)	70 000	2
Amortización	280 000	8
Marketing y distribución	105 000	3
Total costes	1 155 000	33
Facturación	1 400 000	40
Resultado (mensual)	245 000	7

Un análisis de costes completos nos indica que el coste/URV es 33 €. La propuesta que está encima de la mesa es 20 €/URV. ¿Qué hacer, pues? Dado el tipo de decisión de que se trata, conviene dejar de lado el análisis de costes completos y hacer, por el contrario, un análisis de costes relevantes.

Estamos ante una decisión sobre precios especiales. En algunos casos, tiene sentido facturar por debajo del coste total, siempre que los ingresos diferenciales cubran al menos los costes diferenciales (columna derecha de la Tabla 11.14). En nuestro caso, y en la medida en que los ingresos relevantes sean superiores a los costes relevantes, el laboratorio mejorará su resultado si acepta el pedido especial. La clave está en que para el próximo trimestre los costes de personal y los generales fijos van a permanecer constantes, independientemente de si se acepta o no el pedido. Estos costes son, pues, irrelevantes a corto plazo. Los materiales directos y los demás gastos variables difieren en función del volumen de actividad. Así pues, son costes relevantes.

No obstante, antes de recomendar decididamente la opción de aceptar el pedido deben tenerse en cuenta varios factores. En primer lugar, estamos suponiendo que el precio de venta futuro no va a quedar afectado negativamente por esta venta especial a precio reducido ni va a generar guerras de precios en el sector. Si así fuera, la pérdida de ingresos por los pedidos «no especiales» podría compensar negativamente el mejor resultado a corto plazo obtenido con este pedido. En segundo lugar, suponemos que no pueden presentarse durante el período mejores alternativas para absorber el exceso de capacidad. En tercer lugar, suponemos que no hay usos alternativos de los recursos que pudieran generarnos una mayor contribución. Por último, suponemos que el personal directo y los gastos generales fijos no pueden ser modificados a corto plazo o bien están siendo retenidos para estar cubiertos ante recuperaciones de la demanda que se prevén en el futuro próximo. Los cambios en este escenario obligarían a replantear el análisis de costes relevantes.

Cuando, como en el ejemplo, las empresas se enfrentan a una situación de exceso de capacidad, es importante que aun habiendo tomado una decisión a corto plazo, se considere también la decisión a largo plazo. En caso de una caída permanente de la demanda a largo plazo, el laboratorio podría plantearse reducir su capacidad, con la consiguiente reducción potencial de gastos generales fijos y de personal. Es posible que con esta perspectiva a largo plazo fuera más recomendable la reducción

TABLA 11.14 *Análisis de costes relevantes (pedidos especiales).*

	A0 No aceptar pedido especial	A1 Aceptar pedido especial	Dif
Personal	420 000	420 000	
Reactivos, materiales, etc.	280 000	304 000	24 000
Gastos generales (variables)	70 000	76 000	6 000
Amortización	280 000	280 000	
Etiquetas y documentación		3 000	3 000
Marketing y distribución	105 000	105 000	
Total costes	1 155 000	1 188 000	33 000
Facturación	1 400 000	1 460 000	60 000
Resultado (mensual)	245 000	272 000	27 000

de capacidad que la aceptación de un contrato especial tras otro. Nuevamente es preciso señalar que los estudios para decisiones especiales no deberían enfocarse únicamente hacia el corto plazo, sino que, al tiempo que se intentan aprovechar las oportunidades a corto plazo, deberían tenerse en cuenta las consideraciones a largo plazo.

Un análisis de costes relevantes requiere inevitablemente supuestos. Puesto que no podemos prever exactamente el futuro, debemos hacer algunas conjeturas sobre cómo se comportarán los costes. Por tanto, al emprender un análisis de costes relevantes es conveniente aclarar los supuestos de los que se parte y llevar a cabo un análisis de sensibilidad para explorar cómo afectarían a las conclusiones los cambios en estos supuestos.

Por otra parte, en las decisiones críticas especiales que estamos planteando, los aspectos clave no traducibles fácilmente a términos monetarios son muchos y muy importantes: efectos sobre el clima laboral, posible dependencia excesiva de un proveedor, potenciales pérdidas de calidad, valoraciones estratégicas, etcétera. Un buen análisis de costes relevantes debe añadir al análisis numérico una enumeración y análisis de estos aspectos cualitativos, para proporcionar elementos que ayuden al directivo a evaluar hasta qué punto los posibles ahorros desde el punto de vista cuantitativo quedan o no compensados por los riesgos cualitativos.

En la bibliografía médica son habituales los estudios en los que se comparan los costes asociados a distintas alternativas, tales como programas, tratamientos, etcétera. En algunos casos se comparan alternativas con idénticas consecuencias o efectos, aunque con requisitos distintos en cuanto a consumo de recursos. La literatura suele referirse a estos estudios como análisis de minimización de costes. Hablamos de análisis coste-efectividad (ACE), análisis coste-utilidad (ACU) y análisis coste-beneficio (ACB) (Drummond y cols., 2001), cuando el análisis se extiende a la comparación de alternativas con distintas consecuencias o efectos sobre salud y distinto consumo de recursos. Sin lugar a dudas, éstas son técnicas complejas, ya que exigen medir el consumo de recursos, medir los efectos sobre salud y relacionar ambos. En cualquier caso, debe tenerse presente que la lógica subyacente en todas estas técnicas, en lo que respecta a consumo de recursos, es una lógica de costes relevantes.

Conclusiones

Para el directivo que comparte los puntos de partida con que iniciábamos este capítulo, la contabilidad analítica representa un instrumento muy útil de medición de la eficiencia de su unidad y de ayuda en la toma de decisiones para mejorar la gestión de su ámbito. Puesto que seguramente en su organización hay expertos encargados de diseñar sistemas de contabilidad analítica, es importante que el directivo, en tanto que usuario del sistema, se formule (y formule a quien corresponda) las siguientes preguntas:

Pertinencia de la técnica o sistema utilizado. ¿Con qué finalidad queremos obtener la información de costes? ¿Cuál es el tipo de decisión que esperamos poder tomar (mejor) con la información del sistema de contabilidad analítica?

Hemos mencionado ya que hay múltiples técnicas y sistemas disponibles para el cálculo de costes. Las distintas particiones o tipos de clasificación de costes y, en general, los diferentes sistemas de costes serán más o menos pertinentes en función del tipo de decisión que queramos tomar. La Tabla 11.15 enumera algunos tipos de decisión

TABLA 11.15 *Aplicaciones de los sistemas de costes según el tipo de decisión.*

Aplicaciones según el tipo de decisión	Técnica/sistema de costes
Disponer de una base para fijar o negociar tarifas, aunque: <ul style="list-style-type: none"> • Oferta/demanda • Subsidios cruzados Alerta sobre la estructura de costes a largo plazo Comparación entre unidades Transparencia social	COSTES COMPLETOS
Evaluación de responsables	COSTES CONTROLABLES
Conocer el impacto de variaciones actividad/volumen sobre el resultado Toma de decisiones a corto plazo Elaboración/evaluación de presupuestos	COSTES VARIABLES (TÉCNICA DEL PUNTO DE EQUILIBRIO)
Elección entre opciones alternativas: <ul style="list-style-type: none"> • Hacer/externalizar • Añadir/eliminar una línea de actividad • Sustituir inmovilizado • Aceptar pedidos especiales 	COSTES RELEVANTES (análisis de minimización de costes) ACE, ACU; ACB

relativos a eficiencia a los que se enfrenta frecuentemente un directivo de un centro sanitario, junto a la técnica o sistema de costes potencialmente adecuada a ese tipo de decisión.

Pertinencia de los supuestos. ¿Son razonables los supuestos que subyacen bajo el sistema de costes utilizados? Todo sistema de costes está inevitablemente construido sobre una serie de supuestos, necesarios para modelar la realidad. Corresponde al gestor clínico revisar esos supuestos y, en caso de que los considere inadecuados, proponer mejoras alternativas. El gestor clínico puede contribuir, por ejemplo, a definir cuáles son los criterios de reparto o inductores adecuados, qué costes pueden ser considerados controlables, qué costes deben ser tratados como estrictamente fijos, estrictamente variables o mixtos, o qué costes son relevantes. (No hay que olvidar, en este sentido, que lo mejor es a menudo enemigo de lo bueno, y que no siempre una mayor sofisticación o refinamiento en el análisis provoca mejoras en la información que justifiquen el esfuerzo de obtenerla.)

Pertinencia de la comparación. ¿Con qué nos comparamos? La eficiencia es un término relativo. No se es eficiente o ineficiente en términos absolutos, sino en relación con algo: con la media de otros, con el mejor de los demás, con uno mismo en el período anterior, con un óptimo teórico, con una alternativa de referencia, etcétera. La información resultante de un sistema de contabilidad analítica debe estar sujeta a comparación, y el término de comparación debe ser adecuado.

Comparar cifras de costes de dos realidades distintas tiene sentido en la medida en que 1) las realidades comparadas presentan características comunes (p. ej., nivel de hospital, complejidad...), y 2) los sistemas de costes están contruidos sobre

supuestos y procedimientos análogos. Por lo que se refiere a esto último, es importante tener presente que trabajar con supuestos y procedimientos análogos conlleva una cierta homologación (entre centros comparados, entre períodos, etc.). La conveniencia de esta homologación va a condicionar sin duda el margen de libertad para la elección de supuestos y formas de modelar la realidad a la que nos referimos en el punto anterior.

Cada vez es más probable que, en su papel de directivo, el gestor clínico se encuentre en situaciones en que la información procedente de la contabilidad analítica sea utilizada para representar la realidad, comprenderla, argumentar, discutir y negociar. Este capítulo ha tratado de introducir las bases para que el gestor clínico pueda, de forma razonada, discutir y sopesar la pertinencia del sistema de costes escogido en función del tipo de decisión que se quiera tomar, la pertinencia de los supuestos que subyacen bajo dicho sistema y la pertinencia de la base de comparación.

Los sistemas que hemos presentado aquí adolecen de graves limitaciones porque incorporan medidas muy agregadas de producto, que no tienen en cuenta la complejidad o la casuística. En realidad, y a medida que se han ido desarrollando los sistemas de gestión sanitaria, los sistemas de contabilidad analítica se han ido integrando con los sistemas de clasificación de pacientes basados en la casuística. La segunda parte de este capítulo presenta las características fundamentales de los sistemas de contabilidad analítica basados en la casuística, y sus implicaciones en la gestión clínica. Como es de esperar, una definición de producto que incorpore complejidad tiene mayor significación clínica, y por tanto, los estudios de coste por producto tienen también mayor significado desde el punto de la vista de la gestión clínica. No obstante, las líneas básicas que sobre los distintos sistemas de coste hemos presentado en las páginas precedentes, así como la discusión sobre los tipos de decisión para las que son adecuados, son válidas también en los sistemas de costes basados en la casuística.

APORTACIÓN DE LOS SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTES BASADOS EN LA CASUÍSTICA DEL ANÁLISIS DE COSTE DEL PRODUCTO HOSPITALARIO

Josep Bisbe Viñas

Tradicionalmente, los sistemas de costes en el ámbito sanitario han tropezado con una grave dificultad: la falta de una definición de producto adecuada a efectos de gestión. A falta de esta definición de producto, los sistemas de contabilidad en las organizaciones sanitarias han venido utilizando como medidas de producto las estancias, altas, UBA, UPA y similares (Guadalajara, 1994; AECA, 1997). Estas medidas enmascaran la variabilidad subyacente debida a la casuística, y agrupan en una única categoría, productos que en realidad son distintos. En consecuencia, limitan muy seriamente la validez de los análisis de costes por productos que se pudieran emprender. Por otra parte, utilizar cada caso individual como definición de producto tampoco es eficaz para la gestión, ya que si cada caso se trata como único, no es posible extrapolar la información para la toma de decisiones futuras.

Las dificultades de la contabilidad analítica para trabajar con una definición adecuada de producto se vieron parcialmente solventadas con el desarrollo y divulgación, a partir de los años ochenta, de los sistemas de clasificación basados en el *case-mix* o casuística (Fetter y cols., 1980; Young y cols., 1982; Ahicart, 1988). Los sistemas de cla-

sificación basados en la casuística agrupan casos individuales en un número limitado y manejable de categorías o grupos, aplicando un algoritmo de clasificación a una base de datos que reúne una serie de parámetros considerados relevantes de cada uno de los casos. De entre las definiciones disponibles de producto hospitalario basadas en la casuística (Ahicart, 1988; Peiró, 1995), los grupos relacionados con el diagnóstico (GRD) son actualmente el sistema de clasificación más desarrollado y más evaluado, tanto en lo que se refiere a su bondad y sus limitaciones como sistema de clasificación, cuanto a los incentivos generados cuando se emplea como mecanismo de financiación o como instrumento de gestión interna (Paccaud, 1989; Casas, 1991; 1995; Casas y Wiley, 1993; Wiley, 1992; Kimberly y Pouvonville, 1993; Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999).

Los GRD son un sistema de clasificación de los procesos de hospitalización de enfermos agudos. El sistema de construcción de los GRD aplica un algoritmo de partición a una gran base de datos que reúne información histórica sobre una serie de variables demográficas, diagnósticas, terapéuticas y de consumo de recursos por caso, incluidas en una muestra de registros de altas hospitalarias. El algoritmo de partición persigue llegar a la definición de un número manejable de grupos o categorías razonablemente homogéneas en cuanto al consumo requerido de recursos. El conjunto de los casos es sucesivamente subdividido en función de las variables que son más relevantes a efectos de reducir la varianza intra-grupos en lo que respecta al consumo de recursos. En definitiva, los GRD son un sistema de clasificación de episodios individuales en grupos clínicamente similares en teoría homogéneos en cuanto a consumo de recursos, dadas sus características demográficas, diagnósticas y terapéuticas. Existen diversas familias y diversas versiones de GRD que están sometidas a permanente actualización. A título informativo, la versión 14.1 AP-GRD tiene 25 categorías diagnósticas mayores, subdivididas en 641 grupos (esto es, 641 GRD). Cada uno de estos GRD agrupa en teoría a pacientes clínicamente similares y consumos de recursos similares.

El algoritmo de partición diseñado por los creadores del sistema se incorpora a un programa informático agrupador que, alimentado con datos debidamente codificados sobre las características de los pacientes dados de alta en un hospital, permite clasificar a cada uno de los pacientes de ese hospital en un GRD concreto. Cada episodio es asignado a un único GRD.

Agrupar casos individuales en GRD permite a un hospital describir la casuística que atiende, contar con una serie de indicadores sobre la actividad realizada (estancias medias/GRD, estancias medias preoperatorias/GRD quirúrgico, tasas de mortalidad/GRD, etc.) y contar con parámetros e índices comparativos que se ajusten por casuística (índice funcional, índice de complejidad, estancia media ajustada por la casuística, estancias ahorradas o potencialmente evitables, etc.).

Aunque esta información es relevante desde el punto de vista de la gestión clínica (Casas y Varela, 1994; Casas, 1995) incluso si no se dispone de información en términos de costes, en este capítulo nos centraremos en aquella información para la gestión basada en la casuística que sí incorpora además dimensiones de coste. Efectivamente, en la medida en que los GRD tienen significado clínico y son aceptablemente homogéneos en cuanto a consumo de recursos, pueden ser tomados como definición válida de producto a efectos de contabilidad analítica y cálculo de costes por producto y, a partir de ahí, para la toma de decisiones. Un sistema de costes por productos basado en la casuística permite evaluar la eficiencia en función del volumen y complejidad de la actividad realizada y, por tanto, supone un avance sobre los sistemas tradicionales de costes, donde la eficiencia se medía en términos de volumen de una actividad no homogénea en tanto que representaba complejidades y casuísticas distintas.

Presentamos, a continuación, las opciones fundamentales a la hora de elaborar un sistema de costes basado en definiciones de producto que incorporan casuística. Los apartados que siguen hacen referencia explícita a sistemas de clasificación de pacientes basado en GRD, aunque si se dispusiera de sistemas de clasificación de la actividad hospitalaria alternativos y contrastados, el análisis sería también válido en sus aspectos fundamentales. No debe olvidarse, en cualquier caso, que los sistemas de costes basados en GRD sólo cubren la actividad de hospitalización de enfermos agudos, con lo que una parte significativa de la estructura de costes de una organización sanitaria queda fuera de su ámbito de análisis.

Alternativas para el diseño de sistemas de costes basados en la casuística

A la hora de diseñar sistemas de costes que partan de un sistema de clasificación de pacientes basado en la casuística, los hospitales de nuestro entorno se han enfrentado a dos dilemas:

- En primer lugar, ¿es recomendable utilizar sistemas de coste individual (también llamados ascendentes, *bottom-up*, de costes por paciente o de costeo clínico) o sistemas de coste agregado (también llamados descendentes, *top-down*, de costes por proceso o de modelización de costes)?⁹
- Y, en segundo lugar, ¿es recomendable utilizar sistemas de costes totales o sistemas de costes parciales?

Presentamos, en primer lugar, los rasgos básicos de cada una de estas alternativas, para exponer a continuación cuáles han sido las combinaciones de estas alternativas que han tendido a adoptar los hospitales de nuestro entorno.

Sistemas de coste individual frente a sistemas de coste agregado

Los sistemas de coste individual se caracterizan por obtener *costes por paciente*. Aquí, los costes son imputados en primera instancia desde centros de coste a pacientes o episodios individuales. En una fase posterior, agregando la información individual en función del grupo en que cada episodio es clasificado, se obtienen costes por GRD, siendo pues el GRD el objeto de coste en última instancia. Elaborar costes por paciente individualmente, y a partir de ellos derivar el coste por GRD, tiene dos ventajas significativas: en primer lugar, y en comparación con los sistemas de costes agregados, induce a una mayor precisión en la asignación de costes al ajustarse mejor a la realidad de cada caso; y en segundo lugar, permite disponer de información sobre la variabilidad de costes dentro de cada GRD. Como inconveniente, y debido a su exhaustividad, esta opción requiere un elaborado proceso de recogida e integración de la información.

En la alternativa de los sistemas de coste agregado, se persigue obtener *costes medios por GRD*, sin pretender llegar a obtener costes por cada uno de los episodios

⁹ Desde el punto de vista de desarrollo técnico del modelo de costes, la disyuntiva que se plantea a continuación entre *costes individuales por paciente* y *costes agregados por GRD* es un caso particular de la disyuntiva tradicional en contabilidad analítica entre costes por pedido y costes por proceso (Fickler, 1994; Drury, 2000).

individuales incluidos en cada GRD. Para ello, basta con utilizar estándares o tablas de pesos relativos (en muchos casos, procedentes de modelos construidos y contrastados externamente) para proceder a la asignación de los costes de hospitalización hacia los GRD. Los pesos relativos (PR) son medidas que relacionan el importe de recursos (total o de un determinado centro de coste) necesario para el proceso de asistencia a una categoría de pacientes, con el importe de recursos necesarios para una categoría tomada como referencia (PR = 1). Indican, pues, una estructura relativa de costes entre productos finales¹⁰. Por ejemplo, sin indicar cuál es el coste asociado a un parto vaginal sin complicaciones, los pesos relativos AP-GRD 14.1 indican que en estudios previos se ha establecido una relación de costes entre la neoplasia maligna de aparato genital femenino con las complicaciones incluidas en el GRD 366 y el parto vaginal sin diagnóstico complicado (GRD 373) de aproximadamente 4 a 1 (PR GRD 366 = 1.9923; PR GRD 373 = 0.4842). Los sistemas de costes agregados asumen que los pesos relativos, aunque calculados en función de los recursos reales consumidos en una base de datos histórica externa, representan una aproximación suficientemente correcta a la estructura relativa de costes propia.

Los sistemas de costes agregados son, por tanto, una opción menos exigente en cuanto a la información requerida sobre la realidad propia, pero menos exhaustiva y menos específica en cuanto a la información obtenida. En particular, los costes por GRD no permiten la identificación de variaciones en coste dentro de cada GRD, y por consiguiente no permiten analizar las diferencias producidas por prácticas distintas dentro de una misma organización.

La alternativa sistemas de coste individual frente a sistemas de coste agregado comporta, pues, un compromiso entre la exhaustividad de la información resultante y los costes de implantación del modelo. Por supuesto, en la práctica, y dados los distintos grados de desarrollo e integración de los sistemas de información en distintas áreas de la actividad hospitalaria, es frecuente encontrarse con sistemas mixtos que incorporan coste individual por pacientes en algunas áreas pero mantienen un tratamiento de costes medios basado en pesos relativos en otras áreas en las que los sistemas de información no están suficientemente desarrollados.

Sistemas de costes totales frente a sistemas de costes parciales

En el primer apartado de este capítulo se exponen algunas de las diferencias más importantes entre los sistemas de costes totales y los sistemas de costes parciales. Aunque en aquel contexto la exposición se refiere a sistemas de costes que utilizan medidas de producto no basadas en la casuística, sus términos básicos son válidos también para los sistemas de costes basados en la casuística.

Cualquier sistema de costes toma opciones sobre qué costes se incorporan al modelo y sobre qué costes se asignan finalmente a los objetos de coste. Esto es de aplicación también a los sistemas de costes basados en la casuística, con independencia de si toman a los pacientes individuales o al GRD agregado como objeto de coste en primera instancia. En términos de contabilidad analítica, hay que optar por un sistema de costes totales (incorporando todos los costes al modelo y asignando todos los costes a los productos) o por un sistema de costes parciales (asignación a productos de únicamente una parte de los costes) (AECA, 1997; Drury, 2000). Es de particular interés la

¹⁰ Distinguiamos entre proporciones teóricas de coste de productos finales tales como GRD (*pesos relativos*), y proporciones teóricas de coste de productos intermedios (*unidades relativas de valor* (URV)).

posibilidad de trabajar con sistemas de costes parciales que se centren en la discriminación entre costes directos e indirectos. Algunos de los costes en los que incurre el hospital pueden ser directamente atribuidos a episodios individuales, puesto que son específicos del paciente (siempre que sea factible que los sistemas de información registren esta especificidad). Estos costes se denominan costes directos. Existen, por otro lado, los costes indirectos: aquellos que, independientemente de la sofisticación de los sistemas de información, sólo pueden ser imputados a episodios individuales a partir de una base arbitraria.

La alternativa sistemas de costes totales frente a sistema de costes parciales reproduce las cuestiones que en el primer apartado de este capítulo hacían referencia a los sistemas de costes en general y subraya la necesidad de clarificar para qué tipo de decisión va a ser utilizada la información de costes. Los sistemas de costes totales son pertinentes para decisiones relativas a la fijación o negociación de tarifas o bases de facturación, a alertas sobre la estructura de costes a largo plazo y a transparencia social. En cambio, a efectos de gestión interna el valor añadido de trabajar con información de costes completos e incorporar costes indirectos puede ser nulo e incluso puede provocar distorsiones si se incorporan asignaciones arbitrarias, no gestionables, de costes indirectos.

Entre las posibles combinaciones que resultan de cruzar las alternativas sistemas de coste individual frente a agregado/sistemas de costes totales frente a parciales, hemos seleccionado dos cuyas características básicas presentamos a continuación: los sistemas de costes totales agregados y los sistemas de costes directos individuales. Para hacer más sencilla la exposición, nos centraremos en éstos porque son los más extendidos en nuestro entorno.

Como es lógico éstas no son las únicas combinaciones posibles; algunos centros pueden adoptar otras, o incluso sistemas mixtos que incorporen elementos de varios de los sistemas. Así, por ejemplo, es frecuente que una determinada organización desee optar por un sistema de costes directos individuales, pero que ello no sea factible porque el grado de desarrollo de los sistemas de información no permita en ese momento integrar el sistema contable con el registro individual de prestaciones de un centro auxiliar determinado. Es posible en este caso que el centro adopte provisionalmente un sistema de pesos relativos para la asignación de costes de ese centro auxiliar y avance hacia un sistema de costes individuales para el resto de los centros. Aun reconociendo que situaciones de este tipo se dan habitualmente, presentamos a continuación los dos modelos puros para mayor claridad expositiva.

Sistemas de costes totales agregados por GRD

La Figura 11.11 reproduce el esquema de tránsito de costes de un sistema de costes totales agregados que persigue: a) conocer el valor monetario de *todos* los recursos (puestos a disposición, directa o indirectamente, para la prestación de asistencia a un determinado GRD, y b) conocer los *costes medios* por GRD, sin que interese, no obstante, hallar el coste de cada uno de los pacientes individuales agrupados en los GRD.

Los sistemas de costes totales agregados parten de la clasificación de costes por naturaleza (p. ej., personal, amortizaciones, consumos...). Estos costes se localizan en centros de coste iniciales (servicios generales o estructurales, servicios centrales o auxiliares, servicios asistenciales o directos de hospitalización, centros extrahospitalarios), análogamente a los sistemas de contabilidad analítica tradicional por departamentos.

En tanto que sistemas de costes totales, los costes de los servicios generales o estructurales son repercutidos sobre los otros centros utilizando métodos similares a los de los modelos departamentales tradicionales (en función del uso de inductores y uti-

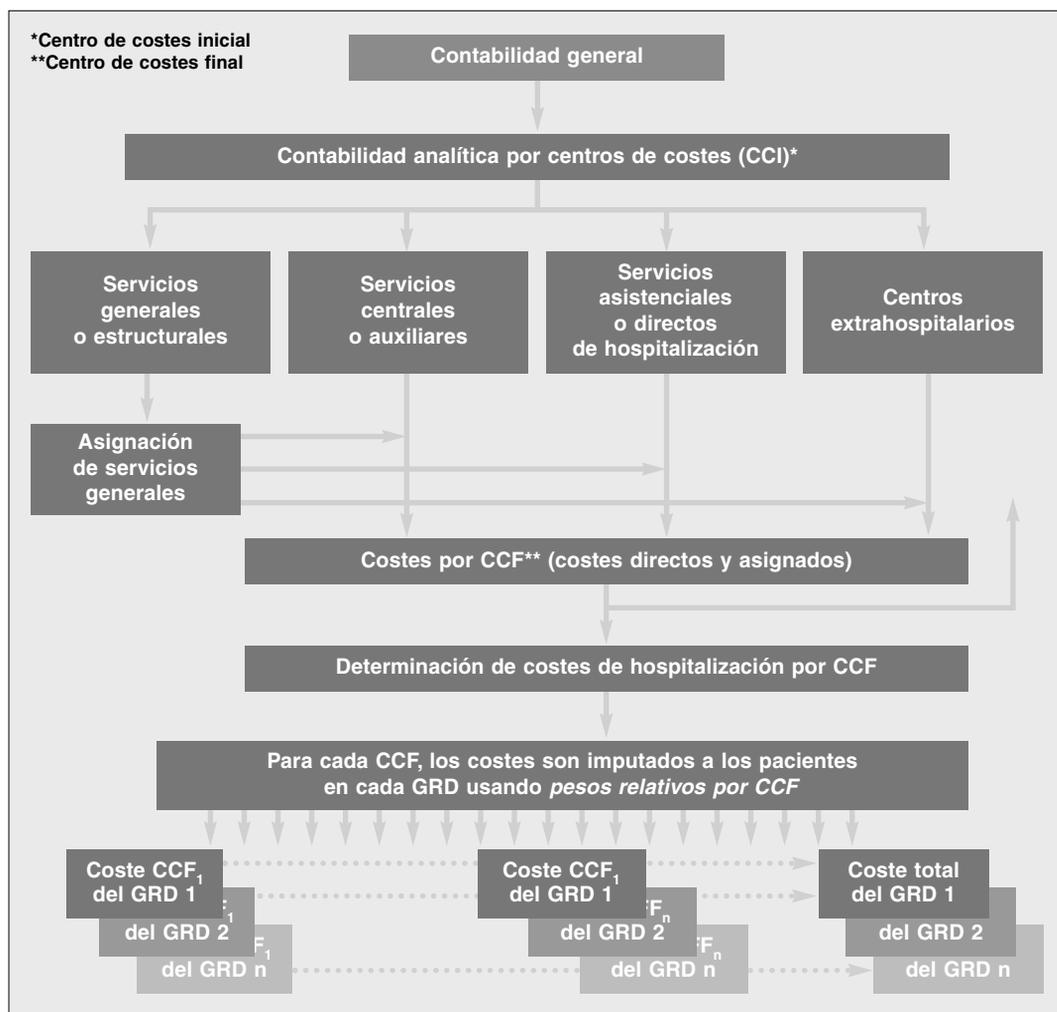


Figura 11.11. Sistema de costes totales agregados por GRD (peso relativo por CCF).

lizando el método en cascada o método recíproco). No obstante, y a diferencia de los métodos tradicionales de costes totales por departamentos, ahora los costes de los centros auxiliares no son asignados a centros asistenciales en una primera fase para ser asignados desde ahí a producto final en una segunda fase, sino que son tratados al mismo nivel que los costes de los centros asistenciales. Por ejemplo, en la Figura 11.11, los costes del servicio de radiología y de los otros servicios auxiliares no repercuten en los servicios médicos peticionarios en su tránsito hacia el coste por producto, tal como haría un sistema departamental tradicional, sino que van a ser asignados a GRD directamente a través de un sistema de pesos relativos. El reparto en cascada se utiliza únicamente para la asignación de los costes de los servicios generales hacia el resto de los centros de costes.

Puesto que los costes de los servicios generales o estructurales son asignados a otros centros, todos los costes acaban siendo repercutidos a los servicios auxiliares, los servicios asistenciales directos de hospitalización y a los centros extrahospitalarios (que quedan, por tanto, como centros de costes finales). Por otra parte, ya que los GRD sólo cubren la actividad de hospitalización de agudos, un sistema de costes por GRD

sólo incorporará los costes destinados a la actividad de hospitalización de agudos, y únicamente éstos se harán llegar finalmente a GRD. Es necesario, pues, discriminar la parte de recursos dedicada a hospitalización del resto. Para ello, pueden utilizarse unidades relativas de valor u otros inductores de coste. Así, en el supuesto de un centro auxiliar, por ejemplo, el coste asignable a hospitalización (y, por tanto, a GRD) sería:

$$\text{Coste hospitalización CCF}_1 = \frac{\text{N.º URV del CCF}_1 \text{ destinadas a hospitalización} \times \text{Coste total CCF}_1}{\text{N.º total URV del CCF}_1}$$

Para distribuir los costes de hospitalización entre los distintos GRD, un sistema de costes totales agregados se vale de una escala de pesos relativos (generalmente externa). Se ha mencionado ya que los pesos relativos (PR) son medidas que relacionan el importe de los recursos (de un determinado centro de coste o del conjunto de todos los centros) que teóricamente es necesario para el proceso de asistencia a una categoría de pacientes, con el importe de los recursos teóricamente necesarios para una categoría tomada como referencia (PR = 1).

Si se dispone por un lado de un sistema *externo* de *pesos relativos* y, por otro, del coste del centro y de la actividad según los registros propios de información, el sistema de costes agregado deduce, centro por centro, el coste medio de cada GRD correspondiente a ese centro. La parte superior de la Figura 11.12 contiene un supuesto fic-

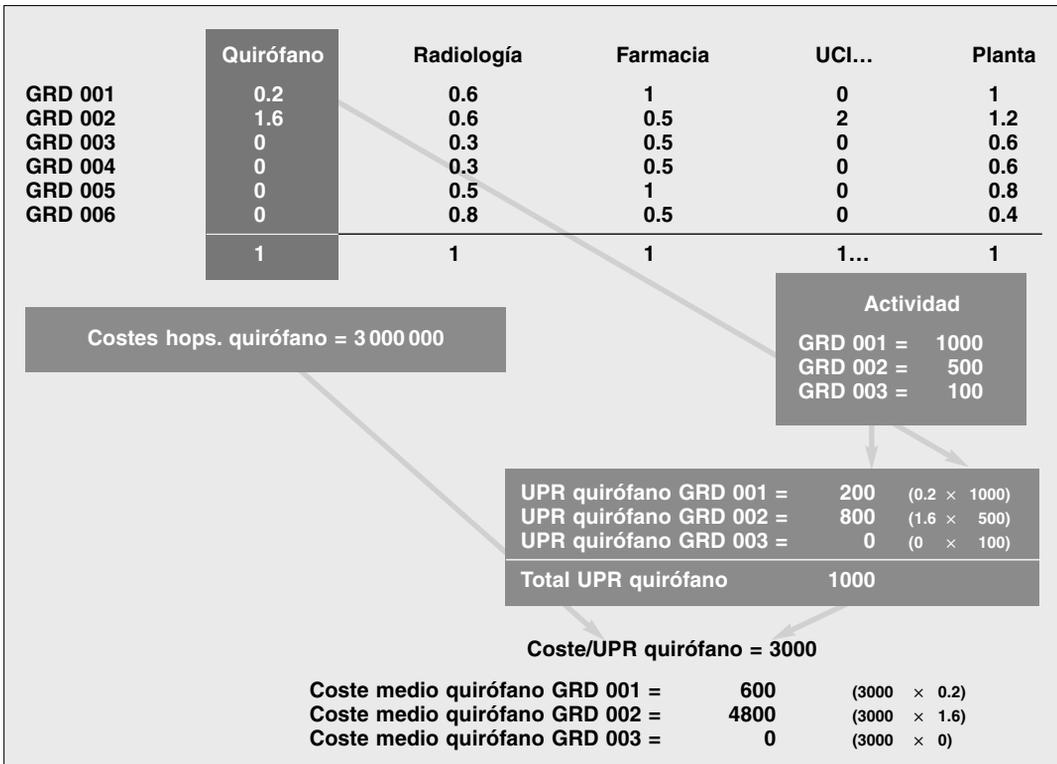


Figura 11.12. Ejemplo de sistema de costes totales agregados por GRD (peso relativo por CCF).

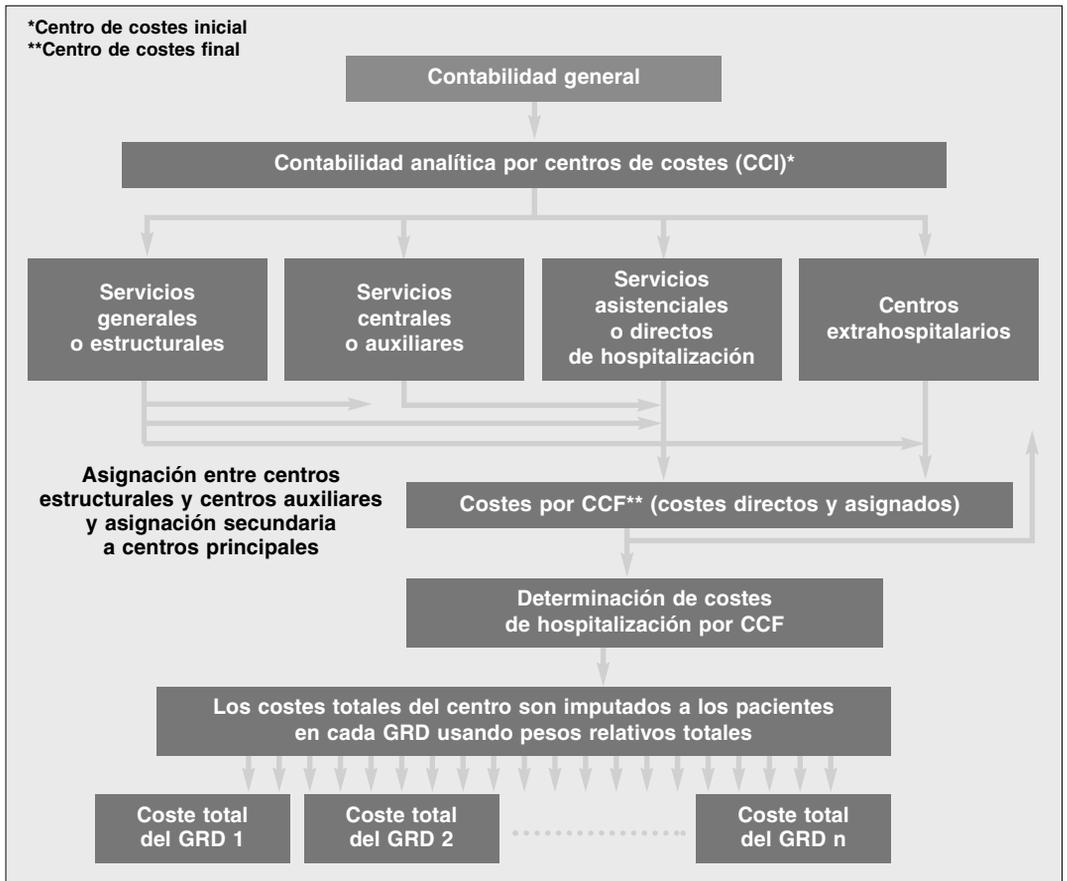


Figura 11.13. Sistema de costes totales agregados por GRD (peso relativo global).

ticio de sistema externo de pesos relativos, en el que para cada centro de coste (columnas) se indica el peso *relativo* que *teóricamente* corresponde a cada GRD (filas; para simplificar sólo se muestran los GRD 001 a 006) en relación con una referencia cuyo peso relativo es 1. Si tomamos el caso del centro de coste «Quirófano», la actividad del hospital es traducida a unidades de peso relativo (UPR). Por ejemplo, 1000 altas correspondientes al GRD 1, cuyo peso relativo de quirófano es 0.2 representan 200 UPR. Si conocemos el total de los costes de hospitalización de quirófano y el total de UPR de quirófano, podemos hallar el coste por UPR. Puesto que el sistema de pesos relativos indica el número de UPR por caso en cada GRD, puede deducirse en consecuencia el coste medio de quirófano por GRD. Repitiendo el proceso para los distintos centros y sumando, se obtendría el coste medio total por GRD.

Se observará que el proceso de costes totales agregados que estamos presentando reposa, por un lado, en un cálculo de costes por centros que responde a la realidad propia (costes totales de quirófano relativos a hospitalización = 3 000 000) y, por otro, en una estructura de costes relativos entre GRD derivada de una realidad externa (PR quirófano GRD 1 = 0.2; PR quirófano GRD 2 = 1.6; etc.).

Es frecuente que los hospitales de nuestro entorno utilicen una variante de los sistemas de costes totales agregados en la que el recurso a la realidad externa es aún más acentuado (Fig. 11.13).

En esta variante, es preciso destacar dos aspectos importantes. En vez de utilizarse un sistema de pesos relativos centro por centro (lo cual respetaría al menos la propia estructura relativa de costes *entre centros*), únicamente se utiliza un sistema de pesos relativos agregado o global (columna derecha en la Figura 11.14). En segundo lugar, al igual que en los sistemas de costes totales tradicionales, todos los costes son asignados a los centros principales utilizando un procedimiento de asignación en cascada o recíproco, y la tabla total de pesos relativos se aplica únicamente a los centros principales.

La Figura 11.14 muestra un ejemplo de esta variante de los sistemas de costes totales agregados. En este caso, la parte superior de la Figura 11.14 subraya los pesos relativos globales. La columna de la derecha indica el peso relativo agregado que teóricamente corresponde al global de costes de cada GRD en relación con una referencia cuyo peso relativo es 1. La actividad es traducida a unidades de peso relativo (UPR), también llamadas unidades de complejidad hospitalaria (UCH). Por ejemplo, 1000 altas correspondientes al GRD 1, cuyo peso relativo total es 0.9, representan 900 UPR o 900 UCH.

Por otro lado, el punto de partida de costes es ahora el total de costes asignados al servicio de cardiología (propios, indirectos imputados y estructura), según un método en cascada o recíproco tradicional que incluye costes de los servicios auxiliares y estructurales. Conociendo el total de los costes del servicio de cardiología (hospitalización) y el total de UPR = UCH, podemos hallar el coste por UPR o coste por UCH. Puesto que el sistema de pesos relativos indica el número de UPR o UCH por caso en cada GRD, puede deducirse en consecuencia el coste medio total por GRD.

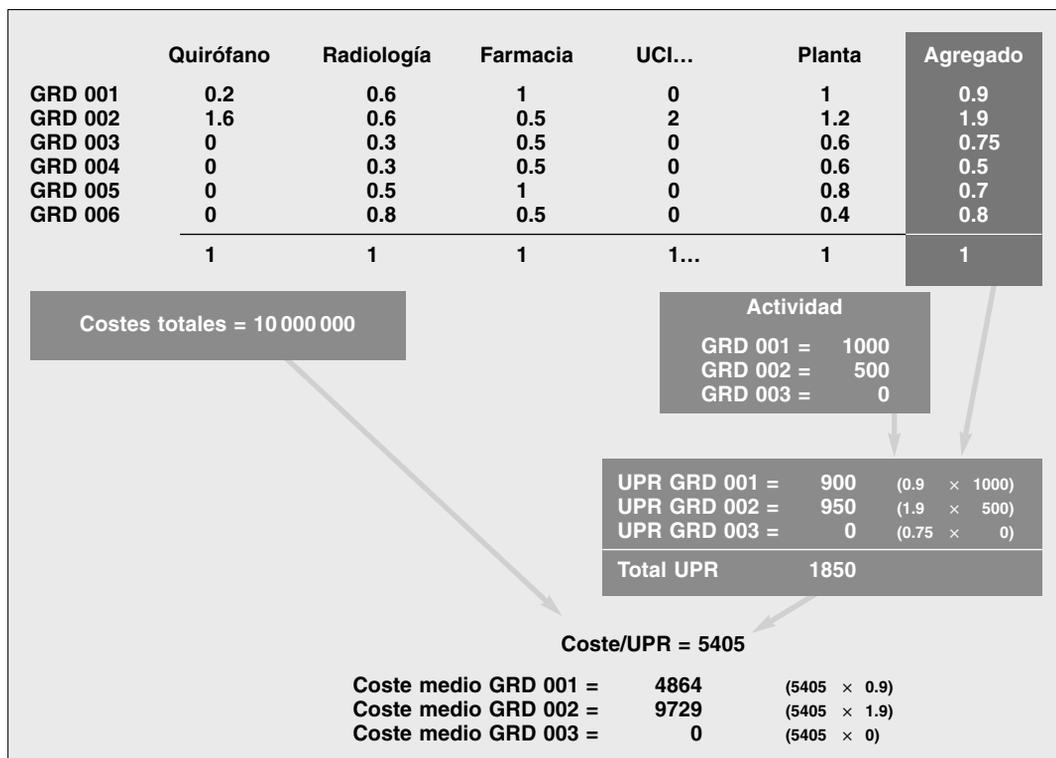


Figura 11.14. Un ejemplo de sistema de costes totales agregados por GRD (peso relativo global).

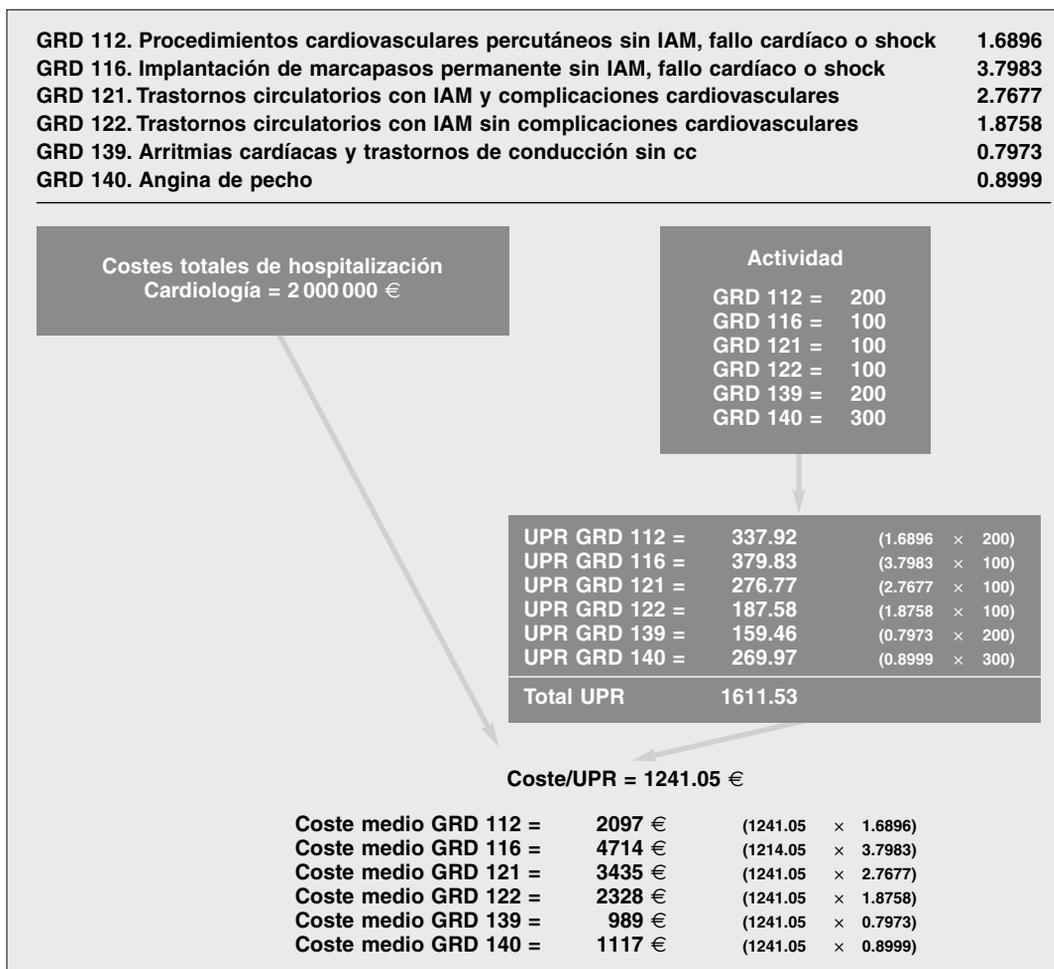


Figura 11.15. Ejemplo de sistema de costes totales agregados por GRD (peso relativo global).

La Figura 11.15 presenta otro ejemplo de cálculo del coste total de los GRD de un servicio de Cardiología utilizando los pesos relativos globales o agregados propuestos por la versión AP-GRD 14.1. La información de costes a nivel de centro de Cardiología procede de un sistema de costes totales por centros en el que ha habido una asignación previa al centro de Cardiología procedente de centros estructurales y auxiliares.

Los sistemas de costes totales medios por GRD como los presentados tienen la ventaja de su relativa simplicidad de cálculo. Basta con tener desarrollados: 1) un sistema de contabilidad analítica que permita el cálculo de costes totales por centro (es decir, la información de un sistema de contabilidad analítica departamental tradicional); 2) un mecanismo para agrupar casos en GRD (codificación CMBD + agrupador GRD) y 3) un sistema externo de pesos relativos externos (p. ej., el aportado por el mismo sistema de GRD). No es necesario tener registros individuales de prestaciones por paciente.

No obstante, estos sistemas tienen, entre otros, tres inconvenientes graves, uno debido a su carácter de sistema de costes completos, y dos debidos a su carácter de sistema de costes agregados. En primer lugar, la arbitrariedad de los criterios de impu-

tación de los costes indirectos (en particular, los servicios generales o estructurales) acentúa el problema, bien conocido en contabilidad analítica (Cooper y Kaplan, 1991; Kaplan y Cooper, 1998), de que bajo una apariencia de exactitud y exhaustividad se esconde un proceso acumulativo de promedios y extrapolaciones lineales. En segundo lugar, puesto que el proceso de costes totales agregados lleva a la obtención final de costes medios por GRD, cada caso perteneciente a un GRD determinado presenta el mismo coste. No hay posibilidad de detectar dispersión o variabilidad dentro de un GRD. La imposibilidad de analizar las variaciones intra-GRD reduce enormemente la utilidad de los sistemas de costes totales agregados a efectos de control de gestión y de gestión clínica.

En tercer lugar, y como consecuencia del uso de un sistema de pesos relativos, es imposible discriminar si el mayor (o menor) coste por GRD en un hospital A respecto a un hospital B se debe a una mayor (o menor) eficiencia en la prestación de servicio a ese GRD específico en el hospital A o se debe por el contrario a una mayor (o menor) eficiencia global del centro del hospital A. Desde otra perspectiva, como la estructura relativa de costes entre GRD siempre coincidirá con los pesos relativos, una práctica clínica más (o menos) eficiente en un GRD determinado no quedará reconocida como un menor (o mayor) coste de ese GRD en relación con los otros GRD del centro, sino únicamente como un menor (o mayor) coste global del centro. El impacto de la mayor (o menor) eficiencia en un GRD específico quedará diluido en toda la actividad del centro. Tomemos el caso del responsable del servicio de Cardiología representado en la Figura 11.15, y supongamos que el coste del GRD 116 («Implantación de marcapasos permanente sin IAM, fallo cardíaco o shock») en ese centro es 4714 €/proceso, significativamente mayor que el coste del mismo GRD en otros centros de referencia de nivel similar y con indicadores de calidad similares. Una comparación basada en sistemas de costes totales agregados no permitirá discriminar si la aparente ineficiencia se debe a problemas relacionados con las pautas asistenciales del GRD concreto, o si se debe a problemáticas asociadas al centro globalmente (sin descartar además que la aparente ineficiencia pueda deberse en realidad a la carga de los costes de estructura).

Estas dificultades aumentan si se utilizan pesos relativos globales y no pesos relativos por centro de coste. De hecho, el modelo de costes por producto a partir de pesos relativos globales propuesto en la Figura 11.14 es muy similar al de los sistemas de costes totales por departamento tradicionales, y aporta muy poco en relación con éstos. La diferencia entre ambos es que, una vez acumulados todos los costes en los centros finales, el reparto a productos (GRD) se hace en un caso en base a unos pesos relativos que incorporan casuística (peso relativo GRD1, «Craneotomía excepto por trauma» = 4018; peso relativo GRD2, «Craneotomía por trauma» = 3839), mientras que en el modelo tradicional había un único producto de hospitalización por centro final (esto es, la estancia, la UBA/UPA o el alta).

En cualquier caso, en un modelo de costes agregados, la estructura relativa de costes entre productos viene predeterminada. Por todo ello, un sistema de costes medios totales agregados tiene una limitada utilidad a efectos de control de gestión o gestión clínica. No obstante, puede ser útil en un entorno sanitario en el que se utilicen medidas de casuística para fijar precios o tarifas por episodio. La comparación entre costes totales e ingresos totales daría indicaciones de resultados (históricos o previstos) por líneas de productos, y ofrecería pautas para fijar las tarifas a partir del producto o GRD (es decir, permitiría analizar qué tipo de actividad financia a qué tipo de actividad). Los sistemas de costes medios totales por GRD pueden ser útiles también para vigilar la estructura de costes a largo plazo y para la transparencia social.

Sistemas de costes directos individuales por paciente

La Figura 11.16 reproduce el esquema de tránsito de costes de un sistema de costes directos individuales por paciente que persigue: a) conocer el valor monetario de los recursos puestos a disposición directamente para la prestación de asistencia a un determinado GRD, y b) conocer los costes de cada uno de los pacientes individuales agrupados en cada GRD.

Un sistema de costes directos individuales por paciente parte de la clasificación de costes por naturaleza (p. ej., personal, amortizaciones, consumos...). Estos costes son afectados o localizados en centros de costes iniciales (servicios generales o estructurales, servicios centrales o auxiliares, servicios asistenciales o directos de hospitalización, centros extrahospitalarios y otros centros de costes, tales como prótesis, en los que hay una vinculación inmediata recurso valorado en euros/paciente).

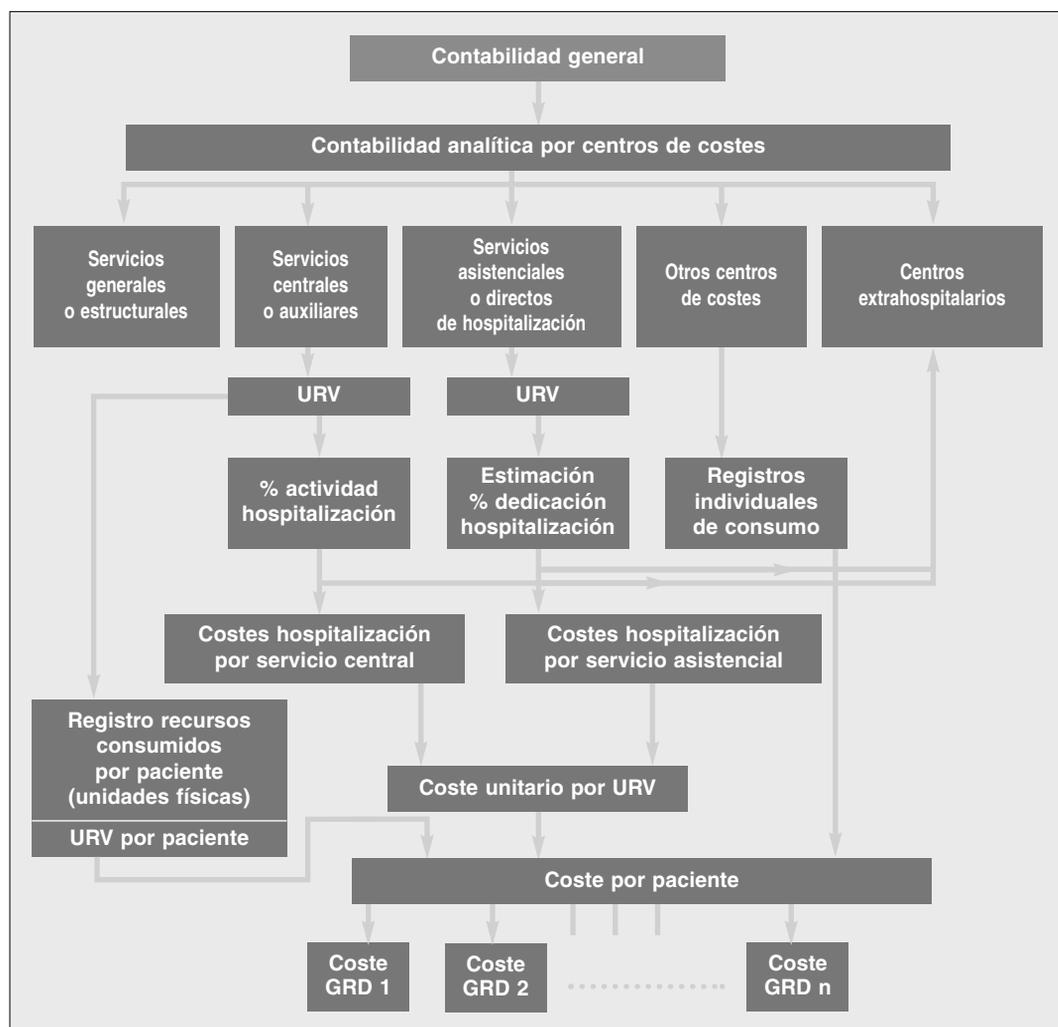


Figura 11.16. Sistema de costes directos individuales.

A diferencia de lo que ocurría en los sistemas de costes totales, los sistemas que ahora presentamos distinguen entre costes que pueden ser relacionados directamente con pacientes de hospitalización (es decir, servicios centrales o auxiliares, servicios asistenciales o directos de hospitalización y otros centros de vinculación inmediata) y costes que no pueden ser relacionados directamente, ya sea por ser indirectos respecto al paciente (caso de los servicios generales o estructurales), ya sea por estar referidos a una actividad que no es de hospitalización de enfermos agudos.

En un sistema de costes directos individuales por paciente, únicamente se hacen llegar a los pacientes individuales los costes de aquellos centros para los que existe algún tipo de registro individual de consumo, de tal manera que es posible vincular costes a pacientes sobre una base directa y objetiva. Por ejemplo, para servicios centrales o auxiliares se contará con registros que asocien actividad diagnóstica o quirúrgica a pacientes individuales. Para servicios asistenciales o directos de hospitalización, se contará con la información sobre estancias por paciente. A éstos habrá que añadir aquellos centros para los cuales ya existe desde el principio una valoración en euros de los recursos por paciente (p. ej., prótesis, unidosis). Los costes de los servicios estructurales y los costes de centros de no hospitalización de agudos quedarán excluidos del sistema de costes directos por GRD.

Puesto que únicamente se incorporan al modelo de costes aquellos centros para los que existe algún tipo de registro individual de consumo, no es necesaria aquí la asignación entre centros mediante el método en cascada o método recíproco. Los costes individualizables por paciente hospitalizado son asignados desde el centro en primera instancia al paciente sin pasar por otros centros.

Para ello, la actividad de cada uno de los servicios centrales o auxiliares, y de los servicios asistenciales o directos de hospitalización, es traducida a URV (p. ej., URV(CAP) para el laboratorio; tiempos de quirófano ponderados por número de personas para el bloque quirúrgico; estancias para servicios de hospitalización) (Ballesta Gimeno y cols., 1994). Así, para cada uno de estos centros se dispone, por un lado, de la actividad destinada a cada paciente expresada en URV y, por otro, del total de URV de cada centro y del total de URV de cada centro destinadas a actividad de hospitalización.

Conociendo los costes directos de cada uno de los servicios centrales o auxiliares y de los asistenciales o directos de hospitalización, se puede deducir el coste unitario por URV. Este coste, multiplicado por el número de URV ofrecidas a cada paciente, nos indicará la parte del coste del centro que puede ser vinculado a cada paciente. Repitiendo el proceso para cada uno de los centros, y sumando los costes que vayan resultando, tendríamos el coste directo por paciente. En definitiva, un sistema de costes directos individual por paciente genera una ficha de coste por paciente en la cual aparece cada una de las prestaciones individualizables ofrecidas a ese paciente con su valoración correspondiente.

Por último, si un agrupador nos permite clasificar a cada paciente en un GRD, podemos hallar la media del coste directo de los pacientes incluidos en cada GRD. Al disponer al mismo tiempo de la información individualizada, será posible también contar con medidas de dispersión y distribución del consumo de recursos entre los casos vinculados a un GRD concreto.

Sin duda alguna, un sistema de coste individual es más exigente que un sistema de coste agregado en cuanto a la disponibilidad e integración de la información. La Figura 11.17 muestra la relación de los distintos flujos de información que hay que incorporar en un sistema de costes por productos hasta llegar a una base de datos que relacione los apartados de coste con cada paciente individual. Los tres módulos iniciales básicos de información son: i) el módulo de contabilidad analítica departamental (sin

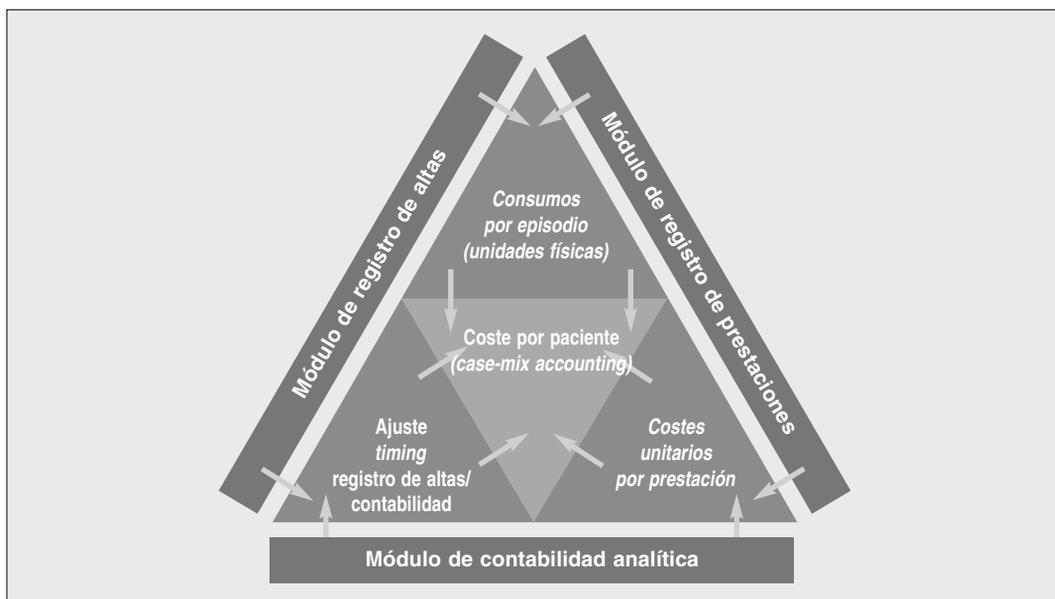


Figura 11.17. Requisitos de información en un sistema de costes directos individuales.

asignaciones entre centros); ii) el módulo de registro de altas (a fin de poder agrupar a los pacientes individuales en GRD), y iii) el módulo de registro de prestaciones individuales. El módulo de registro de prestaciones debe permitir la identificación individual de los pacientes o episodios y el número y tipo de prestaciones realizadas desde cada centro de costes que se tome en consideración.

Por lo que respecta a los registros de prestaciones, éstos deben presentar las siguientes características:

- Deben cubrir todo el ámbito de actividad incorporado en el sistema de costes directos por paciente. Para ello, probablemente tendrán que estar constituidos por varias bases de datos (laboratorio, radiología, quirófano, farmacia, etc.), con una estructura propia y adecuada a la realidad técnica que pretenden captar.
- Deben permitir discriminar la actividad de los centros de costes destinada a procesos de hospitalización del resto de las actividades.
- La actividad vinculada a procesos de hospitalización debe poder asignarse a procesos individuales, y el identificador de estos procesos debe ser común a todas las bases de datos.
- La elección de los indicadores de actividad para cada centro es un elemento clave en el diseño de los registros de prestaciones. Estos indicadores de actividad deben guardar proporcionalidad con el consumo de recursos (en definitiva, deben dar lugar a un sistema de unidades relativas de valor). Este criterio debe ser contrapesado con el criterio de factibilidad. Una posible alternativa para conjugar factibilidad y proporcionalidad es recurrir a sistemas de unidades relativas de valor desarrollados en otros contextos, siempre que se hayan validado o se supongan razonablemente válidos para nuestra realidad. La Tabla 11.5 propone a título indicativo una escala de indicadores de actividad en tres estados de mejora sucesiva. Los centros citados son los que típicamente quedan incorporados en un modelo de costes directos, y las columnas indican grados de refina-

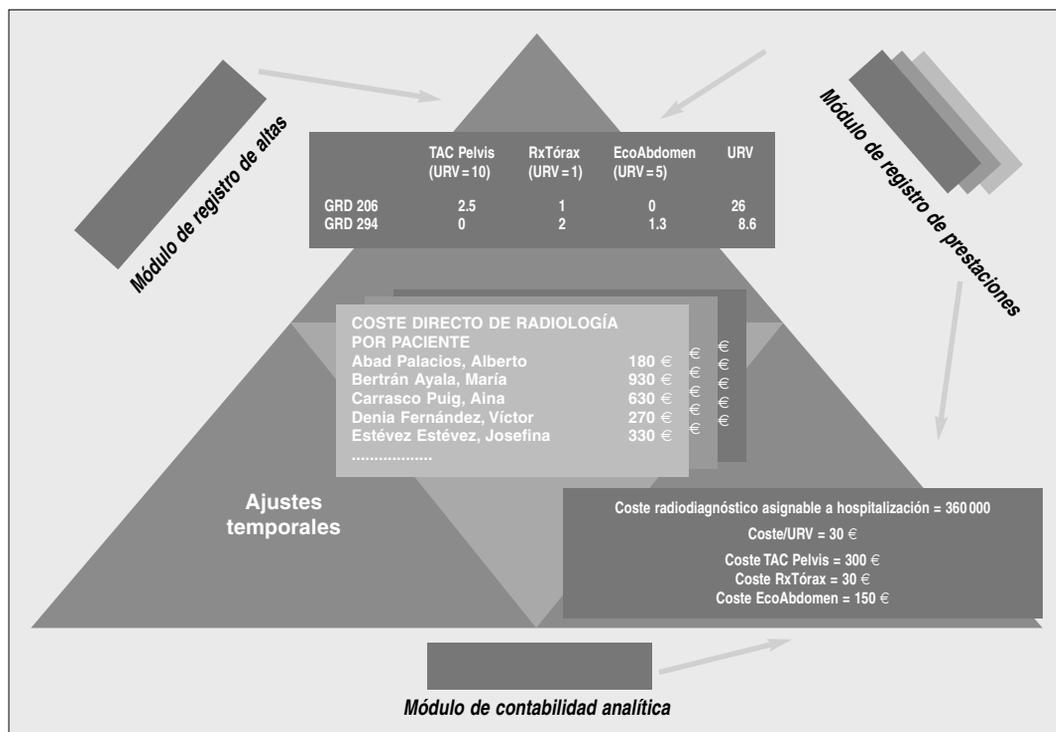


Figura 11.19. Un ejemplo de interrelación dos a dos entre módulos de información en un sistema de costes directos individuales por paciente.

listas. Por ejemplo, en algunas circunstancias puede darse el caso de que a la hora de determinar la responsabilidad sobre el uso de los recursos, los implicados se sientan más cómodos planteando el análisis en términos de unidades físicas y menos cómodos si se plantea en términos monetarios.

Por otra parte, relacionando los distintos registros totales de prestaciones y la información sobre el coste del centro que ofrece esta prestación (información procedente de la contabilidad analítica departamental), podemos obtener el coste unitario por prestación o coste unitario por producto intermedio (coste por cada tipo de estudio radiológico, coste de cada tipo de prueba diagnóstica, coste por día de servicios hoteleros...) (véase la parte inferior derecha de la Figura 11.19). Esta información es un valioso instrumento para la gestión de la eficiencia, especialmente en los servicios auxiliares o centrales. Aunque los responsables de un servicio central suelen tener limitada su influencia sobre el volumen y tipo de actividad generada (suponemos que actúan a petición y no tienen un control significativo sobre la demanda), sí son responsables del coste de esa actividad y del coste unitario según el tipo de prestación.

Si bien los cruces dos a dos de los módulos ya aportan información de interés para los directivos de las unidades, es la interrelación de los tres módulos lo que permite conocer el coste asignable a cada proceso de hospitalización. En definitiva, si se dispone (i) de un registro de altas que permita la clasificación de los episodios en GRD, (ii) de un sistema de contabilidad analítica departamental, y (iii) de un registro de prestaciones que asigne individualmente la actividad de los centros de costes a partir de unos indicadores, y si es posible además integrar e interrelacionar estos módulos de

información, entonces es posible obtener costes directos por paciente individual (y a partir de ellos, los costes por GRD) (Fig. 11.20).

Los sistemas de costes directos por paciente individual comportan estrictas exigencias en términos de disponibilidad e integración de los sistemas de información. Con toda seguridad, estas exigencias son mayores que las derivadas de un sistema de costes agregados. No obstante, presentan varias ventajas desde el punto de vista de su utilización para la gestión clínica.

En primer lugar, al no incorporar asignaciones subjetivas de gastos estructurales, se elimina la necesidad de arbitrariedades que son innecesarias a efectos de gestión clínica y que, en caso de que estén presentes, podrían llevar a alguno de los directivos implicados a poner en duda la objetividad de todo el sistema.

En segundo lugar, al realizar el cálculo de costes sobre la base de pacientes individuales, un sistema de costes directos por paciente permite analizar la variabilidad entre casos dentro de un mismo GRD y establecer comparaciones con los datos de otros centros, otros períodos, etcétera. De esta forma, el sistema de costes proporciona una base objetiva para hacer un análisis de las causas de las desviaciones. La capacidad de respuesta obliga a discriminar el origen de estas variaciones. Supongamos por ejemplo que se aprecia una gran variabilidad entre los costes de los pacientes asignados a un mismo GRD en una determinada unidad: ¿se deben las desviaciones a casos de distinta gravedad dentro de un mismo GRD?; ¿se deben a la falta de seguimiento de los protocolos establecidos?; ¿qué otras causas pueden justificar esta variabilidad? Si lo que se pretende es hacer un *benchmarking* entre los perfiles de proceso y costes unitarios por proceso en una determinada unidad y los perfiles y costes del mismo GRD en otra unidad u otro hospital, ¿se deben las desviaciones a casos de distinta gravedad dentro

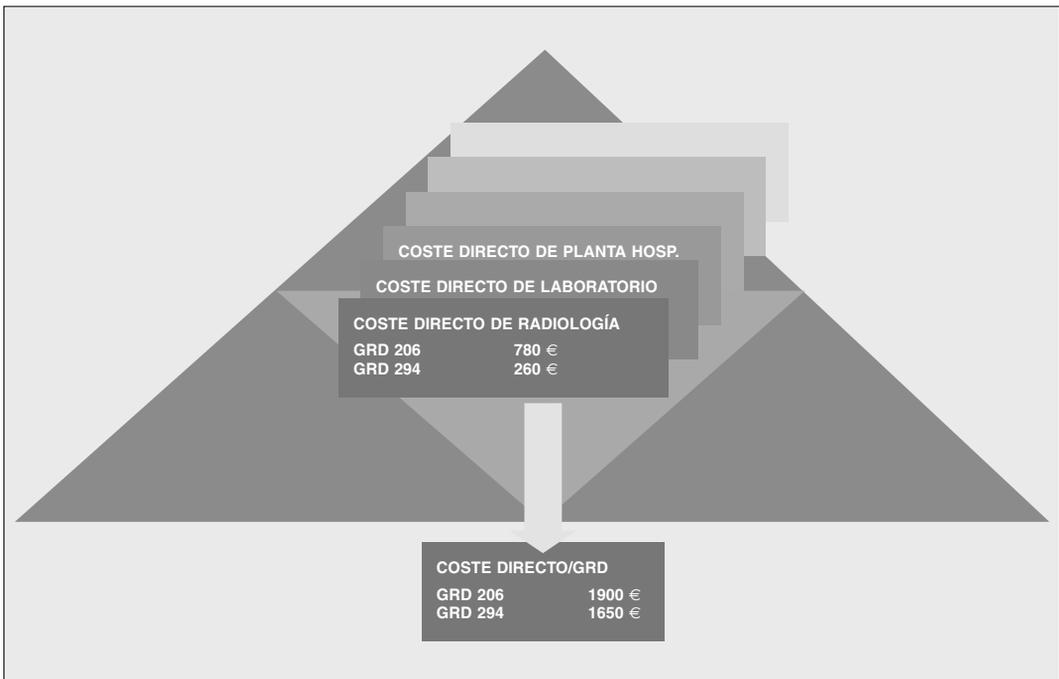


Figura 11.20. Costes medios por GRD obtenidos a partir de un sistema de costes directos individuales por paciente.

de un mismo GRD?; ¿se deben al seguimiento de protocolos de actuación distintos?; ¿qué otras causas puede haber?

Los costes por GRD obtenidos a partir de un sistema de costes directos individuales no dan por sí mismos las respuestas a estas preguntas, pero permiten focalizar la atención en aquellas preguntas que es prioritario formularse desde el punto de vista del impacto sobre los recursos. El gestor clínico podrá encontrar en el cálculo del coste directo por GRD información útil para interpretar cuál ha sido el desempeño de su unidad, para detectar áreas de actividad que es prioritario abordar para una mejora de la eficiencia, y para proponer vías de mejora en el futuro.

Sistemas de costes basados en la actividad (ABC)

En los últimos años, diversos autores y organizaciones han propuesto la aplicación de los sistemas de costes basados en la actividad (*Activity-Based Costing*, ABC) (Cooper y Kaplan, 1991; Kaplan y Cooper, 1998) en el contexto de las organizaciones sanitarias (Udpa, 1996; Baker, 1998; Alvarez y cols., 1999; Fernández Díaz, 2002).

Los sistemas ABC, popularizados en los años noventa tanto en sectores industriales como en sectores de servicios, ponen el acento en entender cómo se comportan los costes indirectos y de estructura, a fin de poder gestionarlos mejor. Para ello, parten de que a la hora de entender el consumo de recursos en una organización es necesario entender qué actividades (conjuntos de tareas) se realizan y qué producto, usuario, etcétera, demanda esas actividades. La preocupación de los sistemas ABC es entender mejor qué factores explican el comportamiento de los costes indirectos y de estructura, especialmente cuando éstos dependen no del volumen de actividad, sino de algún otro tipo de factor, como la curva de experiencia, la complejidad o la diversidad de la cartera de productos. A partir de ahí, proponen pasar de un modelo según el cual «los productos consumen costes» a un nuevo modelo según el cual «la organización realiza actividades que consumen costes y los productos consumen actividades». Según el modelo ABC, debe hacerse hincapié en gestionar correctamente las actividades indirectas y estructurales. Si eso se consigue, de ahí resultará un comportamiento adecuado de los costes.

En una secuencia ABC (Fig. 11.21):

- Se enumeran las actividades que desarrolla una organización. ABC pone especial atención en las actividades que generan costes no directos, puesto que considera que los sistemas tradicionales ya cubrían satisfactoriamente la información sobre costes directos. Un perfil de cuidados o una vía clínica pueden ayudar a definir las actividades directas, indirectas y de apoyo que requiere la asistencia a un determinado GRD (admisión, consulta externa, realización de pruebas diagnósticas, protocolo de tratamiento, alta, facturación y cobro).
- Se definen los inductores de primer nivel (aquellos factores que determinan cuántos recursos se destinan a cada actividad, y que explican *cómo* se ejecuta la actividad). Por ejemplo, número de personas, tiempos de dedicación o unidades consumidas.
- Ello permite conocer el volumen de recursos dedicado a cada actividad.
- Se definen los inductores de segundo nivel (aquellos factores que determinan *cuántas veces* o *cuán a menudo* debe realizarse la actividad). Por ejemplo, el número de estancias es un inductor de segundo nivel para la actividad «hospedar al paciente», el número de sesiones es un inductor de segundo nivel para hemodiálisis, etcétera.

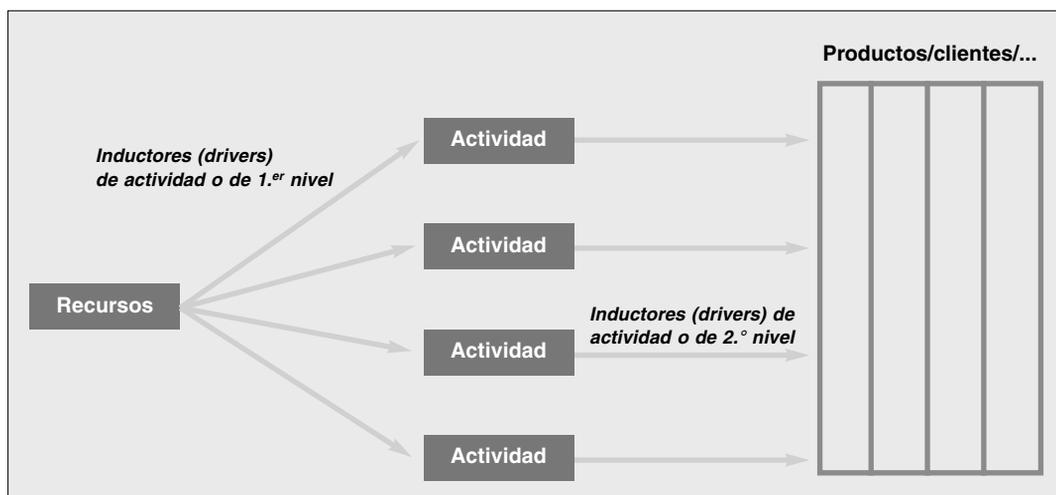


Figura 11.21. Imputación de costes en un sistema ABC.

- Conociendo el volumen de recursos dedicados a cada actividad y el número de inductores de segundo nivel de cada actividad, puede obtenerse el coste por inductor de segundo nivel (coste/placa; coste/admisión, coste/programación, coste hora terapia, coste por orden de medicación...).

El coste de los productos es el resultado del consumo de las actividades necesarias para obtenerlos. Conociendo cuántos inductores de cada actividad ha requerido cada producto, cada paciente, etcétera (p. ej., una admisión por proceso, número y tipo de pruebas por proceso, URV por paciente, número de horas de ocupación del quirófano, facturas emitidas por cliente...), podremos trasladar el coste de actividades al objeto final de coste (Fig. 11.22).

A menudo se afirma que la aportación fundamental de los sistemas ABC está en que asignan los costes según inductores que tienen en cuenta la complejidad, en contraste con los sistemas tradicionales de costes que sólo consideraban inductores basados en el volumen. Si se tratara únicamente de esto, los sistemas ABC aportarían poco a la contabilidad analítica de las organizaciones sanitarias ya que, como se ha mencionado en este capítulo, desde hace ya décadas los sistemas de contabilidad en el sector sanitario vienen utilizando inductores que tienen en cuenta complejidad (las URV, por ejemplo). Asimismo, la afirmación de que los sistemas de ABC hacen aflorar el coste oculto de los productos complejos de poco volumen que no era reconocido por los sistemas tradicionales (Cooper y Kaplan, 1991; Kaplan y Cooper, 1998) debe ser matizada en la medida en que en el sector sanitario dicha complejidad era recogida ya por inductores tipo URV.

¿Qué aportaciones pueden esperarse, pues, de los sistemas ABC en la contabilidad analítica del sector sanitario?:

- Al presentar los costes de cada GRD de manera vinculada a actividades, los costes pueden ser relacionados con más facilidad con las decisiones clínicas de los profesionales.
- Son consistentes con los enfoques de reingeniería de procesos. Los sistemas ABC pueden ser utilizados para cuantificar en términos monetarios los análisis de reingeniería de procesos.



Figura 11.22. Imputación de costes en un sistema ABC. (cont.)

- Permiten trabajar simultáneamente con distintos objetos de coste. Por ejemplo, algunas actividades son asociadas a producto, mientras que otras son asociadas a tipo de usuario o financiador. En un contexto ABC, el coste de un GRD concreto financiado por un financiador concreto tiene que tener en cuenta tanto las actividades propias del producto como las actividades relativas al cliente/financiador.
- Rompen la clásica disyuntiva fijo/variable (respecto a volumen), permitiendo considerar niveles de variabilidad distintos: por ejemplo, costes variables a nivel de estancia, costes variables a nivel de alta, costes variables a nivel de GRD, costes variables a nivel de línea de GRD... Al estudiar en detalle qué determina los costes desde una perspectiva a largo plazo, los sistemas ABC consideran que todos los costes son variables en algún nivel de análisis.

En la práctica, y dada la exigencia de sus requisitos en cuanto a información, los análisis de costes ABC han tendido a ser estudios *ad-boc* que se realizan ocasionalmente, más que información generada regular o periódicamente. Asimismo, es frecuente que los análisis ABC abarquen ámbitos acotados a un GRD o grupo de GRD concretos, siendo aún escasas en nuestro entorno las experiencias de implantación de sistemas de costes ABC que abarquen toda la organización.

Conclusiones

Los grupos relacionados con el diagnóstico hacen posible el avance desde la contabilidad analítica por departamentos hacia una verdadera contabilidad analítica por productos en el hospital.

A efectos de gestión clínica, es deseable contar con sistemas de costes directos individuales por paciente que permitan, por agregación de los casos individuales, obtener costes medios por GRD. Los sistemas de costes directos individuales por paciente ofrecen al gestor clínico una base para analizar la variabilidad en el comportamiento de costes por GRD, tanto en su propia unidad como en relación con

otras. Ni los sistemas de costes por departamento, ni los sistemas de costes que trabajan con definiciones de producto no basadas en la casuística, ni los sistemas de costes medios agregados por GRD permiten analizar este nivel de variación; y por ello es en este ámbito especialmente donde los sistemas de costes directos individuales por paciente presentan una ventaja respecto al control de gestión y a la gestión clínica.

Poner en marcha un sistema de costes directos individuales por paciente requiere desarrollar sistemas de información potentes. Es necesario siempre contar con un módulo de registro de altas que incluya en cualquier caso la codificación CMBD y la agrupación en GRD, un módulo de contabilidad analítica departamental y un módulo de registro de prestaciones individuales. Los sistemas de información deben permitir, además, la integración de los tres módulos. A medida que los hospitales inviertan en el desarrollo e integración de estos sistemas de información, contando con la participación de quienes al final tienen que ser sus usuarios, la gestión clínica encontrará en la contabilidad analítica un aliado útil para una mejor toma de decisiones.

CONTROL DE GESTIÓN

Francisco Álvarez Rodríguez

En una primera aproximación, la función de control puede ser considerada como la medición y la corrección del desempeño en las actividades de los subordinados con el fin de asegurarse de que todos los niveles de objetivos y los planes diseñados para alcanzarlos se están llevando a cabo.

Esta aproximación nos sitúa en el marco de la toma de decisiones de la organización, en primer lugar cuáles son los planos organizativos y qué tareas se realizan en cada uno (Fig. 11.23).

En la organización empresarial se definen tres grandes funciones:

- **Función estratégica.** Se define la estrategia organizativa y de acuerdo con ella se desarrollan los planes de negocio, a medio y largo plazos, y se concretan los presupuestos, a corto plazo.
- **Función de planificación y control.** De acuerdo con las líneas estratégicas marcadas y con los planes y presupuestos aprobados, se lleva a cabo el seguimiento de cumplimientos, análisis, desviaciones, diagnósticos sobre las mismas previsiones y análisis del tipo ¿qué ocurriría si...?
- **Función operativa.** Consiste en la ejecución de lo previsto y aprobado.

De esta forma podemos establecer una definición más aproximada, como la que realizó Henri Fayol¹² hace varias décadas: «En una empresa (organización), el control consiste en verificar que todo ocurra de acuerdo al plan que se haya adoptado, a las instrucciones emitidas y a los principios que se hayan establecido. Tiene por objeto señalar puntos débiles y errores con el fin de rectificarlos y evitar su recurrencia. Opera sobre todo: cosas, personas y acciones».

¹² Henri Fayol, *General and Industrial Management* (New York; Pitman Publishing Corporation, 1949), p. 107.

	Responsable	Responsabilidad	Medio de control
Estrategia	Alta dirección Mandos intermedios Analistas	¿La empresa funciona de acuerdo con los objetivos de negocio?	<i>Sistemas de información sobre ejecución</i>
Planificación y control	Usuarios analistas de departamentos o líneas de negocio	Medir el impacto de posibles decisiones	<i>Sistemas de apoyo a las decisiones</i>
Función operativa	Ejecutores de las funciones	Hacer que el negocio funcione	Sistemas transaccionales

Figura 11.23. Planos organizativos.

Por tanto, para que existan sistemas de control es necesario que la entidad cumpla dos requisitos:

- Que posea una estructura organizativa clara, donde las responsabilidades estén bien definidas y delimitadas. Si no se sabe sobre quién recae la responsabilidad de un problema, es difícil tomar medidas para solucionarlo.
- Que exista una planificación estratégica. Los responsables aprueban planes que se convierten en estándares y que servirán para medir las acciones deseadas.

Una meta de una entidad asistencial puede ser reducir la estancia media, pero hay diferentes maneras de conseguirla. Los responsables de la planificación estratégica definirán cuáles son las metas y cuáles son las estrategias que se consideran adecuadas. De esta forma el control de gestión analizará el cumplimiento de lo aprobado.

La planificación estratégica la realiza la alta dirección, y no siempre se lleva a cabo de idéntica forma: cambios importantes en el entorno social, económico, tecnológico o político pueden producir variaciones en ella. El control de gestión, por el contrario, se realiza de forma sistemática, por todos los directivos y responsables de todos los niveles.

El proceso de control

Las técnicas y los sistemas de control son iguales, en esencia, para procedimientos administrativos, sanitarios, productivos, de calidad u otros. El proceso básico de control tiene tres etapas: (1) establecimiento de estándares, (2) medición del desempeño en comparación con esos estándares, y (3) corrección de desviaciones respecto a los estándares y planes.

1. **Establecimiento de estándares.** Los estándares son criterios de desempeño. Son los puntos elegidos en un programa total de planificación para realizar mediciones

del desempeño que proporcionan a los responsables indicadores respecto a cómo funcionan las actividades, sin que sea necesario analizar exhaustivamente los planes.

Los estándares pueden ser de muchas clases: cuantitativos o cualitativos, monetarios, físicos, etcétera.

Su finalidad principal es proporcionar una indicación clara del desempeño, y pueden considerarse como un objetivo o como tendencias en las que entrar. Ejemplos de estándares pueden ser: la relación entre la primera y sucesivas consultas, las tasas de frecuentación de consultas externas (número de visitas/población del área), la estancia media; el porcentaje de recidivas, etcétera.

2. Medición del desempeño. La segunda etapa del control consiste en medir el desempeño en función de los estándares definidos. La verdadera labor del controlador de gestión es la evaluación prospectiva, con objeto de hacer predicciones. En la actualidad esta técnica es la más valorada: en lugar de gestionar mirando al espejo retrovisor se toman decisiones para evitar que se repitan las desviaciones.

Si los estándares se han establecido de forma adecuada y se dispone de los medios idóneos, este control del desempeño de las áreas es relativamente sencillo.

3. Corrección de las desviaciones. El proceso de control se completa cuando se emprenden las acciones necesarias para corregir las desviaciones.

Lo más usual es que se aborde sólo la detección y corrección de desviaciones negativas, es decir, de aquellas que suponen desempeños diferentes. A veces, también es posible que se produzcan desviaciones positivas, que igualmente es importante analizar para determinar si se deben a definiciones deficientes de estándares o a desempeños superiores a lo previsto.

Las correcciones se pueden llevar a cabo de distintas formas:

- Reelaborando los planes y, por tanto, corrigiendo metas.
- Ejerciendo los principios de autoridad, reasignando o aclarando obligaciones.
- Incorporando personal adicional o eliminando al personal que no cumplió los objetivos.
- Mejorando la dirección y el control, con mayor explicación de tareas y a través de liderazgos más efectivos.

Tipos de control

Por lo general el control de gestión es un sistema de retroalimentación similar al que opera en los termostatos. Según esto (Fig. 11.24) los responsables miden el desempeño real, comparándolo con los estándares fijados, de forma que se detectan y analizan

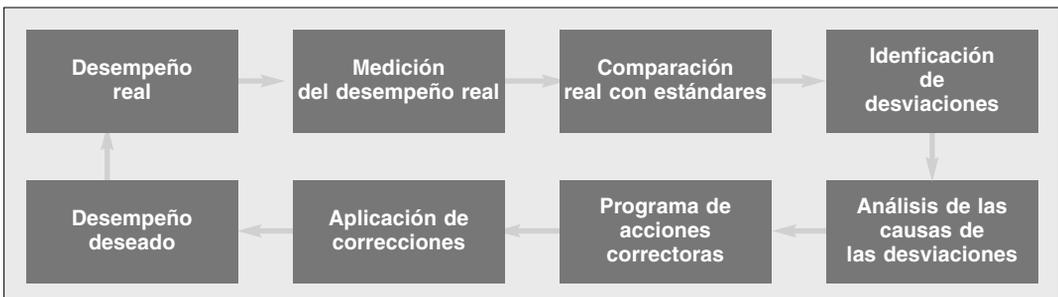


Figura 11.24. Tipos de control de gestión. Medición del desempeño real comparándolo con los estándares.

las desviaciones. Una vez hecho esto, comienza la tarea principal, que es desarrollar un programa de acciones correctoras y ponerlo en práctica para las metas fijadas.

Con la incorporación de la informática a los sistemas de gestión se puede hacer una parte del control de gestión en tiempo real. De acuerdo con lo reflejado en la Figura 11.24, es posible recopilar datos rápidamente sobre desempeños reales, así como compararlos con los estándares fijados. Es relativamente fácil analizar consumos, estancias, etcétera. Pero se necesita cierto tiempo para identificar las causas de las desviaciones y las siguientes fases.

Cualidades de un sistema eficiente de control

Antes de definir sus cualidades, es muy importante tener en cuenta cuáles son las necesidades de un sistema eficiente de control:

- **Necesidad de disponer de información.** Aunque «información» no equivale sólo a «datos», hay datos de dos tipos:
 - Internos, como GRD, consultas realizadas, contabilidad, almacenes, etcétera.
 - Externos, que son datos de la estructura hospitalaria, comunidad, nación, etcétera.
- **Agregar y analizar información obtenida.** Para poder llevar a cabo un control de gestión eficiente es *absolutamente* necesario que la información sea real, que se disponga de ella con suficiente tiempo y que sea tratada de forma que pueda ser utilizada para tomar decisiones.
- **Posibilidad de elaborar y emitir informes** con el resultado del análisis, elaborando y sintetizando toda la información procesada en diagnósticos de la entidad.
- **Posibilidad de realizar proyecciones.** De esta forma se anticiparán decisiones que permitirán analizar la medidas de corrección diseñadas.

Una vez definidas las necesidades, hay que analizar las cualidades del denominado sistema eficiente de control.

Los controles deben hacerse de acuerdo con los planes definidos y en función de la estructura organizativa de la entidad (hospital, ambulatorio...). No es lo mismo el control que se debe realizar sobre un hospital con una cartera de servicios muy completa que el de un hospital de agudos. Asimismo, no se controlan las mismas variables al servicio de laboratorio, que al de hospital de día, o a la dirección de gestión.

Los controles, deben tener en cuenta, asimismo, el perfil profesional y la personalidad de los diferentes responsables. Si el responsable no entiende o asume la gestión, el sistema de control adolecerá de grandes limitaciones para poder ser eficiente. Si el control está basado en datos contables, probablemente el jefe del servicio respectivo tendrá problemas a la hora de integrar planes para mejorar la calidad asistencial basados en cuentas contables. Si, por el contrario, el sistema le proporciona datos sobre porcentaje de reingresos, estancias medias, etcétera, podrá tomar decisiones sobre el objetivo por cumplir.

El control de gestión debe resaltar las excepciones en los puntos principales. Si proporciona una cantidad ingente de datos y no es posible obtener rápidamente las excepciones que han considerado necesario priorizar, la toma de decisiones se vuelve muy compleja. En la actualidad hay sistemas que utilizan el denominado código semafórico, que consiste principalmente en que los indicadores que tienen las desviaciones negativas más importantes se anotan con colores llamativos, por ejemplo rojo, mientras que si la desviación es positiva, se señalan en verde y, si se encuentran dentro de los estándares, se mantienen de color negro.

En los controles debe primar la objetividad, a través de la definición de los estándares objetivos, precisos y adecuados. Si preponderase la subjetividad, la personalidad del controlador o la del controlado pueden influir sobre los juicios de desempeño.

El sistema de control debe ser flexible. Si no existe flexibilidad, el proceso de retroalimentación, así como el establecimiento de medidas correctoras, carecería de validez. Además, hay que contar con organizaciones que puedan mostrar grados de flexibilidad, de forma que puedan intervenir ante sucesos imprevistos (grandes accidentes, epidemias...).

Los controles deben ser económicos. Tiene que prevalecer el principio de eficiencia de los controles: «Las técnicas y métodos de control son eficientes cuando detectan e iluminan las causas de desviación reales o potenciales con respecto a los planes, con el mínimo de costes y de consecuencias no deseadas».

Finalmente, los sistemas de control serían poco más que ejercicios intelectuales de laboratorio si no desembocasen en acciones correctoras.

El control presupuestario

La presupuestación es la elaboración de planes para un período futuro determinado, en términos numéricos. Los presupuestos son planeamientos de los resultados que se anticipan, en términos financieros (ingresos, gastos) o en términos no financieros (horas del personal, actividad).

Uno de los problemas habituales de ciertas organizaciones es que no comprenden por qué los presupuestos deben realizarse en planes. Algunas organizaciones, de las cuales las más numerosas son las organizaciones sin ánimo de lucro (que no tienen el beneficio como objetivo principal), intentan elaborar presupuestos sin conocer planes. Pero cuando realizan el presupuesto, el dinero que se asigna a los costes del personal, a los gastos y a las inversiones se convierte en objeto de negociación entre una autoridad de primer nivel y los administradores de la empresa. El resultado habitual es que no se asignan fondos de forma inteligente sobre la base de lo que en realidad se necesita para conseguir las metas deseadas.

Existen, en principio, dos concepciones distintas sobre la elaboración de los presupuestos, según las cuales el presupuesto puede ser incremental o completo.

Incremental significa que las partidas monetarias reflejadas en el documento presupuestario se han limitado a recoger la inflación, u otro límite superior que se fije, para los costes y gastos que responden a actividades ejercidas en el período anterior, con el añadido de costes y gastos correspondientes a nuevas actividades, o sea, aquellas que comienzan en el período presupuestario. Obviamente, no se cuestiona la pertinencia actual de aquellas actividades procedentes de períodos anteriores.

Por el contrario, el **presupuesto completo** somete a revisión, en cada ejercicio presupuestario, todas y cada una de las actividades que se ejercen en la empresa, partiendo de la hipótesis de que, en principio, la máxima vigencia de cada actividad se corresponde con el ejercicio económico (Fig. 11.25).

Dentro de las organizaciones sanitarias españolas, y en general en las correspondientes al sector público, el presupuesto habitualmente utilizado es el incremental, mejorado en algunos casos con la fijación de metas, pero sin correlacionarlas presupuestariamente.

Dentro de los presupuestos completos, existen en la actualidad tres clases de desarrollo:

- Presupuesto por programas (en inglés *planning programming and budgeting system*, PPBS).



Figura 11.25. Fases de realización de un presupuesto completo.

- Presupuesto base cero (*zero based budget, ZBB*).
- Presupuesto basado en actividades (*activity based budget, ABB*).

Presupuesto por programas. La primera vez que se puso en práctica en una organización fue en 1963 con el presupuesto-programa de Defensa de EEUU, bajo la responsabilidad de Robert McNarz.

Según Schultze, que es uno de sus más conocidos defensores «El PPBS constituye un intento de integrar la formulación de las políticas con la asignación presupuestaria de recursos y proporciona un medio de que el análisis de sistemas se aplique regularmente a la formulación de políticas y a la asignación de partidas presupuestarias»¹³.

Es decir, el PPBS presenta una base informativa que, sometida rigurosamente al tratamiento de la teoría de sistemas y complementada por los análisis de coste-beneficio y coste-eficacia, puede mostrar de forma continua qué clases de programas deben elegirse en función del máximo cumplimiento de los objetivos fijados y en qué grado de realización se encuentran los programas en curso; además, también puede introducir las correcciones necesarias ya sea debido a la variación de las prioridades de los objetivos o por las desviaciones de la realidad.

Los propósitos del PBSS son los siguientes:

- Identificar y examinar los fines y objetivos.
- Analizar el producto de un programa determinado en función de sus objetivos.
- Medir los costes totales de los programas.
- Formular objetivos y programas que se extiendan más allá del año correspondiente al presupuesto anual.

¹³ Charles L. Schultze. *Política y Economía del Gasto Público*. M.º de Hacienda, Madrid; 1971; páginas 146-147.

- Analizar alternativas para encontrar los medios más eficaces de lograr objetivos básicos de programas, y alcanzar esos objetivos al mismo coste.
- Establecer estos procedimientos analíticos como parte sistemática de la revisión presupuestaria.

Presupuesto base cero. Esta modalidad presupuestaria apareció por primera vez en un artículo de Peter A. Pyhrr publicado en el número 48, de la *Harvard Business Review*, correspondiente al período noviembre-diciembre de 1970.

Pyhrr lo define como «un proceso presupuestario que requiere que cada directivo justifique todas sus solicitudes de fondos. Cada uno debe demostrar que los gastos que propone son realmente necesarios. Para ello hay que identificar todas las actividades y evaluarlas en un análisis sistemático para ordenarlas de acuerdo con su importancia».

De esta definición se extraen las siguientes características de esta modalidad:

- Identificación previa de las actividades que se realizan en la organización.
- Evaluación de las actividades para ordenarlas según su importancia.
- Valoración monetaria de las actividades con objeto de proceder a la solicitud de fondos que respalden los gastos necesarios para la consecución de objetivos.

Presupuesto basado en actividades. Como evolución del presupuesto base cero, comienza a desarrollarse un conjunto de análisis presupuestario que está compuesto por:

- C1 - Costes basado en actividades (*activity based costing*, ABC).
- C2 - Presupuesto basado en actividades (*activity based budgeting*, ABB).
- C3 - Gestión basada en actividades (*activity based management*, ABM).

Fue desarrollado primero por Miller y Vollman (1985), pero quienes más lo difundieron fueron Cooper y Kaplan (1988), en especial este último con el desarrollo de su cuadro de mando¹⁴.

Según el *Journal of Cost Management*, «El ABC es una metodología que mide el coste y la ejecución de actividades, recursos y objetos de coste». En otras palabras, es una herramienta de apoyo a la toma de decisiones que identifica las actividades realizadas y emplaza los *cost-drivers* para imputar el coste de esas actividades a los procesos, productos y clientes.

La gestión basada en actividades tiene su fundamento en el análisis pormenorizado de todas las actividades de la cadena de valor de la empresa (Fig. 11.26).

En cualquier caso, no es necesario que la gestión presupuestaria responda a un alto grado de sofisticación, sino tener una idea muy clara de la estrategia de la entidad y, a partir de ahí, poner medios y recursos para su consecución, de forma que estos vayan perfeccionándose a lo largo del tiempo.

Es importante señalar que para que los controles presupuestarios funcionen bien, la dirección debe recordar que se diseñan como herramientas para la gestión y no como su sustituto, que tienen limitaciones y que deben ser elaborados a la medida de cada tarea. Además, los controles presupuestarios son herramientas de gestión para todos aquellos responsables de la organización que tienen capacidad de decisión, y no sólo para el director general, el gerente o el controlador de gestión.

¹⁴ Kaplan RS, Norton DP, The Balanced Scorecard (Cuadro de Mando Integral), Harvard Business School, 1996.

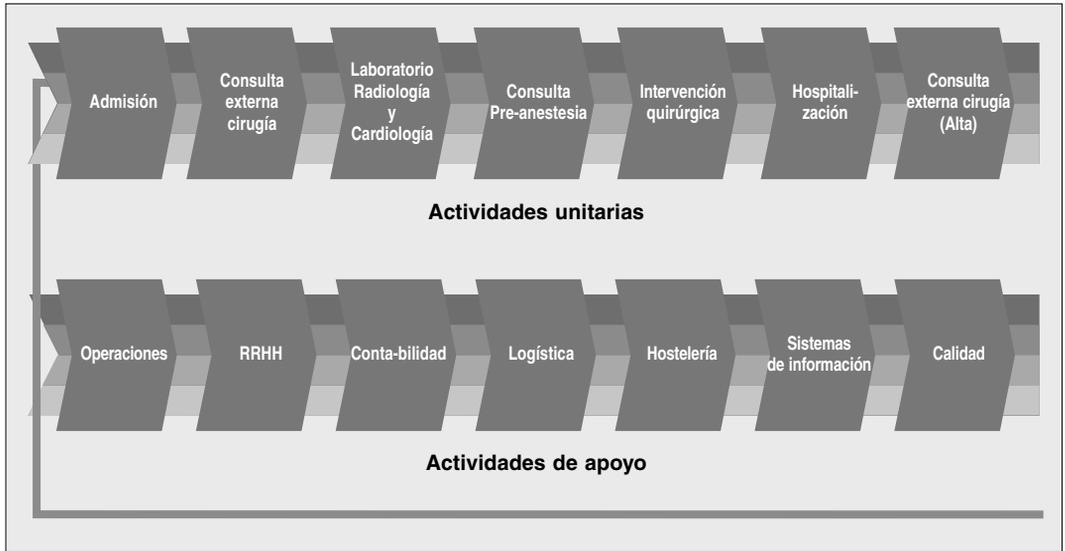


Figura 11.26. Ejemplo de cadena de valor hospitalaria¹⁵.

Los presupuestos deben ser plenamente asumidos por la dirección y luego respaldados incondicionalmente de forma activa. Hay que conseguir que las diferentes áreas participen en su elaboración, así como en su revisión y seguimiento, de forma que toda la organización esté alerta ante las desviaciones que puedan surgir.

Además, los presupuestos deben tener cierto grado de flexibilidad, de manera que permita algunas desviaciones parciales, siempre que se esté dentro de la tendencia de resultados fijados.

Cuadro de mando

Las mediciones son importantes: «si no puedes medirlo, no puedes gestionarlo». Las organizaciones han de utilizar sistemas de medición y de gestión derivados de sus estrategias y capacidades. En la elaboración de un cuadro de mando hay dos tareas fundamentales: primero elaborarlo y después utilizarlo. Estas tareas están íntimamente ligadas, de forma que a medida que el personal directivo va utilizando el cuadro de mando, observa qué indicadores le son útiles, cuáles no, qué indicadores nuevos surgen, y va modificando el cuadro. En la Figura 11.27 se pueden observar los principios básicos de un modelo de información.

De acuerdo con estas premisas se va elaborando el cuadro de mando, en función de la necesidad de información sobre gestión que se requiera en cada nivel de toma de decisiones.

Cada área de la entidad asistencial atiende a unos clientes o usuarios de sus servicios, actividades que, a su vez, se realizan con el consumo de los recursos disponibles (Fig. 11.28).

Los indicadores de cada área deben relacionar estas tres entidades: clientes, actividad y recursos, con especial énfasis sobre los recursos que, como ya es sabido,

¹⁵ Porter M. *Competitive Advantage*. Harvard Business School, N.Y., 1985 Free Press.

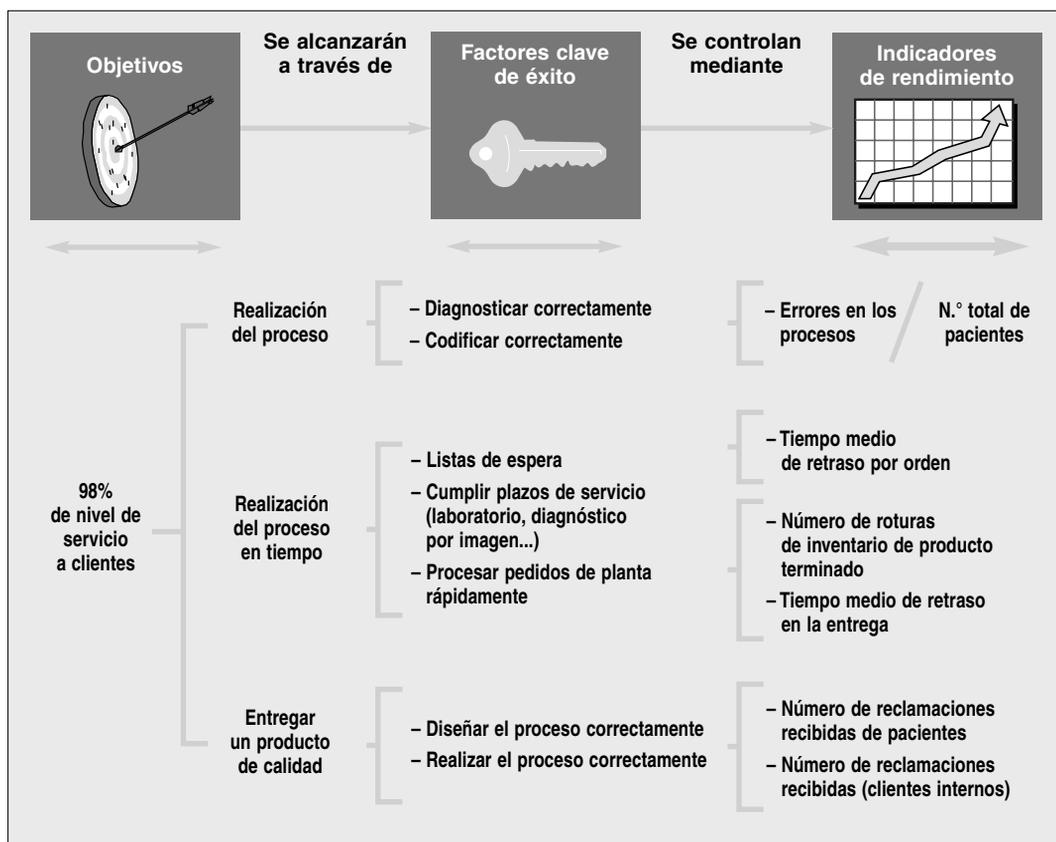


Figura 11.27. Modelo de información. Principios básicos.

suponen la partida más importante tanto a nivel económico como a nivel de resultado (Fig. 11.29).

¿Qué es lo que se pretende con el cuadro de mando?

Tener una visión global y equilibrada del cumplimiento de la estrategia fijada. Para ello es necesario disponer de los indicadores relevantes y que éstos estén agrupados por familias y equilibrados.

No deben preponderar los indicadores financieros sobre el resto, ni los de satisfacción, u otros.

Es conveniente señalar que el cuadro de mando no será igual en todas la entidades asistenciales, aunque sí coincidirán algunos indicadores individuales.

Partiendo de los objetivos de control que nos hemos fijado, a saber:

- Población/Cliente:
 - Interno
 - Externo
- Actividad
- Recursos
- Resultados

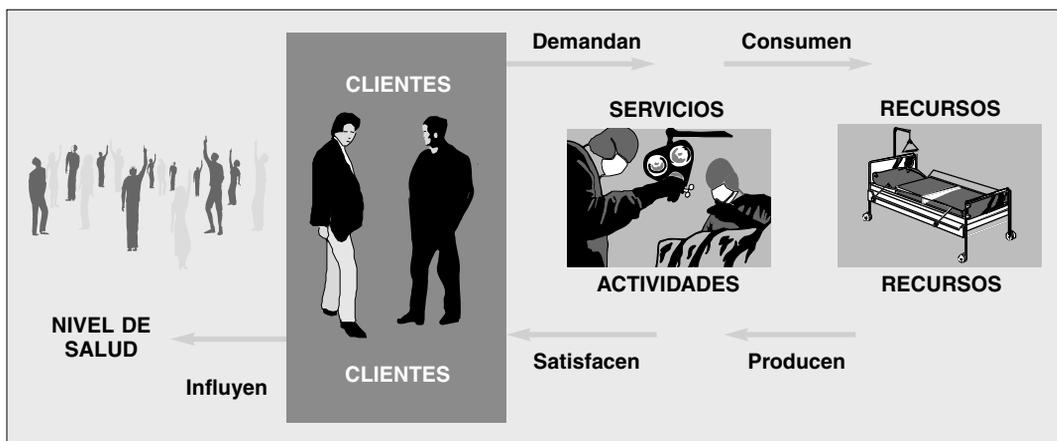


Figura 11.28. Componentes de área asistencial.

Definiremos las familias de indicadores:

1. **Satisfacción.** Percepción del cliente en función del servicio recibido.
2. **Pertinencia.** Relación entre la dotación de recursos y la población.
3. **Adecuación.** Utilización apropiada de las actividades para prestar los servicios.
4. **Rendimiento.** Relación entre resultado y coste.
5. **Efectividad.** Relación entre el proceso y el resultado. Indicadores de resultado clínico.
6. **Productividad.** Relación en las actividades con los recursos que consumen.

Una vez realizadas todas las definiciones y siguiendo los principios básicos del modelo de información, se creará el cuadro de mando. Un modelo habitual de cualquier organización, sea o no sanitaria, es aquel que relaciona objetivos e indicadores de for-

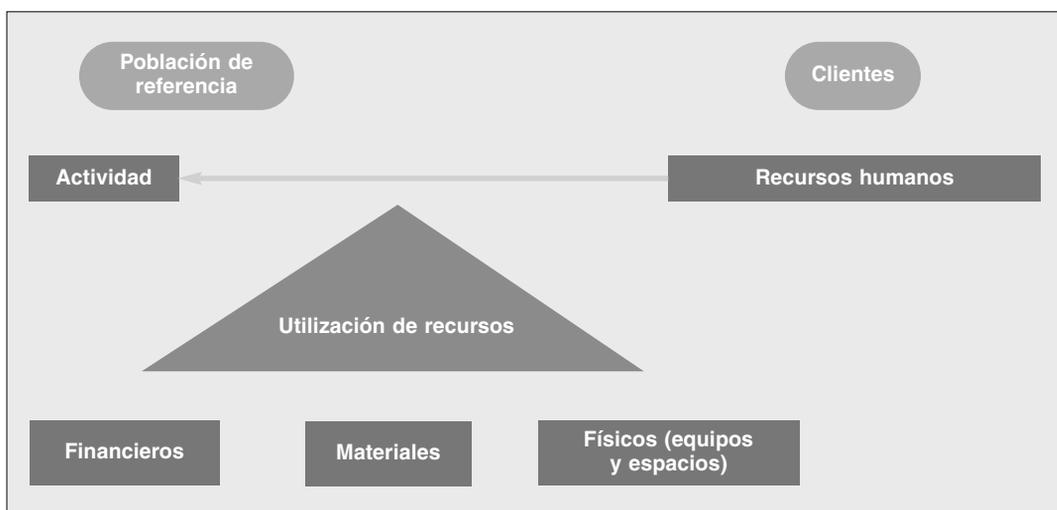


Figura 11.29. Indicadores de área.

ma conjunta con los de otras áreas organizativas, siempre teniendo como horizonte el objetivo de la entidad en su conjunto.

A continuación proponemos un modelo y diferentes indicadores:

1. Indicadores a nivel de la organización, de acuerdo con el «contrato-programa», concreto o presupuesto de actividad:
 - a) Consultas que se han de realizar:
 - i. Primeras (número fijado).
 - ii. Sucesivas (número fijado).
 - iii. Consultas de alta resolución (número fijado).
 - iv. Relación sucesivas/primeras/totales (ratio objetiva).
 - b) Altas externas (número fijado).
 - c) Estancias totales (número fijado).
 - d) Estancia media (ratio objetiva).
 - e) Ingresos externos:
 - i. Totales (número fijado).
 - ii. Programados (número fijado).
 - iii. No programados (número fijado).
 - f) Complejidad de casuística atendida (ratio objetiva).
 - g) Índice de sustitución de cirugías (ratio objetiva).
 - h) Tanto por ciento de urgencias ingresadas (ratio objetiva).
 - i) Prevalencia de infección nosocomial (ratio objetiva).
 - j) Lista de espera (ratio objetiva).
 - k) Cumplimiento presupuestario:
 - i. Actividad prevista respecto actividad real.
 - ii. Gastos previstos por naturaleza respecto a gastos reales.
2. Indicadores de consumo del área en relación con otras áreas asistenciales y de apoyo:
 - a) Personal de enfermería: cantidad y coste.
 - b) Peticiones de pruebas diagnósticas tanto de laboratorio como de diagnóstico por la imagen: cantidad y complejidad.
 - c) Otros servicios consumidos (internos o externos como limpieza, restauración, etc.) motivados por la estancia media.
3. Indicadores individuales de cada área.

BIBLIOGRAFÍA

La contabilidad analítica como instrumento para la toma de decisiones desde la perspectiva del gestor clínico

AECA. *La Contabilidad de Gestión en los Centros Sanitarios*. Madrid; Asociación Española de Contabilidad y Administración de Empresas, 1997.

BALLESTA GIMENO AM y cols. Aproximación al cálculo del coste estándar por determinación: Unidades Relativas de Valor (URV). *Todo Hospital*, 1994; 107:43-50.

DRUMMOND MF, O'BRIEN BJ, STODDART GL, TORRANCE GW. *Métodos para la evaluación económica de los programas de asistencia sanitaria*. 2.ª ed. Barcelona; Díaz de Santos, 2001.

DRURY C. *Management and cost accounting*. sthed London; Thomson Learning, 2000.

FINKLER SA. *Essentials of cost accounting for health care organizations*. Aspen Publ., 1994.

FINKLER SA WARD DM. *Issues in cost accounting for health care organizations*. 2nd ed. Aspen Publ., 1999.

Guadalajara N. *Análisis de costes en los hospitales*. Valencia; M/C/Q Ediciones, 1994.

Aportación de los sistemas de clasificación de pacientes basados en la casuística del análisis de coste del producto hospitalario

AHICART C. Técnicas de medición del case-mix hospitalario. *Hospital*, 2000; supl.

ÁLVAREZ JF, LORENZO S, CARDIN J. Nuevos sistemas de gestión de costes en el ámbito sanitario. *Revista de Administración Sanitaria*, 1999; 3:(11):135-145.

- BAKER JJ. *Activity-Based Costing and Activity-Based Management for Health Care*. Aspen Publ., 1998.
- CASAS M. *Los Grupos Relacionados con el Diagnóstico*. Barcelona; SG/Masson, 1991.
- CASAS M, VARELA J. Gestión clínica: instrumentos y potencialidades. *Todo Hospital*, 1994; 105: 61-68.
- CASAS M. *Los Grupos Relacionados con el Diagnóstico: una guía práctica para médicos*. IASIST, 1995.
- CASAS M, WILEY MM. *Diagnosis Related Groups in Europe: Uses and Perspectives*. Berlin, Springer-Verlag, 1993.
- COOPER R, KAPLAN RS. *The design of cost management systems*. Harvard Business School Press, 1991.
- FERNÁNDEZ DÍAZ JM. *La gestión de costes ABC (Activity Based Costing): un modelo para su aplicación en hospitales*. XXII Jornadas de Economía de la Salud. Asociación de Economía de la Salud, 2002.
- FETTER RB, SHIN Y, FREEMAN JL, AVERILL RF, THOMPSON JD. Case Mix Definition by Diagnosis Related Groups. *Medical Care*, 1980; 18(2 suppl):1-53.
- KAPLAN RS, COOPER R. *Cost & Effect*. Harvard, Business School Press, 1998.
- KIMBERLY JR, DE POUVOURVILLE G. *The migration of managerial innovation. Diagnosis Related Groups and Health care Administration in Western Europe*. San Francisco, Josey Bass.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Análisis y desarrollo de los GRD en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid; Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.
- PACCAUD EM, SCHENKER L. *DRG: perspectives d'utilisation*. Lyon, Lacasagne, 1984.
- PEIRÓ S. *Limitaciones en la medición de los resultados de la atención hospitalaria: implicaciones para la gestión*. En: *Instrumentos para la gestión en sanidad*. Barcelona, Asociación de Economía de la Salud/SG, 1995, 57-102.
- UDPA S. Activity-Based Costing for Hospitals. *Health Care Management Review*, 1996; 21:(3): 83-96.
- WILEY MM. Hospital financing reform and case mix measurement: an international review. *Health Care Financial Review*, 1992; 13:4, 119-133.
- YOUNG WW, SWINKOLA RB, ZORN DM. The Measurement of Hospital Case Mix. *Medical Care*, 1982; 20:(5):501-512.

Control de gestión

- ASENJO MA. *Las Claves de la Gestión Hospitalaria*. Barcelona, Gestión 2000, 1999.
- BAKER JJ, BOYD GF. Activity-Based Costing in the Operating Room at Valley View Hospital. *J Health Care Financ*, 1997; 24:1-9.
- BRIMSON JA. *Contabilidad por actividades*. Madrid, Marcombo, S.A., 1995.
- EDBROOKE DL, STEVENS VG, HIBBERT CL, MANN AJ, WILSON AJ. A new method of accurately identifying costs of individual patients in intensive care: the initial results. *Intensive Care Med*, 1997; 23:645-650.
- HOPE T, HOPE J. *Transforming the bottom line: managing performance with the real numbers (Transformar la cuenta de resultados)*. Nicholas Brealey Publishing Limited, 1995.
- KLEINSORGE IK, TANNER RD. Activity-Based Costing: Eight questions to answer before your implement. *Journal of Cost Management*, 1991; 84-88.
- PARRA IGLESIAS ENRIQUE. *Tecnologías de la información en el control de gestión*.
- TURNER P. What an ABC Model Looks Like. *J Cost Management*, 1992; 54-60.
- UDPA S. Activity-Based Costing for Hospitals. *Health Manage Rev*, 1996; 21:83-96.

CAPÍTULO 12

Sistemas de información para la gestión de un servicio

Arturo Romero Gutiérrez

Conceptos y expectativas ■

La información en su contexto ■

- Sistemas de información
- Actores involucrados
- Escalas de complejidad
- Objetivo
- La gestión clínica como área de conocimiento médico
- La gestión clínica como estilo de práctica clínica
- Funcionamiento del hospital
- Anatomía del hospital
- Mecanismos de regulación
- Alteraciones de funcionamiento del sistema
- Obstáculos para la gestión clínica
- ¿Para qué sirven los indicadores?
- Clases de indicadores
- Sistemas de información: condicionantes
- Sistemas de información: fundamentos
- Reflexiones acerca de la información sanitaria
- El ciclo estratégico y la gestión clínica
- Medida de la actividad en la práctica clínica: ¿es eso suficiente?
- Sistemas de información: hechos y dimensiones
- Valoración de la matriz de hechos y dimensiones
- Componentes y organización
- Sistemas de información: niveles clásicos
- Sistemas de información: niveles para la transición
- Sistemas de información: hacia una arquitectura de componentes intercambiables

Técnicas de análisis de información ■

- Objetivo
- Servicios de Admisión y Documentación Clínica: papel actual y futuro
- Instrumentos analíticos

Tecnologías y sistemas sostenibles ■

- Barreras para los sistemas de información
- Intranet

Análisis de la demanda asistencial ■

- Análisis de la demanda: justificación y oportunidad
- Análisis de dietarios: demanda pendiente frente a recursos vacantes
- Análisis de la demanda procedente de atención primaria
- PreSolAP: prestaciones solicitadas por atención primaria
- Análisis de citas
- Monitores y controles
- Monitor de citas reiteradas
- Otros monitores de demanda

Sistemas basados en la casuística ■

- Sistemas de clasificación
- Códigos: el enlace entre lo no mensurable y lo mensurable
- Al análisis le sigue la toma de decisiones

Instrumentos de información para la gestión clínica ■

- Agenda del gestor clínico y del clínico-gestor

Conclusiones: problemas, retos y soluciones ■

- Recomendaciones para los gestores clínicos
- Recomendaciones para los profesionales de sistemas de información

Bibliografía ■

Conceptos y expectativas

La gestión clínica es el resultado de un encuentro voluntario entre la cultura clínica y la cultura de gestión. Todo el conjunto de datos, información, conocimiento y sabiduría que ambas culturas pueden aportar se debe combinar armónicamente para introducir mejoras en los servicios de salud actuales y futuros.

Las fórmulas que cada organización usa para combinar los ingredientes son diferentes. Pero en cualquier caso, unos *productos y servicios de información* eficaces, rigurosos, dinámicos, fiables y sostenibles pueden ser una aportación valiosa para el éxito de las iniciativas de gestión clínica.

Para que esos productos y servicios lleguen a ser viables y resulten efectivos hay que contar con sistemas de características (infraestructura, procesos, estándares) adecuadas a las necesidades específicas, los ciclos de trabajo y los condicionantes económicos de las organizaciones sanitarias.

La información en su contexto

A efectos prácticos, la información que nos interesa para apoyar las decisiones sobre actividades de gestión clínica consta de hechos significativos y útiles extraídos del procesamiento de datos. En este contexto, *información* equivale a *datos interpretados*.

Sistema de información

El sistema de información (SI) es un conjunto de *elementos* (personas, actividades, equipos, programas, normas, estándares, circuitos) destinados a realizar ciertas *funciones* (producir, capturar, procesar, almacenar, organizar, administrar, recuperar, transferir, presentar e interpretar datos) con la *finalidad* de obtener la información necesaria para el funcionamiento de una organización.

Tanto en términos económicos como de pura efectividad, no tiene sentido que cada unidad funcional adopte o desarrolle su sistema de información independientemente de lo que ocurra en el resto de la organización. La cultura de *responsabilidad* (necesidad de dar cuentas sobre el buen uso de los recursos con los que se actúa como «propietario») y la necesidad de establecer *comparaciones* (un excelente método para identificar las buenas prácticas) exigen un alto grado de *normalización* en los elementos de información que se manejan. Las *tecnologías* disponibles son hoy capaces de proporcionar instrumentos de *parametrización* de las aplicaciones (adaptación a las necesidades de usuarios o grupos de usuarios) que permiten hacer compatibles las necesidades internas con las normas externas a la unidad funcional (Fig. 12.1).

Actores involucrados

Cualquier artificio humano complejo asigna distintos papeles a las personas que participan en él en función de su *capacidad* o de sus *intereses*. Los sistemas de información no son excepción a esta regla. Con frecuencia, las funciones que cada profesional tiene en el sistema de información se asignan de manera informal, implícita, según el puesto que cada agente ocupa dentro de la organización; como resultado de ello, las funciones asignadas (formalmente o no) no siempre son asumidas por igual por todos los miembros de un equipo. A veces actuamos como si se diera por supuesto que cada profesional conoce a la perfección sus responsabilidades respecto a la infor-

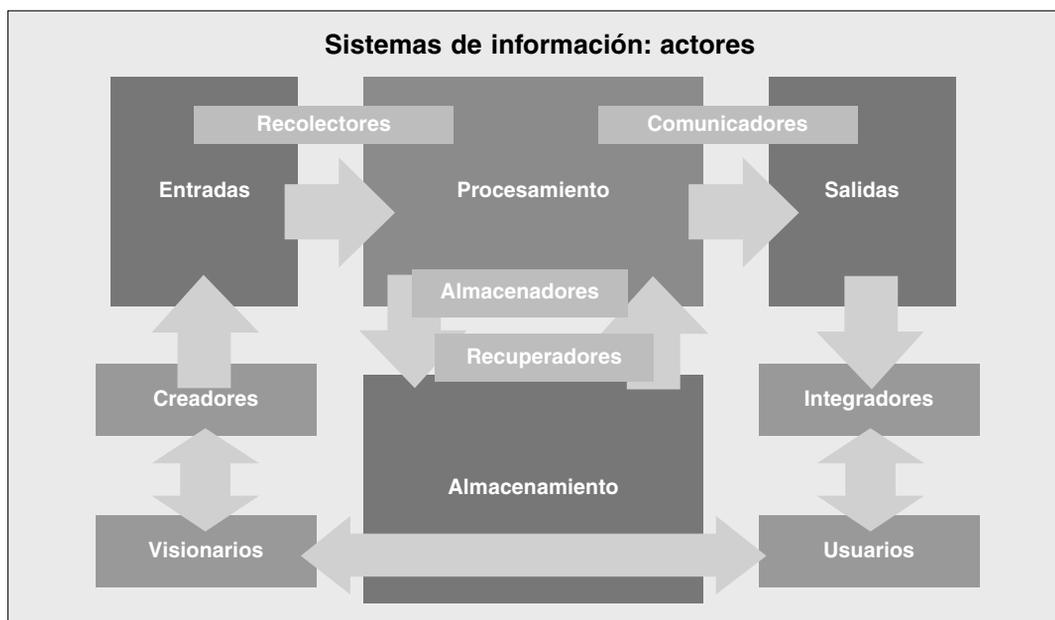


Figura 12.1. Relación entre actores y esquema cibernético. Los actores humanos involucrados en los sistemas de información ocupan los lugares clave alrededor de los flujos de datos.

mación de la organización, como si todos debieran conocer sus deberes por el hecho de poseer un título, nombramiento o cualificación profesional. Con frecuencia se asume que el funcionamiento interno de cada unidad asistencial debería asegurar el entrenamiento de cada profesional en su papel frente a la información departamental e institucional. Pero esto *no es* lo habitual. Para tener actores eficaces, éstos han de conocer bien su papel.

Escalas de complejidad

La información representa un estrato intermedio entre los valores elementales que usamos para describir la *realidad* y la sabiduría que *algunos* llegan a adquirir sobre esa realidad (o, al menos, sobre su campo de actuación). Los niveles en que organizamos nuestra percepción de la realidad se resumen en el Cuadro 12.1.

CUADRO 12.1 Escalas de complejidad alrededor de la información

- Signo(s) + Significado(s) = Valor(es)
- Valor(es) + Etiqueta(s) = Dato(s)
- Dato(s) + Interpretación(es) = **Información**
- Información + Inteligencia = Conocimiento
- Conocimiento + Experiencia = Sabiduría

Según este esquema, el principal *uso* de la información consiste en organizar e interpretar los datos para facilitar la *generación* y el *avance* del *conocimiento*. Así pues, los sistemas de información representan el punto de encuentro entre los ámbitos del proceso de datos, del conocimiento clínico y del empresarial. Quienes trabajan en este nivel pueden ser reclamados para actuar como intérpretes o negociadores entre tres culturas que *a veces* han sido antagónicas. Su éxito dependerá de su esfuerzo, pero también de la voluntad de entendimiento de las partes o de la disposición de todos a cooperar.

Objetivo

Este capítulo tiene como objetivo identificar y describir los elementos de los sistemas de información que consideramos pueden ser más útiles para quienes tratan de monitorizar el funcionamiento de las unidades clínicas. Entre los elementos de información se describe un conjunto de instrumentos y tecnologías que nos permiten adaptar de forma dinámica la elaboración de indicadores de gestión a las necesidades operativas del entorno clínico. En gestión clínica podemos esperar que el ritmo de cambio de los cuadros de mando y de las baterías de indicadores experimente una aceleración considerable, con métodos más ágiles de incorporación de la realidad epidemiológica y de los avances en biomedicina. Revisaremos algunos instrumentos y métodos que nos ayudarán a seguir ese ritmo.

La gestión clínica como área de conocimiento médico

La gestión clínica puede considerarse un área de conocimiento médico que aplica técnicas de gestión para obtener servicios asistenciales óptimos. Como cualquier actividad clínica, abarca actividades de diagnóstico, tratamiento e información. A diferencia de la clínica, sus técnicas básicas no son biomédicas sino epidemiológicas, analíticas, organizativas, tecnológicas y económicas. Quizá sus motivaciones principales sean el espíritu emprendedor de los clínicos y la voluntad de trabajar bien por, para y con los pacientes.

La gestión clínica como estilo de práctica clínica

La gestión clínica asume la eficiencia como un imperativo ético, incorpora la calidad como núcleo de la relación asistencial, busca la mejor evidencia como apoyo, vela por maximizar la efectividad de las intervenciones, se ocupa de analizar los resultados de la práctica, aplica guías de práctica clínica y utiliza métodos cuantitativos para la toma de decisiones. Considera la necesidad, la utilidad y el beneficio de las intervenciones en salud, y evalúa y controla la adecuación del uso de recursos asistenciales. Estudia la información disponible, incluida la relativa a los costes, para desarrollar un ciclo de mejora continua de sus procesos. Por último, trata de alcanzar la máxima satisfacción de los usuarios de servicios de salud cuidando tanto de los clientes internos como de los externos.

Funcionamiento del hospital

Para realizar la actividad clínica es imprescindible contar con una base de conocimientos sobre fisiología y fisiopatología humana. De la misma forma, para hacer gestión clínica es necesario conocer el funcionamiento de nuestra organización como sis-

tema en condiciones normales y anormales. La fisiología del hospital y sus alteraciones se describen con frecuencia a través de indicadores. Para conceptualizar y comprender los indicadores puede ser útil recordar brevemente cómo es la anatomía del hospital, sus mecanismos de regulación y las formas genéricas de disfunción (la patología general).

Anatomía del hospital

Los elementos de organización del hospital se muestran de forma esquemática en la Figura 12.2. Los grandes bloques estructurales se han organizado en forma de gráfica pero –utilizando un símil de sistema biológico– se han representado como un sistema de cámaras y conductos. La clínica tiene que ver con las cámaras pero en gestión los *tubos* son muy importantes.

El diagrama de flujos es un modelo simplificado del funcionamiento del hospital. Como instrumento de comunicación, permite presentar resultados de forma sintética. En su uso práctico, ayuda a establecer analogías clínicas comprensibles, aunque tiene una finalidad didáctica más que analítica.

Mecanismos de regulación

Los casos entran en el sistema por unos conductos de entrada; dentro del sistema, cada caso pasa por distintos bloques estructurales; algunos conductos tienen un efecto regulador del flujo de casos. El sistema se mantiene permanentemente bajo una presión asistencial que se origina en el área de salud o incluso fuera de ella (una señal de éxito). Existen determinadas estructuras, como los sistemas de *cita previa* o las *listas de espera*, con una función de control de la demanda y de regulación de la oferta. Debido a la abundancia de vías de comunicación entre bloques, el funcionamiento de cada elemento estructural o de cada conducto puede repercutir en el resto del siste-

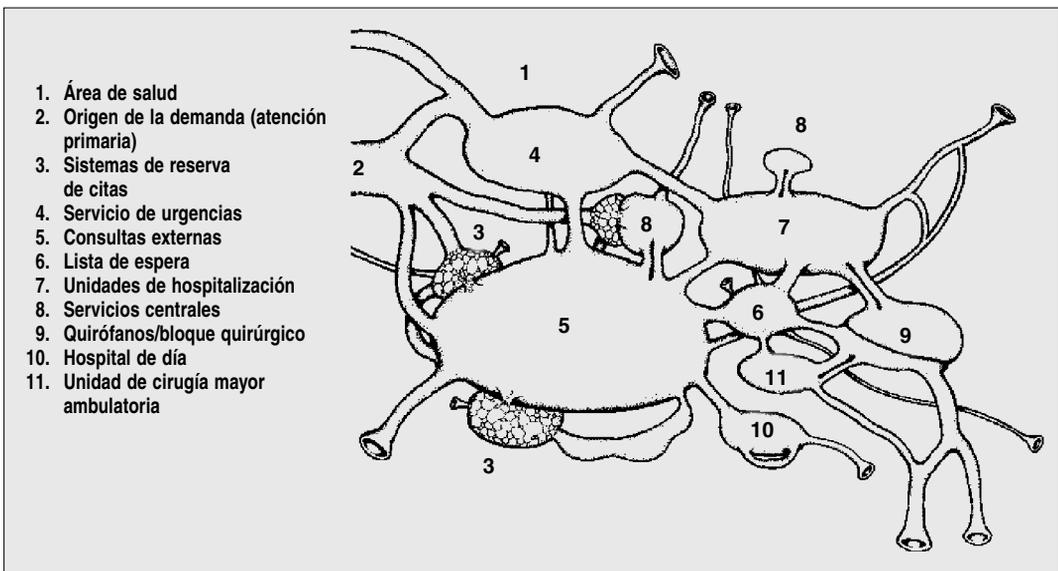


Figura 12.2. Flujo de casos en el hospital.

ma. A veces los casos (pacientes-problemas de salud) y los elementos que los acompañan (cuidadores no formales) tienen que circular contra *gradientes de presión*, y eso consume mucha energía organizativa. La información clínica y asistencial (historia clínica, bases de datos hospitalarias) tiende a moverse (al menos debería hacerlo) en paralelo con la circulación de pacientes; los obstáculos para la información clínica son también obstáculos para el manejo idóneo de los pacientes. Cámaras y conductos tienden a estar ricamente inervados por una red de captura e integración de datos conectada a los centros de información. Pero hoy sabemos que los buenos sistemas de información clínica *parcialmente descentralizados (con centros de decisión periféricos)* pueden contribuir a que los clínicos logren un funcionamiento óptimo y respondan con mayor rapidez a las demandas, antes de que éstas lleguen a producir un deterioro irreversible o repercutan en otros *órganos*. También sabemos que los buenos sistemas de gestión de pacientes evitan ciertas sobrecargas de trabajo, incomodidades y esperas innecesarias, contribuyendo a optimizar el uso de los recursos empresariales de acuerdo con los ciclos temporales de demanda y oferta, facilitando así la gestión de las relaciones con nuestros clientes. Los componentes del sistema proporcionan información a los órganos de decisión a través de datos en bruto, pero con esos datos se elaboran *indicadores asistenciales* (cuantitativos y cualitativos), *medidas del producto* (casuística y procesos) hospitalario y datos sobre *costes* analíticos (recursos consumidos) que pueden motivar decisiones de planeamiento o de gestión. Los financiadores externos buscan obtener un máximo rendimiento del sistema a través de los contratos de gestión y aplican mecanismos de planificación, financiación, control, evaluación, incentivos y penalización.

Alteraciones del funcionamiento del sistema

Estudiando las actividades realizadas y los productos finales de cada elemento del sistema podemos describir el funcionamiento del hospital en condiciones basales y también sus posibles alteraciones. Algunas cámaras tienen capacidad de dilatarse (a veces de forma irreversible), hipertrofiarse (con aumento de las necesidades) o contraerse (con disfunciones asociadas) como reacción ante ciertos estímulos internos o externos. Existen algunos elementos que actúan como válvulas reguladoras del flujo, configurando los gradientes de todo el sistema. Están presentes algunas vías de fuga o pérdida de casos, y se pueden observar fenómenos *análogos* a procesos de esclerosis, obstrucción, recirculación, cortocircuito o trombosis. Es, pues, todo un desafío para los gestores clínicos.

Obstáculos para la gestión clínica

De la misma forma que *no toda* la práctica médica puede estar basada en la evidencia científica, *no toda* la *gestión* sanitaria ha de basarse en evidencias científicas o en experiencias de gestión sometidas a evaluaciones formales y rigurosas. En *cualquiera* de los dos ámbitos, es habitual *pedir estudios o datos* que no sirven para obtener la información que *realmente* necesitamos, sin tener en cuenta que *cada dato tiene un coste*. Muchas actividades que se realizan no tienen *objetivos* bien definidos y, por tanto, es imposible valorar su efectividad real. Es frecuente que se elaboren documentos o informes que no sirven para fundamentar una buena toma de *decisiones*. Muchas veces se realizan diagnósticos incompletos o superficiales, sin analizar *toda la evidencia* disponible o interpretándola de forma incorrecta. Es usual que se apliquen medidas supuestamente correctoras sin base suficiente o claramente inapropiadas, bajo la influencia de dogmas y *prejuicios*. A veces se presentan o publican tra-

bajos con objetivos *confusos*, metodología *inadecuada* o interpretación *sesgada* de los resultados.

¿Para qué sirven los indicadores?

Los indicadores son datos con valores numéricos que, sometidos a seguimiento a lo largo del tiempo, proporcionan información sobre el funcionamiento de una organización y su entorno en aspectos como necesidades, recursos, demanda, oferta, accesibilidad, equidad, demora, actividad, producción, productividad, variabilidad, coste, resultados, utilización, rendimiento, calidad, eficacia, efectividad, eficiencia, utilidad, satisfacción o beneficio.

En general, los indicadores se comparan con objetivos internos y externos o bien con estándares internos y externos. La dimensión *tiempo* se incorpora a los informes sobre evolución de indicadores de diversas formas: valor actual del período analizado (horario, diario, de la jornada, semanal, mensual, *cuatrisesemanal*), acumulado de período (anual), acumulado interanual (doce meses), diferencia con un período anterior, porcentaje de variación, tendencia *interperíodos*, estacionalidad, diferencia con la mediana, *cuantil* respecto al canal de valores centrales estacionales, etcétera.

Los indicadores nos permiten aproximarnos a la realidad del funcionamiento del hospital, seguir los cambios que se producen a lo largo del tiempo, identificar los puntos fuertes y los puntos débiles y compararnos con nosotros mismos o con un modelo externo. En condiciones ideales, sirven para tomar decisiones de gestión bien fundadas y para monitorizar el efecto de estas decisiones sobre el funcionamiento de la organización. Permiten justificar adecuadamente la necesidad de nuevos recursos para incrementar la satisfacción de los profesionales y optimizar los valores de calidad, equidad y accesibilidad para favorecer a nuestra población de referencia. También facilitan la identificación de costes globales o marginales no productivos y permiten orientar adecuadamente las modificaciones de la cartera de servicios, la introducción de innovaciones y la adopción o el abandono de tecnologías médicas o asistenciales. Y, desde luego, facilitan la adaptación de los patrones organizativos y de gestión de relaciones con los clientes o la planificación a períodos largos de uso de los recursos.

Clases de indicadores

Existe un gran número de indicadores de gestión aplicables a la actividad de los hospitales. Para describirlos, se pueden agrupar según *lo que permiten medir*. Las magnitudes que se manejan pueden ser elementales o derivadas. Las magnitudes o características medidas a través de indicadores se enumeran en el Cuadro 12.2.

Sistemas de información: condicionantes

En las organizaciones sanitarias, la necesidad de contar con sistemas de información ha venido condicionada por tres tipos de necesidades generales:

1. Necesidad de controlar el gasto (evitar costes no productivos);
2. Necesidad de satisfacer a la población (facilitar mejoras), y
3. Necesidad de evaluar resultados de decisiones (gestionar los cambios).

Actualmente se acepta que los sistemas de información tienden a ser, además, un instrumento esencial para satisfacer las necesidades de soporte continuo al trabajo de los profesionales. Pero este objetivo está todavía lejos de alcanzarse.

CUADRO 12.2 Magnitudes y dimensiones de los indicadores

Necesidades	Estados o condiciones que hacen aconsejable una intervención de salud.
Demanda	Manifestación de la voluntad de recibir asistencia sanitaria.
Demora	Intervalo entre el momento en que se manifiesta una demanda asistencial pendiente y un momento de estudio (punto de corte).
Espera	Intervalo entre el momento en que se manifiesta una demanda asistencial y el momento en que fue atendida o cancelada por incomparecencia no prevista.
Recursos	Elementos humanos, materiales, instalaciones y financiación con los que cuenta un hospital o unidad para desarrollar su actividad.
Necesidad	Condición de un servicio o intervención que puede tener efectos deseables en los niveles de salud de una población.
Accesibilidad	Condición que permite a los usuarios potenciales de un servicio hacer uso de él sin obstáculos o limitaciones inadecuadas.
Equidad	Distribución justa de la prestación de servicios entre los usuarios potenciales que presentan niveles de necesidad equivalentes. « <i>Para eso pago</i> » tiene poco que ver con la equidad si las necesidades no son equivalentes.
Actividad	Actuaciones asistenciales, docentes y de investigación realizadas por un hospital o unidad. A fin de facilitar las mediciones y la comparabilidad, las actividades se definen en documentos normativos elaborados por los servicios centrales de cada servicio de salud con la colaboración de los hospitales.
Eficacia	Es la relación entre los objetivos o resultados previstos y los alcanzados (OMS). Capacidad de una intervención de salud para producir un cambio deseable. En medicina y epidemiología clínicas, el término «eficaz» se utiliza para indicar que una intervención es capaz de alterar la historia natural de una situación (síntoma o enfermedad) <i>en condiciones ideales</i> (pero no necesariamente experimentales).
Efectividad	Capacidad de una intervención para producir efectos mensurables en salud (vidas salvadas, casos curados a los 5 años, años de vida ganados, tasa de reingresos) cuando se aplica <i>en condiciones y entornos reales o habituales</i> de asistencia. El hecho de que un cambio se produzca realmente con la acción tomada. Por ejemplo, en el caso anterior la efectividad de un fármaco depende no sólo del propio fármaco sino también de su correcta prescripción y de que el paciente siga la pauta de administración correcta («¿te has tomado el supositorio?»).
Eficiencia	Relación entre los <i>productos o resultados asistenciales</i> y los <i>recursos utilizados</i> (o sus costes equivalentes). Es una razón aritmética: efectos/coste. Los efectos pueden ser productos intermedios (consultas, estancias, urgencias, radiografías) o finales (GRD, pacientes rehabilitados). Casi todas las mediciones de eficiencia que se pueden realizar informan sobre <i>eficiencias parciales</i> . El concepto de eficiencia se relaciona con el mejor modo de producir un cambio y se relaciona con la forma más económica de obtenerlo. Por ejemplo, en el caso del fármaco, usar el más barato de entre todos aquellos equivalentes que pueden indicarse y usarlo en la cantidad mínima necesaria.
Coste	Expresión económica del esfuerzo de una organización para realizar una actividad o prestar apoyo a quienes la realizan, así como para mantener la infraestructura común de la propia organización. No todo coste se asocia a un pago; existen costes financieros asociados a la depreciación de los bienes. Los costes se miden o estiman con mecanismos contables muy elaborados. La amortización de inversiones es un gasto.
Utilización	Razón entre el nivel real de uso de un recurso y el máximo nivel teórico alcanzable; generalmente se aplica para tiempos de ocupación de instalaciones asistenciales. Optimizar la utilización es un objetivo legítimo, pues permite generar capacidad ociosa en ciertas instalaciones y facilita obtener los mismos efectos

CUADRO 12.2 (Cont.)

	efectos con menos gasto. Reducir la utilización <i>inadecuada</i> puede ser poco «efectivo» si no estamos dispuestos a deshabilitar (cerrar) recursos (p. ej., cerrar camas y sustituirlas por instalaciones para cuidados ambulatorios o por espacios de trabajo para los profesionales del centro).
Adecuación	Grado de correspondencia entre el uso de un recurso y la actuación deseable expresada en una norma (protocolo).
Rendimiento	Cantidad de unidades de <i>producción</i> obtenidas de la utilización de un recurso o combinación de recursos durante un tiempo definido. En general, medir un rendimiento exige definir previamente cuál es el producto, y se expresa en unidades de producto por intervalo de tiempo de funcionamiento. Con frecuencia se usa «rendimiento» cuando realmente se habla de «ocupación». Un quirófano en el que se opera muy despacio puede tener alta ocupación, pero su rendimiento es bajo.
Producción	Cantidad de unidades de producto o servicio obtenidas de la utilización de un recurso.
Valor relativo	Cantidad equivalente normalizada en consumo de recursos que corresponde a una unidad de producción.
Productividad	Cantidad de unidades de valor relativo equivalentes a la producción de un recurso por unidad de tiempo.
Casuística	Variedad, frecuencia, complejidad y/o coste estimado de los procesos atendidos.
Calidad	Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie (definición de la Real Academia Española).
Resultados	Efectos o consecuencias obtenidos de una intervención asistencial: evitar muertes, diagnosticar correctamente, curar enfermedades, rehabilitar con éxito...
Utilidad	Efecto cuantificado en unidades de valor humano (QALY, DALY). Un año de vida dura un año; un año de vida <i>ajustado por calidad de vida</i> (AVAC o QALY) dura un año en una persona con calidad de vida normal (valor 1) pero dura dos años en una persona con mala calidad de vida (valor 0.5). La valoración de la utilidad tiene un acusado componente subjetivo. Son los pacientes y no los profesionales los que deciden qué resultado de salud les parece más útil. Existen métodos adecuados para asignar utilidades estándares a los resultados de salud.
Beneficio	Efecto cuantificado en unidades monetarias. Para medir un beneficio se necesita asignar un valor monetario a cada resultado de salud (o a cada no-resultado).
Satisfacción	Relación entre los efectos obtenidos y las expectativas de un paciente o usuario de los servicios.
Cobertura	Grado de coincidencia entre la población que accede realmente a una intervención de salud y la que debería acceder según las especificaciones de un programa.
Estándares	Valores utilizados a efectos de comparación. Equivale a estándares de referencia.
Desviación	Cociente entre la diferencia de realización a objetivo y el objetivo previsto.
Variación	Cociente entre la diferencia de realización en dos períodos diferentes y la realización del primer período.
Índices de comparación	Valores numéricos obtenidos de la comparación de indicadores del hospital o unidad con los estándares de referencia. Pueden utilizarse razones aritméticas.
Impacto	Desviación acumulada por un conjunto de casos o unidades. Producto de la desviación media por el número de casos o unidades. Es una forma de calcular indicadores ponderados por la frecuencia absoluta de los elementos o sucesos de interés; permite asignar prioridades en función de la intensidad de los efectos de intervenciones sobre cada caso individual, pero también en función de la frecuencia de cada tipo de casos.

Sistemas de información: fundamentos

En general, se acepta que los sistemas de información son elementos *subordinados* del negocio, pero potenciarlos es una opción de alto valor estratégico. Hoy existen métodos de *efectividad probada* para obtener la información que se puede necesitar en actividades de gestión clínica.

Sucede con frecuencia que la fuente de los datos que permiten elaborar la información que más interesa para la toma de decisiones es *uno mismo* (individualmente o como parte de un grupo). Pero en todas las organizaciones existen técnicas de información y acciones de *contrainformación* (Tabla 12.1).

Reflexiones acerca de la información sanitaria

Las organizaciones sanitarias producen información (en buena parte, de valor crucial) de forma intensiva, pero no la manejan inteligentemente como recurso. La información que producen es muy compleja, pero suele estar poco estructurada. Los procesos de gestión de información generan costes importantes, pero escasa satisfacción global.

La información es *uno* de los recursos más importantes con los que cuentan las organizaciones, y tiene un valor *estratégico*: su análisis permite elaborar un *diagnóstico* de la situación y su uso adecuado nos permite *mejorar* la posición de la empresa. Pero la información puede ser *el recurso* más importante con que cuentan las organizaciones cuya actividad se basa en el *conocimiento*. Las organizaciones sanitarias pertenecen a este grupo.

El ciclo estratégico y la gestión clínica

La planificación estratégica es una disciplina fundamental de la ciencia de administración que dota de un marco conceptual y metodológico a los gestores, y entre ellos a los gestores clínicos. Las fases de la planificación estratégica se resumen en la Figura 12.3 y se relacionan con los *ciclos* habituales de gestión en las instituciones sanitarias.

TABLA 12.1 *Acciones de contrainformación: ejemplos.*

Fase	Acción	Defectos
Antecedentes	<i>Dile a X que me mande <u>para hoy mismo</u> un informe sobre el número de <u>chismes</u>...</i>	Canal inadecuado. Plazo arbitrario Falta de definiciones
	<i><u>No me cuadra</u> la cantidad de chismes que me <u>habéis</u> dado...</i>	Desconocimiento Confusión
	<i>...(Ni siquiera son <u>capaces</u> de contar los chismes)...</i>	Prejuicio
Resultados	<i><u>Indudablemente</u>, el volumen de chismes indica que hemos de tomar la decisión A...</i>	Falta de base
	<i>Por desgracia, sin conocer el número de chismes <u>no podré</u> tomar ninguna decisión...</i>	Falta de voluntad
	<i>Habrà que montar <u>una nueva estructura</u> para registrar y contar el número de chismes...</i>	Intereses

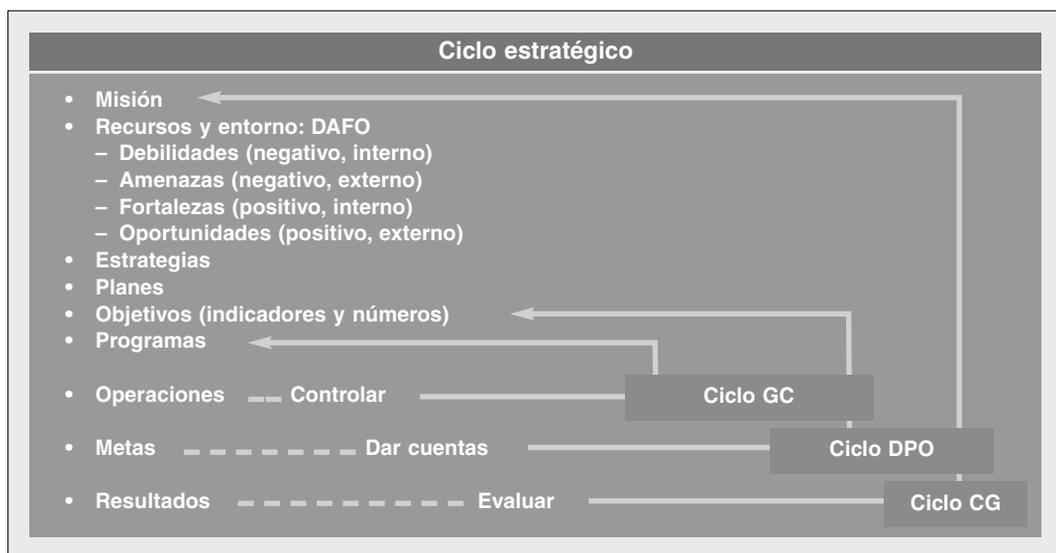


Figura 12.3. Fases del ciclo estratégico y relaciones con los ciclos de contrato de gestión (CG), dirección participativa por objetivos (DPO) y gestión clínica (GC).

Dado que el ciclo de gestión clínica se encuentra «anidado» en un ciclo de mayor escala (DPO), es lógico que sus instrumentos de control y adquisición de conocimiento sean en alguna medida diferentes de los que corresponden a los otros ciclos considerados «mayores».

Medida de la actividad en la práctica clínica: ¿es eso suficiente?

La medida de la actividad no *es más que uno de los aspectos* que hay que tener en cuenta en los sistemas de información para gestión clínica. Para que los gestores clínicos estén correctamente informados, debemos considerar, por un lado, los hechos asistenciales que se van a gestionar (deben estar bien definidos y normalizados) y, por otro, un conjunto de dimensiones y escalas (suficientemente conocidos por todos los actores involucrados en los procesos de gestión).

En caso contrario tenderemos a hacer *muchas* cosas, pero difícilmente lograremos hacer *correctamente* las *cosas correctas*, contribuyendo a mejorar los flujos de casos de la organización, con una demora razonable, incorporando valor a los productos y servicios, con un nivel de calidad adecuado, a un coste sostenible y con resultados óptimos.

Sistemas de información: hechos y dimensiones

En un sistema de información bien estructurado, debemos considerar como hechos asistenciales susceptibles de medición, control y evaluación al menos los siguientes (Fig. 12.4):

1. Demanda: volumen, demoras, cancelaciones, reprogramaciones.
2. Demora: retardo, espera, total, retrospectiva, prospectiva.

Sistemas de información: hechos y dimensiones
+ / +++++ indica nivel de desarrollo de instrumentos de información

	Cantidad	Calidad	Variedad	Innovación	Coste	Evidencia
Demanda	+++	+	++/+	+		+
Demora	+++	++	+++		+	+
Recursos	+++	++	++	+	++++	++
Actividad	++++	+++	++	+++	+++	+
Flujos	++	+	+	++		
Producción	+++	++	+++	++	+++	++
Resultados	+	+	+			+

Color de fondo indica satisfacción/insatisfacción con los sistemas disponibles.

Figura 12.4. Matriz de hechos asistenciales y dimensiones de gestión.

3. Recursos: dotación, horario, ocupación, utilización, amortización.
4. Actividad: tipo, distribución.
5. Flujos: origen, destino, motivo, adecuación, fluctuaciones.
6. Producción: tipificación, volumen, consumos, variabilidad.
7. Resultados: supervivencia, salud, AVAC, satisfacción, beneficio.

Y también debemos tener en cuenta, como mínimo, las siguientes dimensiones por cada hecho asistencial que decidamos controlar:

1. Cantidad: volumen, intensidad.
2. Calidad: estructura, procesos, resultados.
3. Variedad: cartera, cobertura.
4. Coste: volumen, ratios, comparación.
5. Innovación: ideas, recursos, soporte.
6. Evidencia: selección, preferencias, práctica.

Valoración de la matriz de hechos y dimensiones

Podemos visualizar en una tabla matricial de filas y columnas estos hechos y dimensiones; esa organización de datos nos permite sistematizar nuestro análisis del nivel de desarrollo de cada asociación (hecho-dimensión), así como emitir juicios (subjetivos) sobre la satisfacción (personal o de la organización en conjunto) con cada una de las asociaciones. Nivel de desarrollo y nivel de satisfacción pueden no coincidir, ya que todos los aspectos no tienen por qué considerarse cruciales en nuestra institución o unidad concreta.

Componentes y organización

En una organización que decida iniciar programas de transferencia de poder decisorio a los gestores clínicos, resulta esencial que el flujo de información siga un ciclo cerrado. Interesa que los resultados de las evaluaciones lleguen con la mayor agilidad posible hasta aquellas *fuentes de información* o *unidades de ejecución* que tengan

poder de decisión directa. En un sistema descentralizado hay decenas o cientos de centros de decisión real.

Puede ser necesario reforzar, al menos en las etapas iniciales, la capacidad de control de los flujos de información para garantizar que el ciclo se desarrolle adecuadamente, sin retrasos ni pérdidas (Fig. 12.5).

Sistemas de información: niveles clásicos

En un sistema centralizado de decisión, la representación gráfica de las relaciones entre elementos de los sistemas de información se organiza tradicionalmente en forma de pirámide (Fig. 12.6).

En la base están los sistemas operativos, ligados directamente a las transacciones administrativas y a las actividades de atención directa.

En el estrato intermedio, los elementos del nivel táctico facilitan el control y la validación de los datos sobre transacciones. A pesar de que pueden contar con elementos de depuración y control de errores, el enfoque utilizado suele ser dependiente de los valores codificados que se hayan utilizado en las transacciones, y de los valores y descripciones tipificadas introducidos en tablas de referencia; por tanto, su alcance como instrumentos analíticos es muy limitado.

En la cúspide se encuentra el nivel estratégico. Actúa como receptor de productos o servicios elaborados y complejos; en general, no conserva vínculos directos con la información «en bruto», ni siquiera con repositorios, series estadísticas o bases de datos temporales. Su nivel de resumen es tan concentrado que, para ser de utilidad en la toma de decisiones de unidades funcionales, ha de complementarse con informes específicos o estudios dirigidos, que suelen ser responsabilidad del nivel táctico. En ese proceso, los responsables de la toma de decisiones pueden perder el hilo conductor que lleva de las desviaciones de un indicador a aquellos hechos elementales que han tenido un mayor impacto o influencia en la génesis de dichas desviaciones.

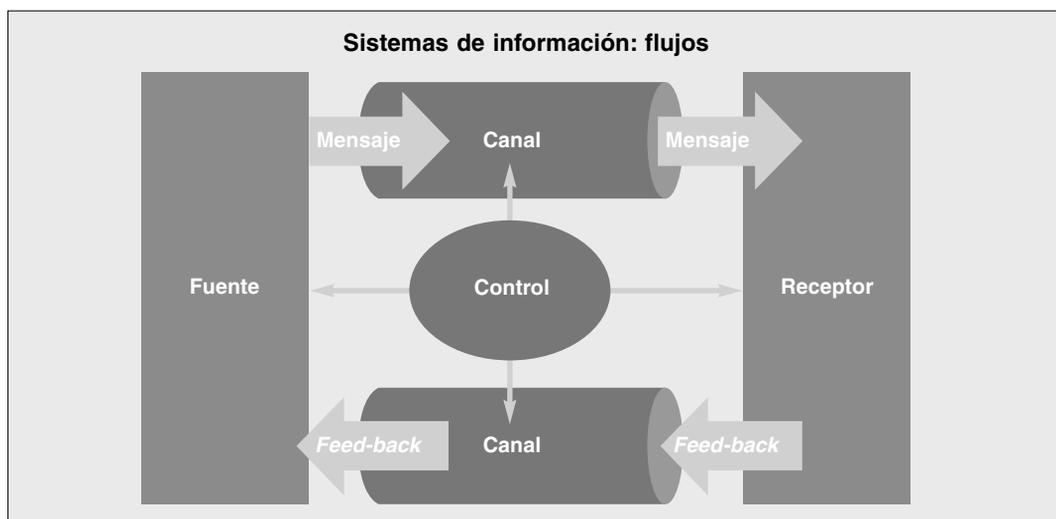


Figura 12.5. Canales y control en los sistemas de información. Fuente: López Domínguez (comunicación personal).



Figura 12.6. Los niveles jerarquizados clásicos de los sistemas de información.

En este tipo de esquema de trabajo, los gestores clínicos poco precavidos pueden verse atrapados en un circuito continuo entre los «gestores con poco tiempo para analizar», los «técnicos con poco tiempo para depurar y administrar» y los «operadores con poco tiempo para formarse o consultar dudas». En lugar de un sistema de información pueden encontrarse inmersos en una ceremonia de la confusión, con múltiples interlocutores que ignoran información importante para obtener una visión global de los problemas.

Sistemas de información: niveles para la transición

Durante la transición a la gestión clínica y a la toma de decisiones descentralizada, los

responsables de información del nivel táctico estarán llamados a dar soporte a nuevos sistemas operativos de orientación clínica (Fig. 12.7).

El apoyo a la toma de decisiones ha de ser tan ágil y directo que se necesitará confiar a los gestores clínicos tareas de control y detección de problemas con instrumentos sencillos, pero potentes, de acceso a la información. Incorporar *información clínica codificada* se convertirá en una exigencia cada vez más común, y será necesario que quienes deben contribuir a enriquecer el contenido informativo clínico de las bases de datos médico-asistenciales obtengan beneficios directos o contrapartidas relevantes de su participación. Muchos clínicos expertos consideran que los «premios» de información (ahorrar trámites burocráticos, facilitar las actividades de asesoramiento a los pacientes, mejorar circuitos administrativos) serán un aliado importante para estimular a los profesionales en este proceso.

En este esquema, distintos sistemas operativos básicos de enfoque limitado y especializado estarán controlados por un nivel táctico capaz de interactuar mediante esquemas de interfaz con múltiples subsistemas clínico-administrativos (Fig. 12.7). La transcodificación se convertirá en una técnica habitual para armonizar la diversidad de abordajes locales de clasificación de datos con la exigencia de explotaciones centralizadas que garanticen la evolución de la infraestructura de información y el desarrollo equitativo de los servicios a los ciudadanos. A veces, los niveles tácticos tendrán ámbito multicéntrico y serán controlados por los responsables de la coordinación entre centros asistenciales.

Existirá un nivel estratégico capaz de comunicarse con los sistemas operativos clínicos y económicos. Las actividades transversales de información (codificación y clasificación centralizada, vigilancia de desviaciones) servirán de apoyo a este nivel.

Sistemas de información: hacia una arquitectura de componentes intercambiables

Para que los sistemas de información sean capaces de responder con agilidad y oportunidad a las exigencias del entorno, preservando su capacidad de incorporar los avances metodológicos y tecnológicos que se producen de forma continua, deben



Figura 12.7. Niveles de los sistemas de información para la transición a la gestión clínica.

contar con una arquitectura de múltiples componentes intercambiables. En lugar de tender a una unificación tecnológica que los puede hacer vulnerables a cambios externos (tecnologías, proveedores, presupuesto de inversiones, estándares del sector, prioridades de política sanitaria), se debe estimular la implantación de pequeños subsistemas susceptibles de control interno o, en ciertos casos, de provisión externa con un volumen de recursos económicos limitados.

Ahora bien, la interfaz de comunicación e información compartida entre los subsistemas será objeto de un control muy estricto por la organización, ya que es lo que permite que ninguno de los elementos sea insustituible. En la Figura 12.8 se presenta un ejemplo de arquitectura de sistema de información asistencial basado en múltiples componentes compatibles y coordinados. Algunos de los componentes ni siquiera están basados principalmente en aplicaciones informáticas, y de hecho se pueden insertar en la arquitectura elementos de procesamiento manual. Algunas tecnologías actúan como capa intermedia para hacer posible un flujo continuo y eficiente de información sin necesidad de contar con un macrosistema integrado que responda a *todas* las necesidades de los distintos usuarios.

Si ya en la etapa de sistemas de información para la gestión gerencial era interesante este enfoque, lo es más aún cuando nos disponemos a cubrir necesidades heterogéneas de múltiples centros de decisión.

Técnicas de análisis de información

Lo más visible y costoso de las operaciones de tratamiento de información no deberían ser los meros procesos de cálculo. Incorporar ciertas tecnologías a nuestro entorno puede hacer que resulte más fácil la implantación de técnicas analíticas avanzadas a un coste muy razonable, aprovechando así el potencial de las bases de datos administrativas.

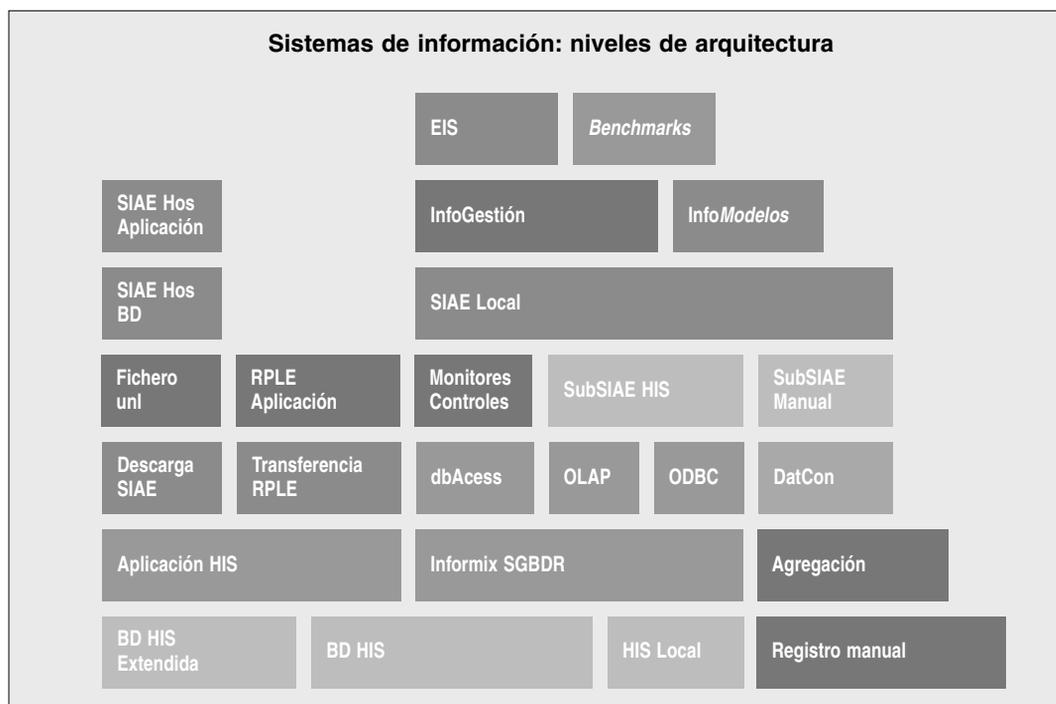


Figura 12.8. Un ejemplo práctico de arquitectura de sistema de información basado en múltiples componentes compatibles y coordinados. La gestión de cada componente puede ser responsabilidad de un equipo. Los estratos inferiores pertenecen a la infraestructura o proporcionan almacenamiento. Los intermedios son transaccionales o de interfaz. Los superiores suelen asociarse a explotación y análisis.

Objetivo

El objetivo directo de las técnicas de análisis de información consiste en hacer un uso óptimo de las bases de datos clínico-administrativas. La incorporación de la capacidad analítica de los paquetes ofimáticos ayuda a descentralizar la información para que sirva a la toma de decisiones. En una situación ideal, los mecanismos de *diagnóstico* de gestión automatizados coexisten con sistemas de consulta personalizables; como consecuencia de ello, la búsqueda y recolección de información, el filtrado de la información relevante y la búsqueda de hipótesis explicativas de los fenómenos observados no resultan una carga de trabajo disuasoria para las personas que se incorporan a actividades de gestión.

Servicios de Admisión y Documentación Clínica: papel actual y futuro

Las organizaciones ya conocen el valor de la información. Durante años, alguien ha tenido que servir de enlace entre los *equipos* directivos y la *función* de sistemas de información. Este trabajo de enlace ha servido para alinear las prestaciones de los sistemas de información con las estrategias corporativas. En muchos casos, se ha conseguido favorecer las iniciativas que aportan valor y ello puede haber contribuido a mejorar la posición de las organizaciones.

Pero los servicios de Admisión y Documentación Clínica (SADC) han de afrontar a muy corto plazo un nuevo papel, orientado a facilitar la descentralización de la gestión de pacientes y a optimizar la disponibilidad de información clínico-asistencial. Sin abandonar la posición de enlace (que tiene un alto valor añadido al permitir detectar nuevas necesidades), tendrán que asumir la responsabilidad de desarrollar, sostener y anticipar una buena infraestructura de sistemas de información para directivos, profesionales y *pacientes*. Éste es un papel emergente, pero será una de las funciones predominantes dentro de cinco años. En el nuevo entorno de trabajo, para los SADC será útil aplicar algunos principios prácticos:

- Las buenas ideas se deben desarrollar rápidamente (una vez filtradas).
- Quien no escuche a los usuarios quedará al margen en las decisiones.
- La realidad está fuera del despacho.
- Las tecnologías son un instrumento, pero las personas no tenemos por qué serlo.

Instrumentos analíticos

Creemos que merece la pena mencionar al menos algunos conceptos sobre tecnologías y métodos que nos pueden ayudar a desarrollar con éxito sistemas de información para la gestión clínica. Si bien su aplicación práctica puede ser primordialmente responsabilidad del personal técnico, un conocimiento básico de las características de estos instrumentos debe formar parte de la cultura de gestión de los actores involucrados en los sistemas de información, con independencia de su papel concreto (Fig. 12.9).

SQL

La sigla SQL corresponde al *Structured Query Language* (lenguaje estructurado de consulta). Se trata de un lenguaje de modelización de datos y consulta a bases de datos que se basa en el llamado *modelo relacional* (*Boyce-Codd*) de representación de información. De acuerdo con este modelo, toda información se almacena en tablas. Las filas corresponden a registros (objetos o hechos registrables) y las columnas a los atributos de cada registro (identificadores, características o valores de enlace).

Como tecnología, el SQL es en la práctica un estándar mundial para introducir y extraer información de las bases de datos relacionales. La mayor parte de las organizaciones sanitarias utilizan bases de datos relacionales para almacenar su información clínico-asistencial y económica. Argumentar hoy que el SQL es cosa de técnicos revela una visión tan limitada como afirmar que extraer *datos* de una historia clínica es responsabilidad del personal del archivo.

El lenguaje SQL incluye en realidad dos sublenguajes llamados DDL y DML: el primero sirve para definir



Figura 12.9. Instrumentos analíticos potencialmente útiles en el desarrollo de sistemas de apoyo a las decisiones en gestión clínica.

estructuras de datos (este sublenguaje sí concierne sobre todo a los técnicos) y el segundo es el que permite consultar y modificar datos.

En el Cuadro 12.3 se presenta un ejemplo de sentencia SQL que extrae ciertos datos de un fichero de pacientes. Gran parte de la potencia del SQL radica en la posibilidad de obtener datos de varias tablas diferentes con una sola consulta; la posibilidad de **cruzar** datos de forma automatizada cuenta, así, con un potente mecanismo de control.

Las diferentes aplicaciones de SQL (según el fabricante de cada paquete de *software*) pueden añadir funcionalidades complementarias que refuerzan la potencia de este lenguaje. Con los datos que se encuentran disponibles en cualquier hospital, conocer algunos detalles de cada aplicación puede permitirnos desarrollar productos de información más potentes y eficientes. Esto, por sí solo ha representado un incentivo importante para informatizar la gestión de los hechos asistenciales. Pero el proceso debe continuar.

ODBC

El protocolo ODBC (*Open DataBase Connectivity*) posibilita la comunicación de aplicaciones «cliente» con bases de datos relacionales. Utiliza el SQL como lenguaje de consulta, y permite explotar las bases de datos corporativas desde un ordenador personal con la ayuda de aplicaciones ofimáticas dotadas de dicho protocolo.

Por medio de ODBC es factible, para usuarios que no son profesionales de la informática, crear modelos de análisis de información de características extremadamente potentes y muy ágiles. Los modelos se basan en hojas de cálculo u otros tipos de aplicaciones y extraen la información en bruto o parcialmente elaborada de las bases de datos corporativas accesibles a través de consultas SQL. Con esquemas de seguridad adecuados, es posible proteger los datos de posibles manipulaciones o fallos, incluso si se trata de usuarios con limitada experiencia en el uso de bases de datos (Fig. 12.10).

CUADRO 12.3 Un ejemplo de una sentencia SQL y un comentario que explica su significado.

```
select
  numerohc, apellido1, apellido2, nombre, fechanac
from pacientes
where sexo = 1
order by fechanac
```

{esta consulta selecciona (y organiza en forma de tabla) los datos

número de historia clínica,

primer apellido,

segundo apellido,

nombre y

fecha de nacimiento

de los registros contenidos en la tabla pacientes (nuestro fichero maestro de pacientes)

donde se cumpla la condición de que...

la columna (dato) sexo contenga el valor 1 (por convenio suele ser el código para «hombre»)

y el resultado lo ordena por fecha de nacimiento (en orden ascendente, dado que no se especifica)}

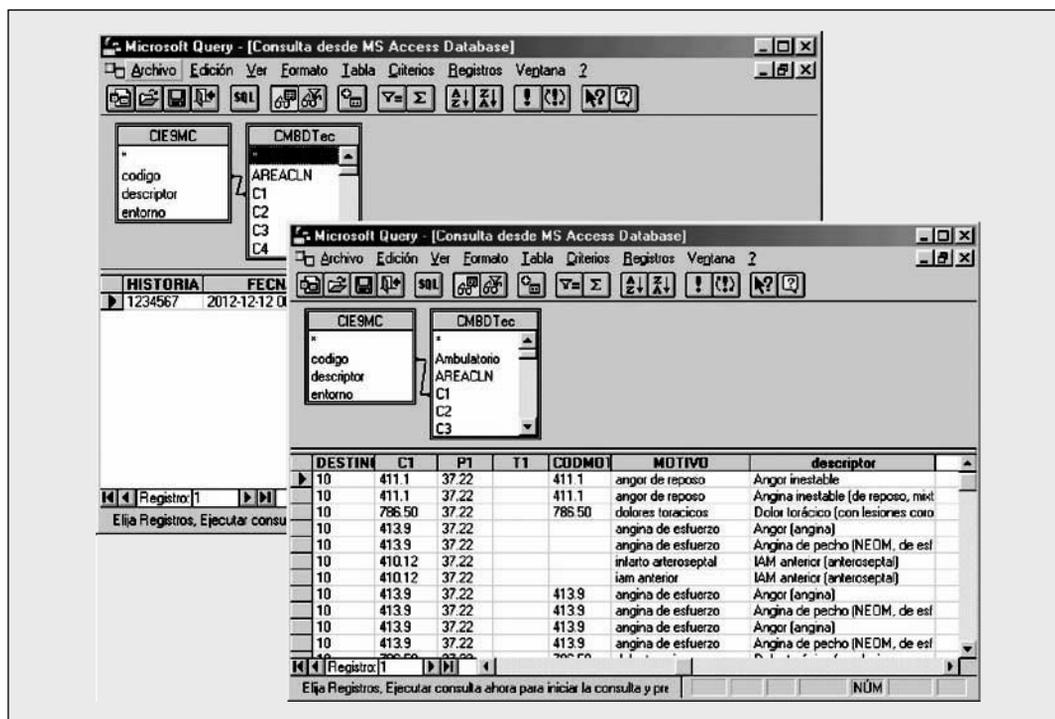


Figura 12.10. Un acceso a una base de datos desde Microsoft Query^(TM) por vía ODBC permite configurar una consulta mediante una interfaz visual.

Cuando las consultas ODBC a las bases de datos corporativas se combinan con la capacidad de las hojas de cálculo, tablas dinámicas y otros métodos analíticos, las posibilidades de desarrollo rápido de aplicaciones y prototipos se multiplican. La incorporación de esta tecnología es muy recomendable al iniciar proyectos de explotación directa de las bases de datos médico-administrativas.

Hojas de cálculo y tablas dinámicas

Las tablas dinámicas facilitan la aplicación de métodos de análisis muy potentes sobre bases de datos remotas y locales. A través de una interfaz muy intuitiva basada en objetos gráficos, cada usuario elige los hechos, variables y dimensiones que desea analizar (Fig. 12.11) para construir tablas de estructura variable que presentan datos en bruto o calculados. Sus opciones de agrupación, filtrado, ordenación y formato son útiles para construir sistemas de información ejecutivos flexibles, o incluso como componente de productos estandarizados, publicables.

Pero la principal ventaja de las tablas dinámicas es su rápida respuesta. Un usuario experto y con autorización de conexión a las bases de datos de la organización puede dar una respuesta muy ágil a casi cualquier consulta sobre datos asistenciales (siempre, claro está, que estén oportunamente registrados y sean fiables).

Para usar una tabla dinámica desde un modelo de hoja de cálculo, el primer paso consiste en introducir los datos en bruto que se desea analizar o cargar dichos datos de una fuente externa. En los paquetes de *software* más extendidos, se suele activar en ese momento el asistente para tablas dinámicas; entonces se procede a especificar las características de la tabla, seleccionando qué criterios dividirán el informe en pági-

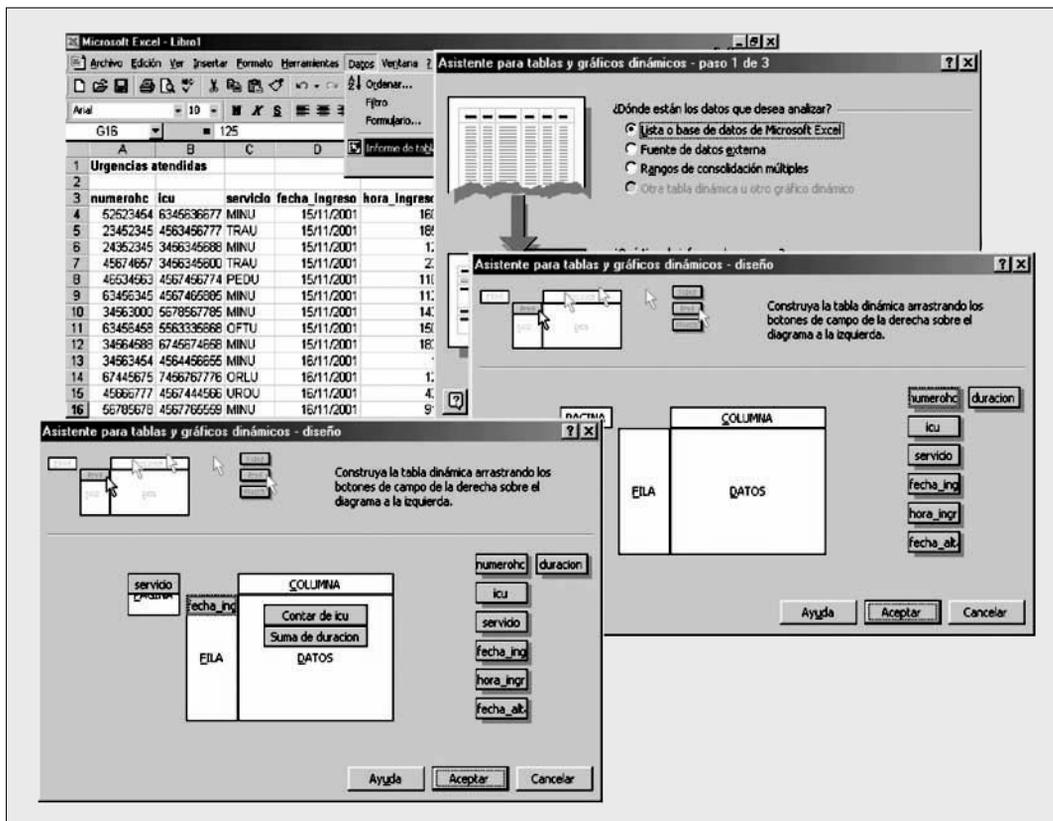


Figura 12.11. Las tablas dinámicas son un instrumento básico para obtener respuestas ágiles en sistemas de información de apoyo a la toma de decisiones.

nas; a continuación se seleccionan los criterios (variables, dimensiones o ambas) que permitirán agrupar resultados en filas y columnas. La selección de datos cualitativos o cuantitativos permite, finalmente, añadir recuentos o agregaciones con funciones estadísticas básicas o avanzadas.

Repositorios de datos

Los repositorios de datos con dimensión temporal han dado una ventaja competitiva a muchas empresas del mundo de los servicios. Representan una forma de optimizar la disponibilidad de información elaborada y de alto nivel a partir de bases de datos de transacciones administrativas. Con menos granularidad y más agregación que la existente en las tablas de transacciones, se obtiene una mayor capacidad de respuesta. La aplicación principal de los repositorios suele estar relacionada con estudios de análisis de distribución temporal de la demanda o problemas de optimización de operaciones.

Esta aplicación no difiere mucho de otra que ha obtenido numerosos éxitos en el mundo empresarial. Grandes organizaciones de venta y financiación de artículos de consumo han aplicado esta tecnología y sus métodos analíticos al análisis de la demanda de artículos de consumo; operadores globales de comercialización y reserva de plazas en líneas de transporte aéreo la han usado para estudiar los patrones de desplazamiento de viajeros; operadores de telefonía móvil la utilizan para dimensio-

nar y optimizar servicios GSM a partir de datos agregados sobre uso de telecomunicaciones.

Minería de datos y visualización de datos

Las tecnologías de minería de datos, descubrimiento automatizado y visualización avanzada de información estadística ofrecen un potencial interesante para las organizaciones de servicios (Fig. 12.12). Este potencial ha sido poco explorado en aplicaciones sanitarias, pero es muy probable que los retos planteados por las necesidades de los gestores clínicos supongan un estímulo para explorar estas tecnologías y aprovechar sus posibilidades de refuerzo de la comunicación de información y conocimiento.

OLAP

La tecnología OLAP (*On-Line Analytic Processing*) es uno de los instrumentos que tienden a poner al alcance de la mayoría de los usuarios las técnicas analíticas de repositorios de datos. Aunque su implantación ha sido muy limitada en nuestro medio, esta tecnología está detrás de varios sistemas de recuperación de información agregada del CMBD en servicios de salud, instituciones oficiales y compañías consultoras. La agregación de datos en función de un diseño orientado a los patrones comunes de explotación estadística permite aislar los registros individuales del acceso externo, pero proporciona mecanismos para obtener informes estadísticos multidimensionales con tiempos de respuesta óptimos, a pesar de actuar sobre bases de datos de volumen masivo procedentes de sistemas de registro multicéntricos.

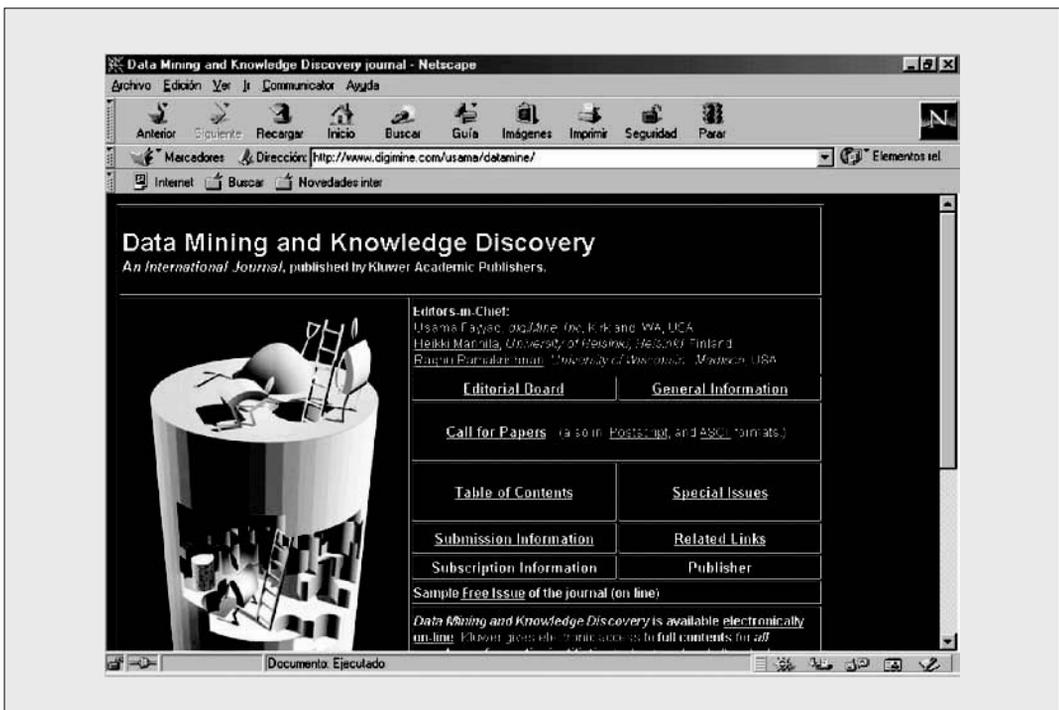


Figura 12.12. Página web de la revista online *Data Mining and Knowledge Discovery* (<http://www.digimine.com/>).

Tablas de referencia (ficheros maestros locales, tablas de transcodificación)

Para bien o para mal, no todos los datos que necesitamos para nuestros análisis están en las tablas de los sistemas de información hospitalarios. El análisis de los diccionarios de datos asociados a las bases de datos corporativas (en el supuesto de que estén al alcance de la organización propietaria de la información) permite observar que, a pesar de las indudables mejoras en estructura y normalización formal de las tablas de los sistemas de información de hospitales, existen muchas lagunas de información que imponen costes adicionales de procesamiento, cálculo y recodificación de datos cuando se quieren obtener informes basados en datos que no tienen soporte informático.

Es inevitable aceptar que no todo puede estar previsto. Pero incluso datos contenidos en el modelo de información y controlados por las aplicaciones pueden tener una baja tasa de cumplimentación en la práctica, o bien presentan duplicados internos no detectados. Ciertos análisis que implican cruce de tablas que puedan contener valores nulos o duplicados, pueden producir resultados incorrectos si no se tiene en cuenta esta posibilidad en el momento de elaborar las consultas a la base de datos.

Las tablas de referencia locales proporcionan flexibilidad en la explotación de datos y son la alternativa de elección, siempre preferible frente a la «sobrecarga» de datos (usar una columna de la base de datos para contener valores que no son los previstos inicialmente) para cubrir las carencias de la estructura de las tablas disponibles.

En algunas tablas maestras puede ser necesario incorporar columnas de transcodificación. Sus valores nos permiten mantener la estabilidad de los códigos usados en registros históricos sin entorpecer la respuesta a nuevas necesidades de clasificación o agrupación.

Paquetes estadísticos

En gestión sanitaria, la mayor parte de nuestro esfuerzo se dedica a recopilar información fiable. El uso de técnicas estadísticas mejora la fiabilidad de nuestra información y nos aporta conocimiento. La aplicación de técnicas estadísticas es mucho más sencilla si la información se organiza adecuadamente. Los paquetes estadísticos facilitan la explotación de datos con un esfuerzo muy razonable. Conviene revisar a fondo la idea de que los paquetes estadísticos son difíciles de usar, ya que se han producido mejoras continuas y hoy la interfaz de usuario es tan intuitiva como la de cualquier paquete ofimático. En resumen, los paquetes estadísticos permiten hacer viables ciertos análisis estadísticos que de otro modo no estarían a nuestro alcance por su elevado coste en tiempo y esfuerzo.

Los paquetes estadísticos pueden tener una orientación estadística pura o más bien epidemiológica. Dadas sus aplicaciones potenciales, deben formar parte de la biblioteca de *software* de los centros hospitalarios. El paquete SPSS (*Statistical Package for the Social Services*) es uno de los sistemas más desarrollados. Se trata del paquete de referencia en numerosos métodos. Incluye un módulo base y un conjunto de módulos especializados. La documentación es de alta calidad, y existe una amplia oferta de cursos y publicaciones para el aprendizaje. Es fácil disponer de bibliotecas de procesos (programas) desarrollados por usuarios.

Tecnologías y sistemas sostenibles

El hecho de que hoy implantemos un sistema de información no significa que vaya a seguir funcionando dentro de diez años, por ejemplo. Ni siquiera el hecho de que se

haya dedicado un considerable esfuerzo económico u organizativo al desarrollo y puesta en marcha de un sistema permite predecir su duración. Un atributo clave de los sistemas de información es su *sostenibilidad*. La concepción de nuestros sistemas debería tener en cuenta este criterio fundamental.

Algunas tecnologías que hoy están disponibles, incluso a bajo coste, permiten concebir la esperanza de que los sistemas del futuro serán más sostenibles (en términos relativos) que los del pasado. A continuación, revisaremos algunas características de las tecnologías más interesantes.

Barreras para los sistemas de información

Existen algunas trabas que dificultan o interrumpen el desarrollo de los sistemas de información. Entre ellas podemos enumerar las siguientes:

- Coste de las operaciones de producción o registro de datos.
- Métodos de procesamiento inadecuados.
- Dificultades de transferencia de información.
- Canales ineficaces de difusión del conocimiento.
- Modelos de almacenamiento incompletos.
- Diseconomías de distribución.

Intranet

Intranet es una red de información que usa *tecnologías Internet* (protocolos de comunicaciones de datos TCP/IP o *Transmission Control Protocol/Internet Protocol*) en el ámbito de una *organización*. Su principal ventaja hasta hace poco tiempo era la mejora inmediata de la facilidad de uso de los datos para grupos numerosos de usuarios. Hoy también resulta una ventaja muy apreciable la posibilidad de contar con equipos de desarrollo de aplicaciones para Intranet muy cualificados, capaces de proporcionar productos de alta calidad en ciclos muy cortos, con gran capacidad de adaptación a las necesidades cambiantes de los usuarios finales y con un potencial asombroso para optimizar operaciones de tratamiento de información de numerosos usuarios clínicos a través de páginas *web* interactivas.

¿Qué aporta una Intranet?

Una red Intranet satisface numerosas demandas. En primer lugar, los profesionales que crean la información quieren usarla inmediatamente. En segundo lugar, cada vez es más evidente que integrar la información clínica con la información de gestión es crucial para la viabilidad económica de las organizaciones sanitarias, y especialmente para las futuras generaciones de ciudadanos. Por último, los procedimientos deberán ser compatibles con la cultura actual de manejo de información, y una Intranet facilita una base cultural que resulta aplicable en el ámbito interno.

Conceptos Intranet

El soporte físico de una Intranet es una *red informática*: ordenadores, cables y otros dispositivos. Existe al menos un *servidor* de Intranet que actúa como procesador de demandas y almacén de información para los equipos (PC, otros dispositivos) que actúan como *clientes*. Los elementos clásicos del flujo de información en una Intranet se representan en la Figura 12.13.

Cómo aumentar su utilidad

Los Servicios de Admisión y Documentación Clínica y las unidades funcionalmente relacionadas con ellos tienen oportunidades muy valiosas para dotar de contenidos de alta calidad a la Intranet de la organización. Ello exige aplicar una mentalidad abierta e innovadora:

- Escuchando a los usuarios.
- Estando cerca de los creadores de información.
- Almacenando datos e información de manera normalizada.
- Configurando productos muy adaptables.
- Haciendo un esfuerzo máximo en formación.
- Proporcionando servicios con atractivo real.
- Estando al corriente de los avances tecnológicos.
- Dando valor añadido a la información existente.

Cómo optimizar la inversión

En cuanto al servicio de Informática, la lista de buenas prácticas comprende numerosos elementos orientados a optimizar la recuperación de la inversión, dado que el despliegue y mantenimiento de las redes de comunicaciones es un proceso de considerable coste.

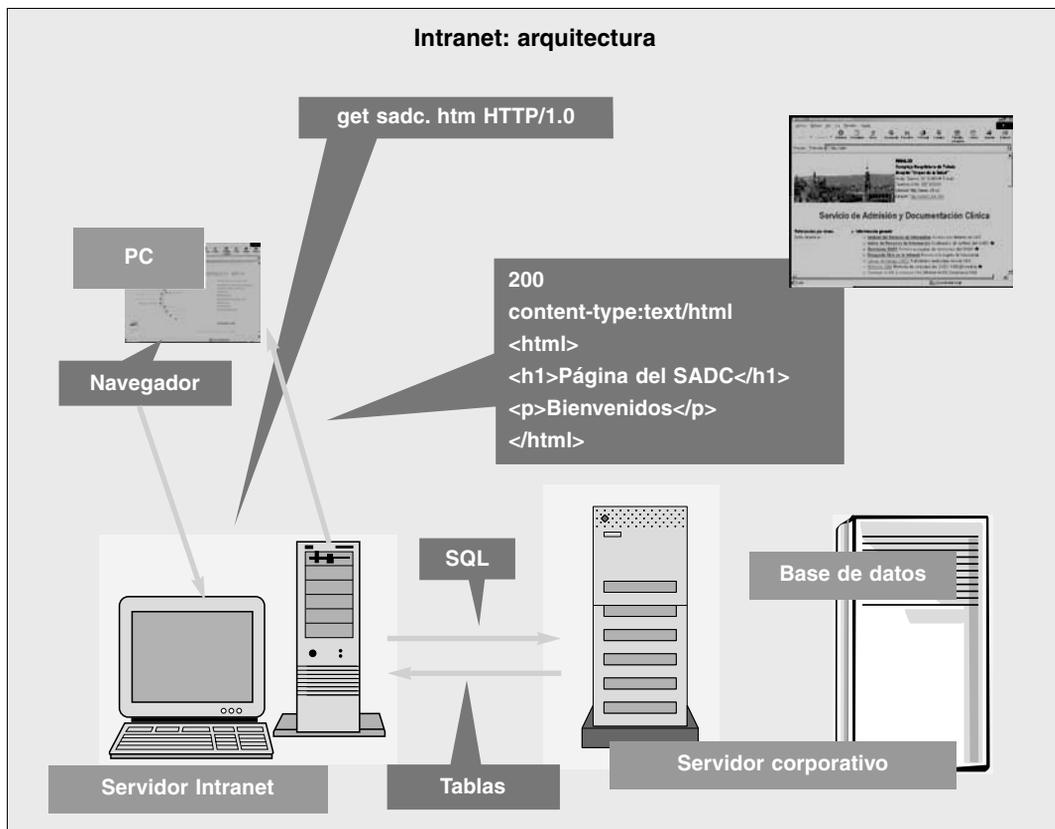


Figura 12.13. Elementos clásicos de la arquitectura de una red Intranet.

El servicio de Informática tiene un papel decisivo en el éxito de la implantación de esta tecnología en numerosos aspectos:

- Protegiendo la información frente a usos inadecuados e ilícitos.
- Imponiendo interfaz *web* para los sistemas departamentales y las bases de datos.
- Usando la red para microformación de los usuarios.
- Creando buenos canales de retroalimentación.
- Destruyendo mitos sobre la información.
- Garantizando la facilidad de uso.
- Aplicando los estándares.

Cómo participar activamente

En las organizaciones sanitarias dotadas de Intranet, existe la posibilidad de realizar aportaciones activas desde las unidades de gestión clínica.

Quienes desean participar activamente tienen múltiples opciones, pero es recomendable iniciar el esfuerzo desde el nivel en que cada usuario se sienta técnicamente «cómodo», por ejemplo:

- Aprendiendo a usar un navegador.
- Explorando contenidos de otros departamentos.
- Aprendiendo algo de lenguaje HTML.
- Aportando ideas y contribuyendo a implantarlas.
- Identificando prioridades para el desarrollo.
- Elaborando y publicando contenidos propios.
- Orientando principalmente a Intranet nuestra producción de documentos.

Beneficios inmediatos

Con una Intranet y una *web* dentro de la organización, los documentos públicos están disponibles para todos los usuarios potenciales. No se crean cuellos de botella al difundir la información que se elabora de forma sistemática. Los usuarios pueden utilizar la información para sus nuevas actividades. Podemos transmitir conocimiento con ayuda de un buen instrumento didáctico.

Para mantener estos beneficios a lo largo del tiempo, hemos de aprender algunas técnicas nuevas e iniciar ciertas actividades. Entre otras cosas, cuando elaboremos documentos deberíamos pensar en productos para navegadores *web* más que en productos sobre papel, si se desea asegurar una máxima difusión (Fig. 12.14).

La existencia de la red Intranet nos proporciona una excelente oportunidad para descentralizar información administrativa que debe estar en poder del personal clínico en su propio puesto de trabajo (Fig. 12.15).

Intranet: nuevos contenidos

En un entorno de transición a la gestión clínica, la elaboración de nuevos contenidos de Intranet se orientará cada vez más por las demandas de los usuarios. Los desarrollos susceptibles de explotación pueden ir precedidos de prototipos. Esos prototipos permiten refinar y hacer interactivo el arduo trabajo de análisis de requerimientos. En algunos casos, podemos desarrollar prototipos rápidos en hojas de cálculo y, una vez elaborada la lista de requerimientos, realizar la formulación de especificaciones para el servicio de Informática. Tras esta fase, los ingenieros podrán producir un desarrollo en Intranet para navegadores.

Para acometer de manera óptima el desarrollo de productos de información para gestión clínica es necesario que las tecnologías que se van a utilizar se seleccionen con arreglo a unos criterios formales. Cuando un producto de información tiene como des-



Figura 12.14. La página principal de Admisión es un buen soporte para proporcionar vínculos a recursos de información y de apoyo a la gestión clínica

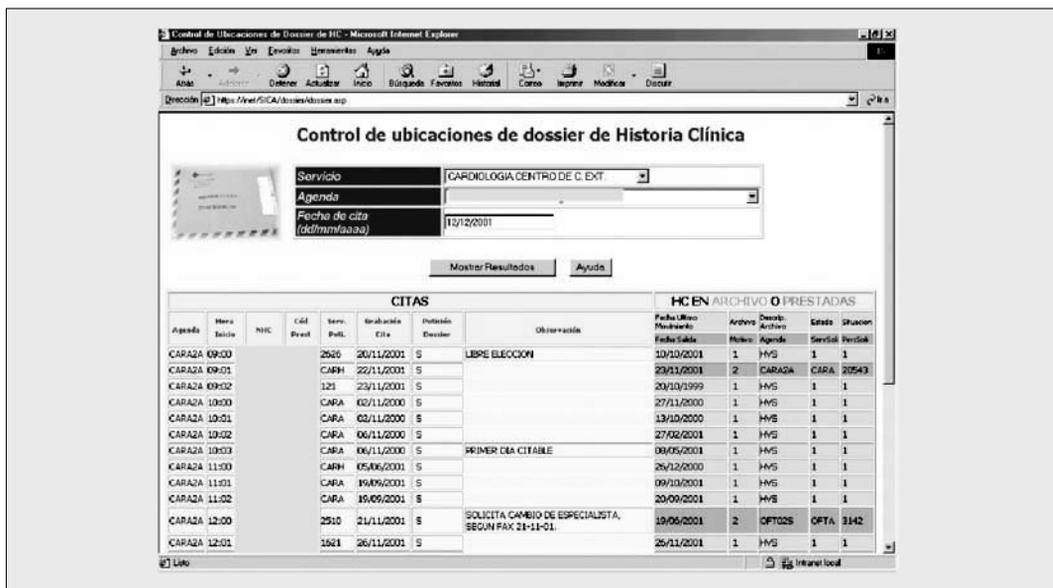


Figura 12.15. Página de control de ubicaciones de Historia Clínica. Cada usuario puede consultar la ubicación de todos los expedientes de los pacientes citados en una determinada agenda. Ello permite obtener información actualizada sobre un expediente que se necesita para la asistencia.

tinario un conjunto numeroso de usuarios sin privilegios de acceso en el HIS, que tienen necesidad de realizar frecuentes consultas y tienen como finalidad el control de operaciones, Intranet suele ser una buena alternativa. Cuando un centro dispone de una Intranet de funcionamiento estable, es posible aplicar criterios racionales al seleccionar medios de acceso a datos y difusión de productos. Unas reglas sencillas que hemos aplicado para seleccionar métodos de respuesta a necesidades de información cambiantes han sido las siguientes; el signo «>» simboliza el orden de preferencia:

- **Supuesto I:** los usuarios trabajan en modo consulta (sin modificar datos).
 - Pocos usuarios ($n < 20$)
 - Acceso frecuente: modelos en hojas de cálculo – ODBC - SQL
 - Acceso ocasional: base de datos (p. ej., *Informix dbAccess*) - SQL
 - Muchos usuarios ($n = 20+$)
 - Acceso frecuente: Intranet (ASP, PHP, Java) > HIS – 4GL
 - Acceso ocasional: HIS – 4GL > Intranet (ASP, PHP, Java)
- **Supuesto II:** los usuarios necesitan modificar datos.
 - HIS – 4GL
 - Acceso *web*/JSP

Análisis de la demanda asistencial

Al igual que otros hechos de trascendencia asistencial que son relevantes para las actividades de gestión, la demanda posee una serie de características que nos interesa estudiar:

- Cantidad.
- Calidad.
- Variedad.
- Oportunidad.
- Innovación.
- Coste.
- Evidencia.

Pero la demanda se dirige a servicios asistenciales que presentan formulaciones variables de cada uno de los servicios asistenciales elementales, entre ellos:

- Cribado.
- Diagnóstico.
- Tratamiento.
- Información.
- Prevención.
- Rehabilitación.
- Ayuda.

Es muy importante que, al analizar la demanda asistencial, investiguemos sus características y la formulación de servicios elementales; sólo así desarrollaremos productos y servicios que cumplan las expectativas de los ciudadanos y sean eficientes para la organización.

Análisis de la demanda: justificación y oportunidad

Conocer la demanda en cantidad y calidad nos sitúa en una posición mejor para atenderla. Pero la demanda suele ser una de las *áreas de sombra* en cuanto a información

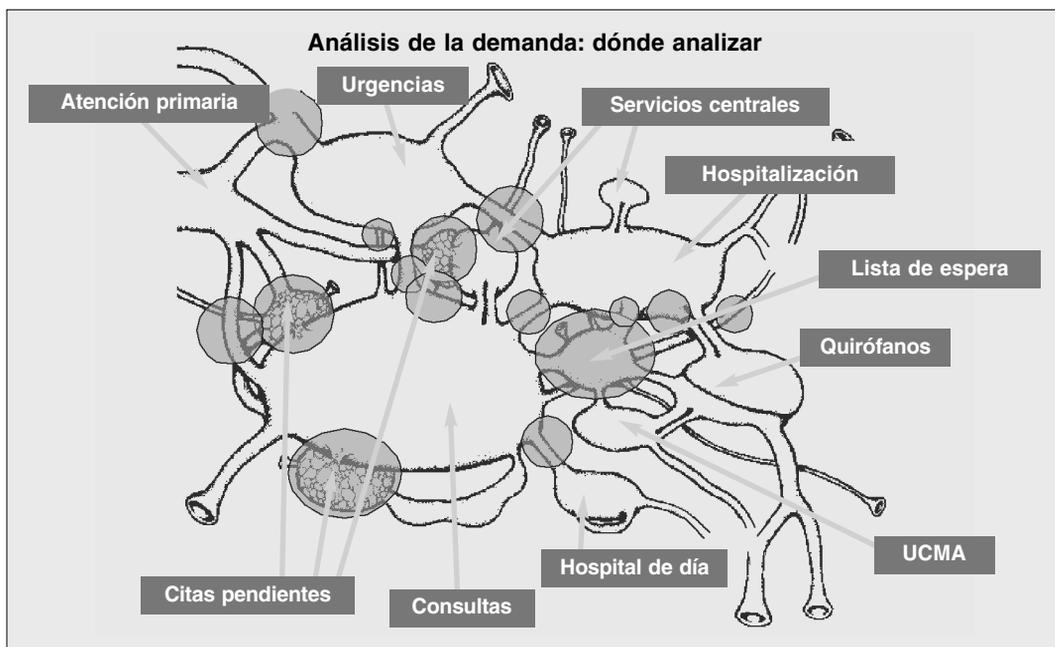


Figura 12.16. Lugares donde se debe realizar el análisis de la demanda. Los flujos señalados con círculos suelen ser susceptibles de control mediante sistemas de información de gestión de pacientes con cobertura suficientemente exhaustiva.

asistencial. Por eso, analizar la demanda es imprescindible para llegar a gestionarla.

Hoy sabemos que, aunque aumente la producción, si no se gestiona la demanda, no se consigue en la práctica controlar las listas de espera. Un atributo de la demanda que resulta esencial conocer de forma detallada es el plazo óptimo de atención. De forma «detallada» puede significar «caso por caso» o bien «grupo por grupo».

El análisis de la demanda puede realizarse en cualquier lugar donde se manifieste; en la práctica, debemos centrarnos en determinados elementos de nuestro sistema de información que tienden a acumular la mayor parte de la información relevante. Usando un esquema de flujo asistencial, los lugares que acumulan información sobre demanda asistencial se encuentran señalados en la Figura 12.16.

El análisis de la demanda es puro *marketing*. Pero *marketing en la verdadera acepción de la palabra*: idear, diseñar, desarrollar, distribuir y mejorar productos o servicios adecuados a las necesidades de las personas, aceptables para los usuarios, de coste sostenible para la organización que los produce y a un precio razonable para quien los paga.

Análisis de dietarios: demanda pendiente frente a recursos vacantes

Un dietario es la estructura básica de citación en los sistemas de gestión de pacientes de numerosas organizaciones. Por ello, una extensión lógica del análisis de la demanda es el análisis de dietarios o estructuras de citación. Este método analítico tiene el objetivo de *visualizar* (éste es el concepto clave) la capacidad total de los dietarios de cita, la capacidad ocupada y las vacantes existentes. Los modelos de información obte-

nidos con este método permiten, además, medir el efecto de los bloqueos de dietario sobre el patrón de cobertura de vacantes.

Se trata de un modelo para gestores clínicos en el nivel operativo, y en algunos centros se proporciona a los usuarios a demanda. Depende, como es lógico, de que exista un sistema de citación capaz de soportar y mantener contadores de vacantes de cita y bloques horarios ocupados (Tabla *dietarios*). Pero se da la circunstancia de que ése es el caso más habitual.

El contenido del modelo puede ser, por ejemplo, el siguiente:

- Portada y ficha técnica.
- Consulta ODBC con datos calculados localmente (en el propio modelo).
- Tablas dinámicas (fecha o plazo frente a valores agregados).
- Gráficos dinámicos (interactivos).
- Diccionario de datos.

Las salidas, en forma de tablas numéricas, se complementan con gráficos dinámicos asociados. Los gráficos pueden incluir controles y filtros interactivos (Fig. 12.17).

Análisis de la demanda procedente de atención primaria

El principal cliente externo de un hospital es el dispositivo de atención primaria de salud. La demanda de este origen tiende a concentrarse en las prestaciones ambulatorias y en los servicios de urgencias. El patrón temporal, geográfico y de destinos o prestaciones de las solicitudes de asistencia programada procedente de los centros de atención primaria se puede estudiar adecuadamente y a un coste razonable

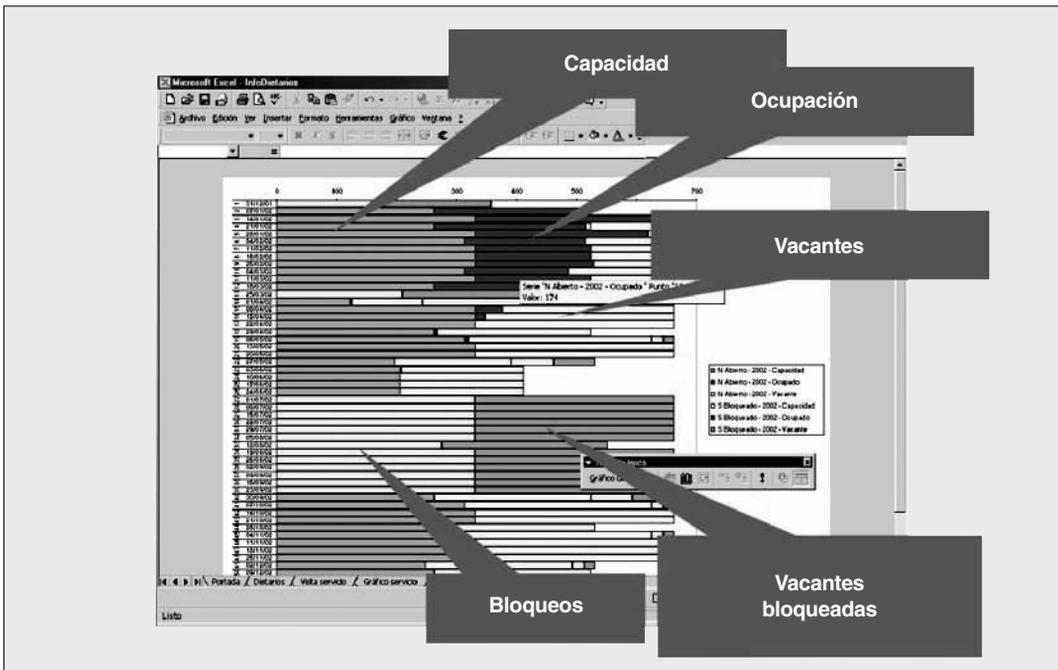


Figura 12.17. Gráficos interactivos de análisis de vacantes y citas pendientes.

contando con sistemas de información para reserva de citas y ficheros de actividad capturada, siempre que se registren datos sobre origen, destino y fecha de tramitación de la cita, y abarcando todos los canales de derivación que existan localmente (Fig. 12.18).

PreSolAP: prestaciones solicitadas por atención primaria

Con cierta frecuencia, el interés por conocer la magnitud de la demanda procedente de atención primaria se debe a que se desea tener un fundamento para racionar ciertas prestaciones para algunos centros. En principio, si se realizan las oportunas correcciones, las tasas de derivación por 1000 habitantes son un buen indicador para medir la presión que cada demarcación (zona básica de salud) ejerce sobre el sistema de reserva de citas o sobre el dispositivo asistencial (Fig. 12.19). Con repositorios de datos de estructura idónea es posible medir, además, las tasas de frecuentación parcial por especialidades.

En general, una vez cubiertas estas necesidades básicas se debe plantear la posibilidad de recopilar datos para calcular indicadores de calidad en la derivación, adecuación de las interconsultas o para realizar la clasificación en origen. Independientemente de que se alcancen pactos forzados en los contratos de gestión, o de que éstos sean libres entre las partes, conocer las características de distribución de la demanda interesa tanto a los responsables del dispositivo de atención primaria como a los gestores del hospital.

Las tasas de derivación parcial, por sí solas, no informan sobre las necesidades de las poblaciones de las distintas zonas de salud, pero permiten generar propuestas o

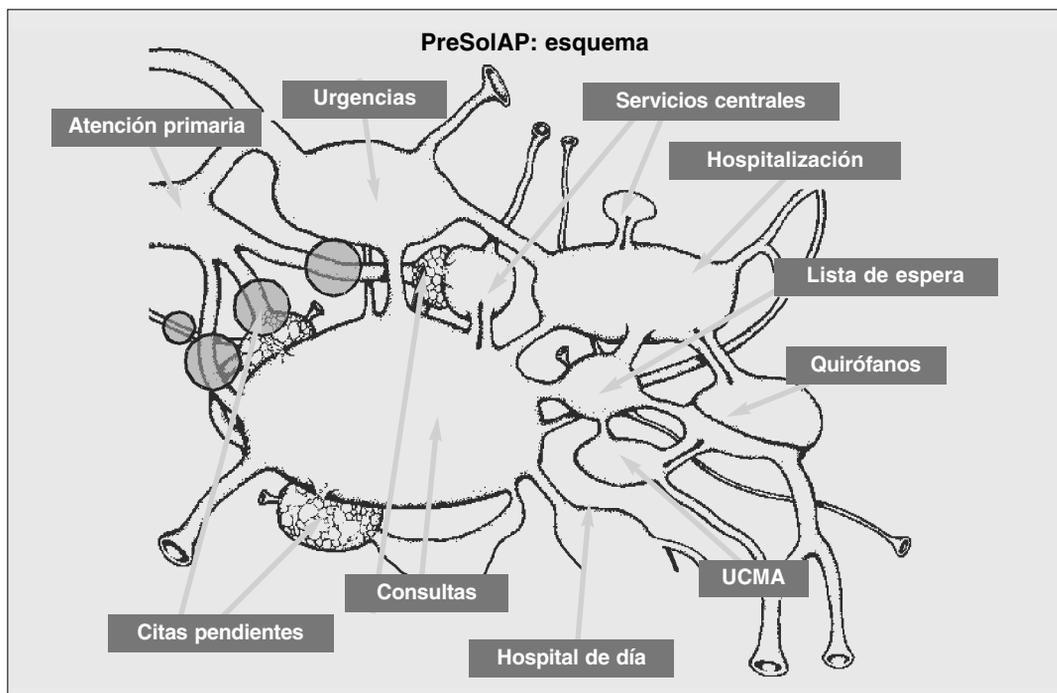


Figura 12.18. Canales que hay que monitorizar para prever la demanda de atención primaria.

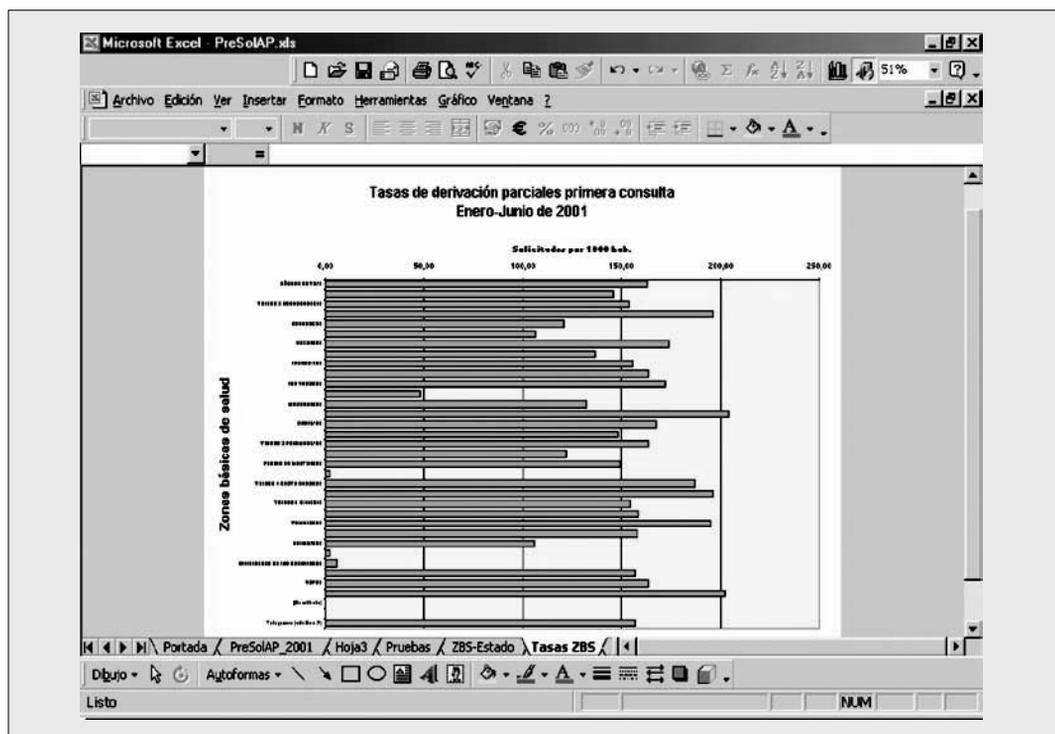


Figura 12.19. Tasas de derivación parciales por zonas básicas de salud.

hipótesis de trabajo más útiles que los datos históricos (sean adecuados o no) y más racionales que implantar medidas como las agendas (y *no las citas*) «gestionadas» (un esquema de trabajo que, en lugar de aprovechar las grandes posibilidades de optimización de demora de la cita directa *on-line* desde el centro de salud, puede perjudicar a ciertos grupos de pacientes en función de las necesidades de subpoblaciones o de la gestión de interconsultas de determinados equipos de atención primaria).

Análisis de citas

Ciertos productos de información pueden hacerse accesibles por vía Intranet para que cada gestor clínico pueda consultar sus agendas de cita. El nivel de agregación adecuado puede ser el de agenda-horario y dietario por prestación (Fig. 12.20). La presentación en forma de *planning* de dos dimensiones facilita la detección de anomalías de citación y ayuda a los clínicos a controlar la programación de actividades personales. Este tipo de instrumentos reduce drásticamente la demanda directa de información sobre el estado de las agendas que los clínicos suelen plantear a los servicios de Admisión.

Monitores y controles

Los productos de monitorización del sistema de citas permiten realizar correcciones allí donde el sistema de información de gestión de pacientes no cuenta con potencia, sensibilidad o especificidad suficientes.

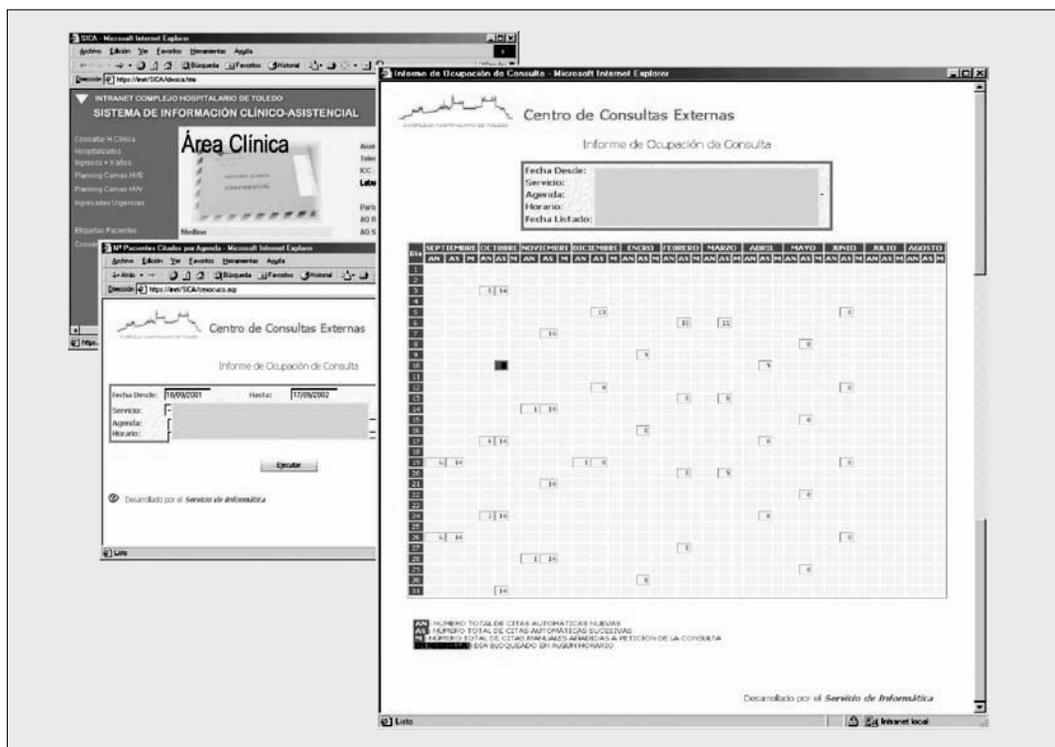


Figura 12.20. Página web de control de ocupación de agendas.

Monitor de citas reiteradas

Los módulos de detección de citas duplicadas de los sistemas de gestión de pacientes suelen presentar un exceso de especificidad y una falta de sensibilidad que los hace inservibles a efectos prácticos. Un criterio más potente de selección exige un análisis por subgrupos (paciente-especialidad) y puede requerir pasos iterativos para asignar a las citas potencialmente reiteradas una estimación de la probabilidad de error. Dado que las operaciones de cancelación de citas pueden exigir llamadas a los pacientes, los listados de trabajo han de incluir datos de contacto y espacios para captura de información por los operadores. Con el uso continuado de este tipo de sistemas de detección hemos observado una no despreciable frecuencia de citas reiteradas (frente a la de simples duplicados). La recuperación de vacantes permite aplicar medidas de gestión para atender casos especiales, como errores en la asignación de cita y reclamaciones.

Otros monitores de demanda

Otros monitores desarrollados con métodos y tecnologías similares son:

- **Monitor edad-citas:** permite detectar errores de citación relacionados con la edad del paciente.
- **Monitor de demora extrema:** realiza un control numérico e individual de citas con demora prospectiva elevada o extrema.

■ **Monitor de citas mal clasificadas:**

- **Análisis por servicio actividad-citas:** permite detectar citas para primera consulta mal clasificadas en pacientes que están sometidos a revisión periódica por parte de un servicio determinado.
- **Análisis de autodemanda en citas pendientes:** detecta patrones anómalos de autodemanda de citas para primera consulta.

■ **Monitor DCSI:** incluye varios módulos de control, como los que describimos a continuación:

- Demora prospectiva de los casos citados en los últimos 7 días.
- Demora retrospectiva de casos atendidos (cuatrisesemanal).
- Estado de los buzones de solicitud de cita por fecha de entrada, fecha solicitada, especialidad, prestación o estado.
- Matriz cruzada de demora retrospectiva y prospectiva (matriz DRP) para la reducción del impacto de la demora, en el contexto de los plazos de demora establecidos en la Ley de Garantías en Atención Sanitaria Especializada de Castilla-La Mancha (Fig. 12.21).

Sistemas basados en la casuística

El interés de los sistemas de información basados en la casuística se puede ver representado en el siguiente ejemplo de interacción entre gestores y clínicos:

- **Hechos.** La estancia media global del hospital (EM) ha sido de 8 días durante el período X.
 - *La EM de los hospitales del grupo es de 7 días.*

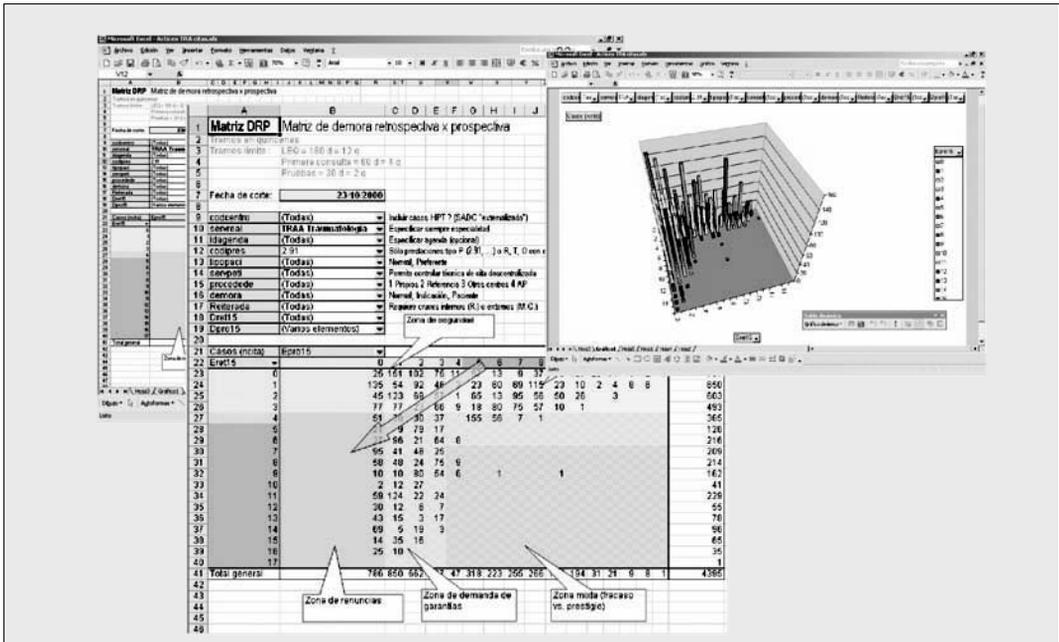


Figura 12.21. Matriz de demora retrospectiva y prospectiva. Los diferentes segmentos de la matriz permiten identificar grupos de pacientes que pueden beneficiarse de distintas alternativas de gestión.

■ Interpretaciones

- Versión del clínico: «Mi casuística debe ser más compleja que la del grupo, y eso justifica la diferencia de EM».
 - *Necesito analizar mi EM ajustada por casuística.*
 - *Si yo tuviera que atender una casuística tan simple como la de otros, también bajaría la EM.*
- Versión del gestor: «Tu funcionamiento puede ser peor que el del grupo (usas más estancias para los mismos procesos), y esa es la causa de la diferencia en la EM».
 - *Necesitas analizar tu EM ajustada por funcionamiento.*
 - *Si su funcionamiento fuera tan eficiente como el de los demás, no necesitarías tantas estancias.*
- Versión del técnico: «A nuestro hospital le faltan los recursos A o B que, si estuvieran disponibles, permitirían acercarnos al estándar del grupo».
 - *Después de corregir las deficiencias, podremos evaluar la evolución de los indicadores y la efectividad de las medidas.*

Sin sistemas de información basados en la casuística, es probable que este debate se siga produciendo sin que se obtenga un resultado final concreto, salvo el refuerzo de los prejuicios de cada parte.

Los sistemas de agrupación de casuística incorporan estructuras de datos, módulos de agrupación, medios de almacenamiento y procesos de explotación estadística avanzada para registros de tipo clínico-administrativo como el CMBD (conjunto mínimo básico de datos). Su explotación sistemática resuelve la demanda de información estadística sobre composición e indicadores de fórmula casuística y funcionamiento de los procesos (uso eficiente de las estancias, tasa de complicaciones o mortalidad). La principal ventaja frente a otros métodos consiste en que se someten a mejora continua y se adaptan a los cambios en los estilos de práctica clínica con mayor agilidad que cualquier sistema de evaluación experimental. El proceso de agrupación y análisis del CMBD se representa de forma esquemática en la Figura 12.22.

La metodología de análisis de casuística es relativamente compleja. Como los principales responsables de aplicar los resultados de este análisis a la consecución de mejoras son los clínicos que gestionan cada línea de servicio o producto, es importante que la transferencia de conocimiento hacia ellos se organice de forma excelente.

Un enfoque que generalmente ofrece buenos resultados consiste en divulgar los fundamentos del método en documentos accesibles (tanto física como pedagógicamente). Intranet es un buen vehículo para lograr la accesibilidad física a los documentos y la actualización permanente de versiones (Fig. 12.23).

La difusión de informes es el siguiente paso. Siempre debe quedar claro que el sistema de apoyo a las decisiones de gestión clínica está para darnos servicio, y no al contrario. En cada momento puede ser necesario introducir adaptaciones y desarrollar nuevas formas de explotación de los datos; cada informe que utilice datos

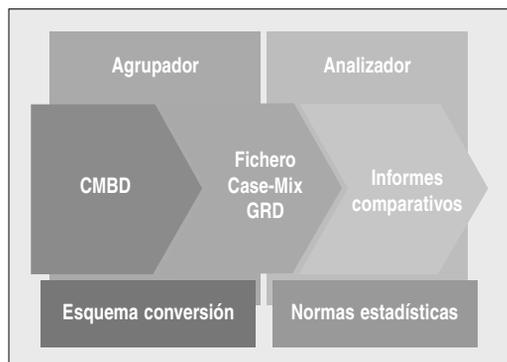


Figura 12.22. Agrupación y análisis del CMBD para obtener informes basados en casuística.

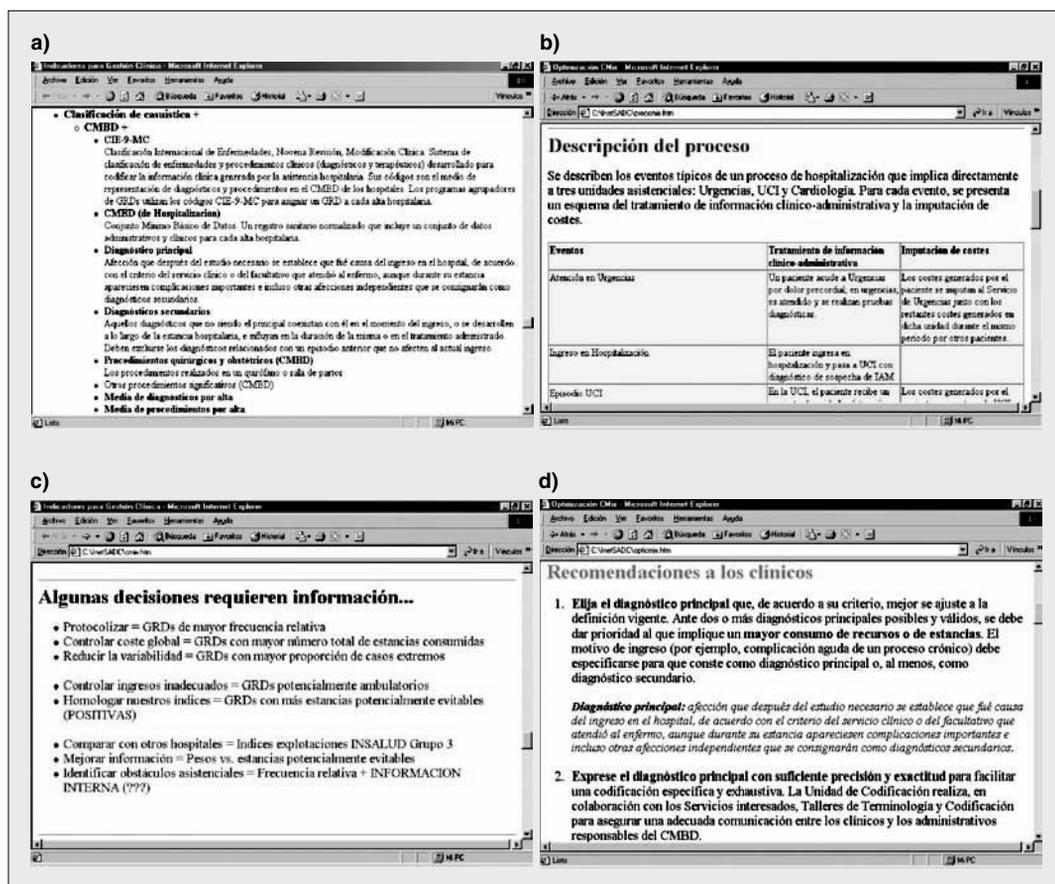


Figura 12.23. Los contenidos de tipo formativo cumplen un papel importante en la implantación de los sistemas de información basados en la casuística. Intranet es un soporte adecuado para manuales de definiciones (a), descripción de los procesos de asignación de costes, clasificación y agrupación (b), aplicaciones prácticas en la toma de decisiones de distintas variables e indicadores (c) y recomendaciones sobre calidad de la información clínica que se proporciona al equipo de codificación (d).

clínicos para evaluar la gestión debe ir acompañado de una ficha técnica bien detallada.

Cuando el ciclo de producción de informes y análisis de los resultados por sus responsables directos ha alcanzado cierta madurez, se plantea habitualmente la necesidad de análisis detallados de la composición de la casuística que permitan descender hacia el nivel de casos individuales. El impacto de cada caso individual sobre los indicadores agregados suele quedar muy patente en las explotaciones de alta calidad. Esta característica resalta la importancia de relacionar la gestión de los casos individuales con el hecho de obtener o no *buenos números*.

Sistemas de clasificación

Para tipificar productos y servicios asociados a la actividad clínica en términos manejables para la gestión, no son adecuadas las descripciones libres en lenguaje natural.

Numerosos esquemas de clasificación proporcionan una denominación normalizada de los conceptos relevantes para las aplicaciones epidemiológicas y de gestión de procesos (Fig. 12.24).

Entre las diversas terminologías y clasificaciones, merece una atención especial la CIE-9-MC (Clasificación Internacional de Enfermedades, Novena Revisión, Modificación Clínica), que clasifica enfermedades y lesiones, procedimientos, motivos de atención, causas externas y *morfología de tumores*. Es una clasificación clínica de uso generalizado.

Para obtener un código válido a partir de una expresión de diagnóstico o procedimiento, es preciso realizar una búsqueda por índice alfabético y una confirmación en la lista tabular de los códigos asociados a los términos hallados. La lista tabular es una jerarquía casi estricta de clasificación.

La CIE-9-MC se utiliza de forma sistemática en los hospitales para la codificación reglada de los datos clínicos del CMBD. Posee una extensa *normativa* que tiende a garantizar la normalización y la homogeneidad en la aplicación de los códigos y en los patrones de indización.

Códigos: el enlace entre lo no mensurable y lo mensurable

Cada concepto clínico (diagnósticos, procedimientos, hipótesis, hallazgos, factores de salud, causas de enfermedad o lesión) puede expresarse mediante términos; de hecho, el lenguaje natural es la forma de expresión más habitual en la actividad clínica. Pero la gestión clínica ha de sintetizar primero para poder analizar después. Con la variabilidad, ambigüedad e imprecisión (a veces calculadas) del lenguaje natural, el sustrato informativo en bruto de nuestros análisis no permitiría avanzar en la identificación de productos. La transformación de expresiones propias del lenguaje natural en códigos de significado estandarizado representa un paso decisivo para los sistemas de información sanitaria.

En la práctica, la dificultad de uso de los recursos de codificación para clasificar información clínica es una barrera difícil de franquear. La representación normalizada

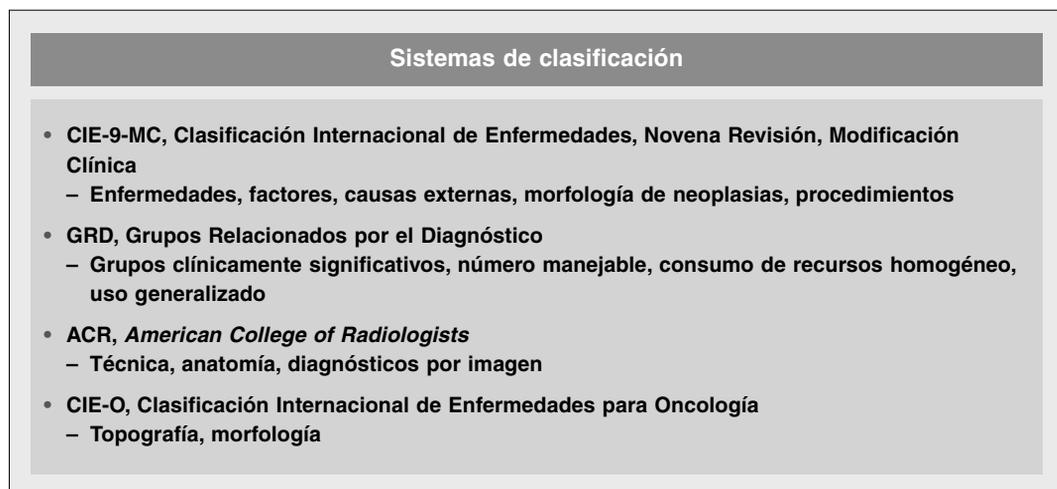


Figura 12.24. Características principales de algunos sistemas de clasificación para aplicaciones clínicas.

de los conceptos es lo que facilita las explotaciones basadas en la casuística, pero el primer requisito para conseguirla es una codificación de alta calidad. En general, el método más eficaz para codificar casos a gran escala consiste en crear unidades especializadas capaces de indizar, codificar, registrar, validar, almacenar y explotar bases de datos de casuística asociadas a registros asistenciales. Sin embargo, cada vez se manifiesta más claramente la necesidad de que los profesionales clínicos conozcan en detalle los sistemas de clasificación que se utilizan para representar elementos de su actuación. Ese conocimiento debería extenderse al menos al ámbito de su especialidad clínica o de su actividad concreta.

Hoy día, el medio más adecuado para facilitar este conocimiento es el *acceso electrónico* a los recursos de clasificación. Ello es así por varios motivos:

- La CIE-9-MC impresa en papel ocupa un volumen de varios kilogramos de peso; se trata, por tanto, de un recurso difícil de transportar; con cada nueva edición (cada dos a tres años) es preciso renovar los manuales de cada uno de los usuarios frecuentes, y se suelen perder ayudas de búsqueda o anotaciones personales; es un esfuerzo logístico considerable para un recurso que muchos profesionales no usan de forma continuada sino esporádicamente.
- La búsqueda manual de términos es un proceso tedioso e ineficiente que causa fatiga mental y no permite más opciones que las inicialmente previstas en cada edición impresa.
- Los índices de terminología son incompletos por lo que se refiere a las expresiones clínicas de uso habitual (sólo cubren un 60% de la terminología más frecuente).
- La búsqueda de códigos tiende a crear inseguridad en los usuarios no expertos, y los resultados de la clasificación pueden tener alta variabilidad; si no se aplican las normas oficiales de forma sistemática, ello inutiliza, a veces de forma irreparable, las bases de datos de casuística.
- El acceso a la normativa de codificación es imprescindible cuando se aplica la CIE-9-MC a la codificación de datos clínicos del CMBD. Ello obliga a manejar más de veinte publicaciones, algunas de ellas con versiones revisadas y actualizaciones, que contienen reglas, material formativo y respuestas a consultas o dudas; por desgracia, existen pocas fuentes de referencia que faciliten búsquedas eficientes de normas sobre determinados temas; los índices de normativa han sido casi inexistentes hasta fecha muy reciente; esta dificultad obliga a contar con codificadores expertos en búsqueda de normas; ese nivel de experiencia no está habitualmente al alcance de los clínicos que usan la clasificación de forma ocasional.
- Las propias normas se encuentran publicadas en soporte papel o en forma de documentos electrónicos sin vínculos hipertexto o ayudas similares. La consulta directa es otro paso ineficiente, de forma que suele ser más productivo (aunque menos fiable) un codificador que *no consulte* sus dudas en la normativa.

La difusión de los recursos de terminología, clasificación y normativa se puede realizar hoy por vía electrónica, y el contexto ideal es la red informática de hospitales, centros de salud y redes Intranet de los servicios de salud.

En nuestro medio se han ensayado e implantado desde hace algunos años sistemas innovadores, como la consulta a través de navegadores especializados y optimizados para acelerar el proceso de codificación (Fig. 12.25) o bien la navegación *web* en páginas de comportamiento dinámico y ricas en vínculos hipertexto, unidas a material formativo o normativo (Fig. 12.26). Cada uno de los abordajes tiene ventajas en función de los usuarios a los que se dirija, y no son incompatibles ni alternativos, sino complementarios. La opción que consideramos más recomendable consiste en proporcio-

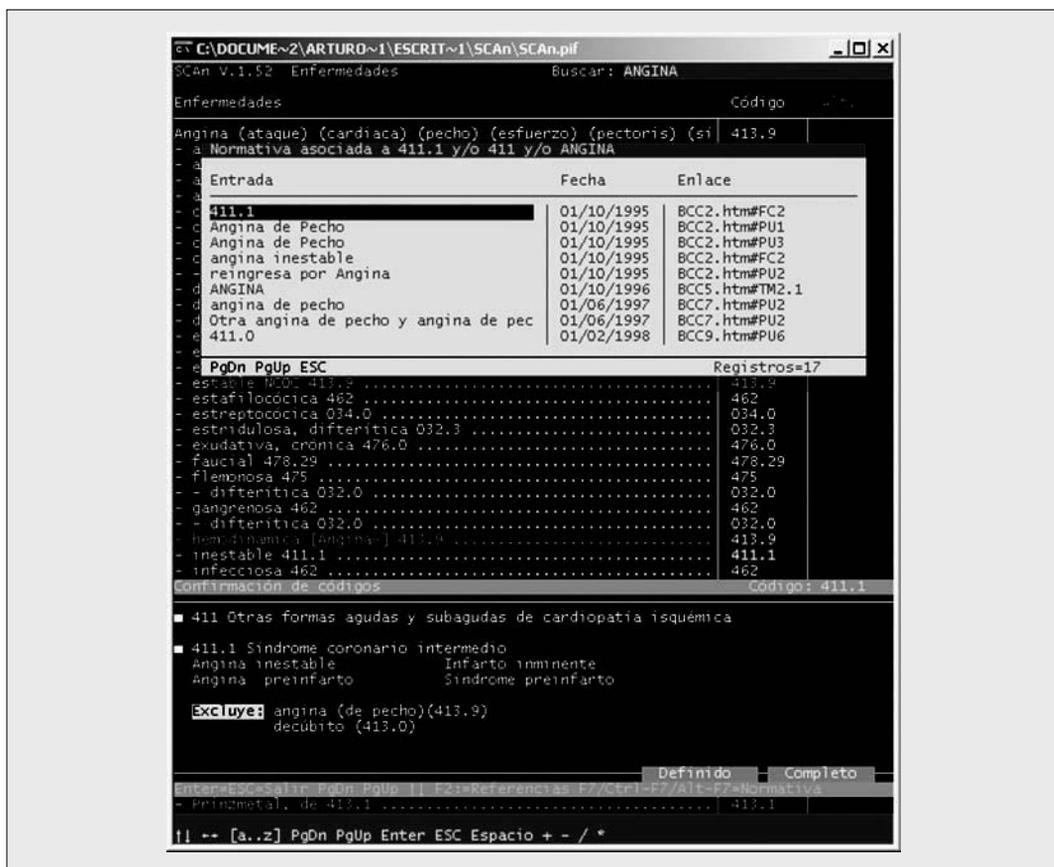


Figura 12.25. La complejidad de manejo de la CIE-9-MC justifica la implantación de sistemas de ayuda a la codificación que faciliten la navegación por terminologías, clasificaciones y normativa, permitiendo acceder a los detalles del sistema de clasificación desde múltiples puestos de trabajo sin necesidad de difundir manuales impresos de clasificación ni copias de las publicaciones normativas.

nar navegadores de alto rendimiento a los codificadores especializados o a los clínicos con conocimientos avanzados (codificación asistida), y dar al resto de los usuarios acceso a páginas *web* con el contenido completo de la CIE-9-MC mediante navegadores estándares que soporten *JavaScript*, especialmente si son usuarios esporádicos de las clasificaciones.

Para que el acceso electrónico a clasificaciones y terminología tenga éxito, es necesario garantizar el soporte adecuado a cada una de las *cuatro etapas* de búsqueda y decisión que constituyen el proceso de clasificación de enfermedades y procedimientos: 1) de términos a códigos (índices alfabéticos *buscables*); 2) de códigos a clases y conceptos (listas tabulares jerárquicas); 3) de términos, clases y conceptos a referencias de normativa (índices acumulativos de normas), y 4) de referencias normativas a elementos normativos (el propio texto de las normas, eventualmente con sus acotaciones de puesta al día). Los recursos electrónicos sobre CIE-9-MC disponibles en castellano se encuentran entre los más avanzados que existen, y ya hay grupos que trabajan en indización sistemática de normas y en el desarrollo de clasificaciones multilingües.

Disponer de estos recursos en la red hospitalaria puede ser importante para reforzar la comunicación entre especialistas de información y gestores clínicos. Además, un conocimiento adecuado de la estructura de las clasificaciones por parte de los clínicos mejora su precisión en el uso de la terminología y les ayuda a recuperar casos para estudios específicos.

Los mismos principios de difusión y búsqueda electrónica que se usan para la CIE-9-MC son ya aplicables a versiones *web* de clasificaciones monográficas, como la CIE-O (Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología), o a los índices de diagnósticos radiológicos de la clasificación ACR (*American College of Radiologists Index to Radiological Diagnoses*). De esta forma, los métodos de codificación, almacenamiento y recuperación sistemática de casos para usos asistenciales, de investigación o docencia, están también al alcance, por ejemplo, de los profesionales de servicios de diagnóstico por imagen.

Al análisis le sigue la toma de decisiones

Después de muchos análisis, llega la hora de decidir. Los indicadores de casuística tienen la virtud de orientar de forma muy precisa sobre dónde se encuentran nuestras mejores oportunidades de mejora *mensurable*. Esta característica es cada vez más apreciada por los clínicos cuando se supera la –hasta cierto punto lógica– descon-

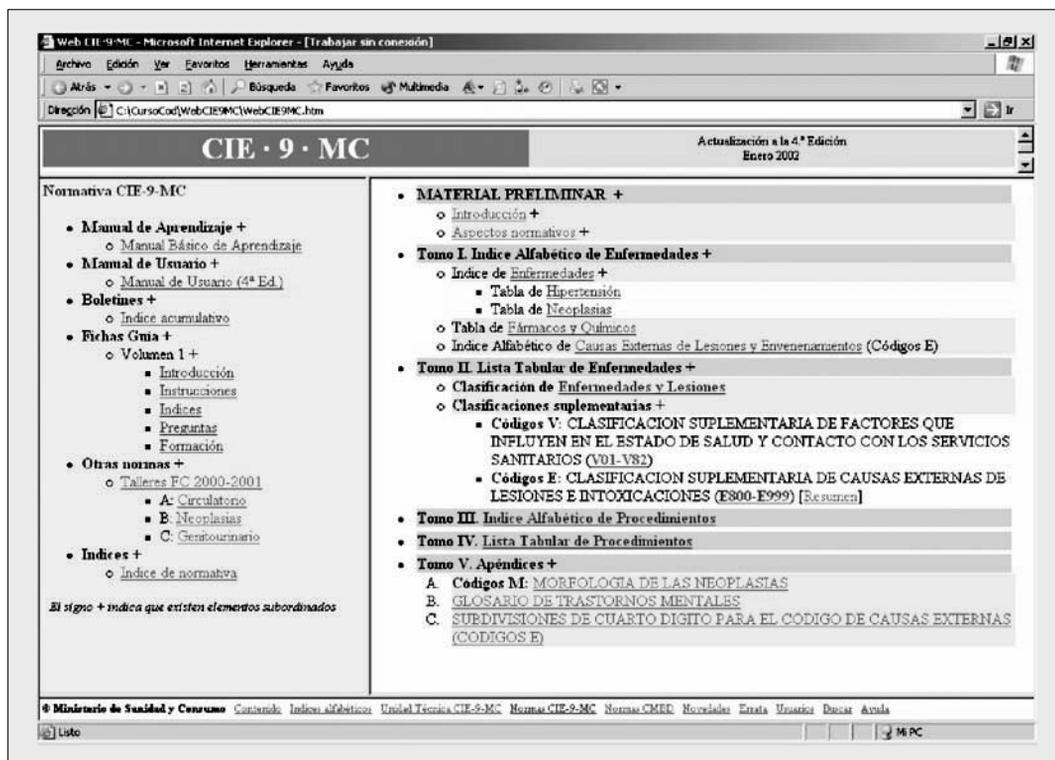


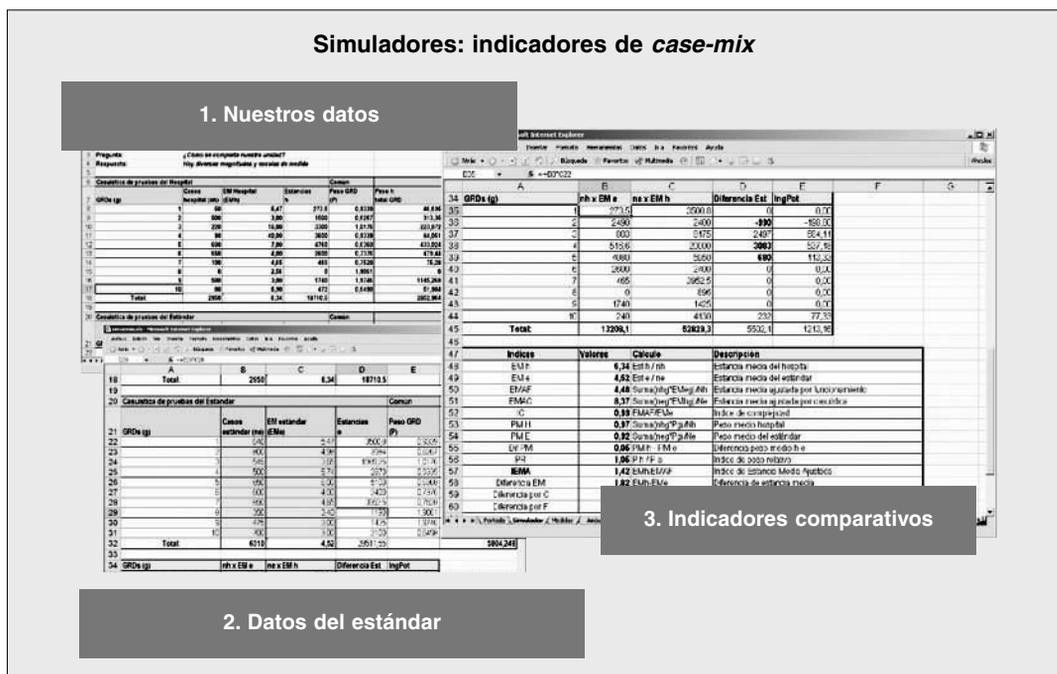
Figura 12.26. El acceso mediante un navegador *web* a los detalles del sistema de clasificación facilita la exploración de su contenido a los usuarios ocasionales interesados en consultas esporádicas o en actividades de mejora de la información clínica. Todo el contenido del sistema de clasificación puede representarse en páginas HTML, a veces de comportamiento dinámico guiado por *scripts*.

fianza inicial. Sólo lo que se mide se puede gestionar. Pero hemos de reconocer que algunos indicadores de casuística son resultado de un proceso estadístico relativamente *oscuro* sobre nuestros datos clínico-asistenciales.

Para explicar el funcionamiento de los indicadores necesitaremos proceder cada vez con más transparencia; los simuladores de gestión de casuística nos pueden ayudar a transmitir eficazmente a usuarios clínicos incluso los conceptos avanzados (Fig. 12.27).

El usuario del simulador activa el modelo de cálculo abriendo el fichero, e introduce los parámetros de su práctica actual y de las alternativas posibles; inmediatamente el modelo vuelve a calcular los indicadores resultantes, y el usuario evalúa los efectos de los parámetros introducidos. El usuario puede repetir la entrada de parámetros hasta que obtenga una combinación correcta en un proceso de búsqueda de objetivos.

Los simuladores introducen de forma natural los conceptos de cálculo y de comparación con estándares de referencia. Facilitan la identificación de las mejores prácticas y ayudan a estimar el impacto potencial de futuras medidas de gestión. También nos ayudan a relativizar el poder de los indicadores para representar la realidad asistencial, e informan sobre los ajustes estadísticos necesarios para que la información sea útil en distintos supuestos epidemiológicos y organizativos (mortalidad ajustada por riesgo, ajuste de indicadores funcionales por tasas de ambulatorización selectivas). Un simulador, en resumen, permite ensayar el efecto de nuestras decisiones sin riesgo de perjudicar a los pacientes ni a la organización. También nos facilita la estimación de las repercusiones económicas potenciales en términos de costes analíticos o de financiación por actividad.



Instrumentos de información para la gestión clínica

El desarrollo actual de los sistemas de información obliga a ponerlos al servicio de unos nuevos clientes, dotados de una gran capacidad de decisión sobre el uso de recursos asistenciales destinados a pacientes concretos, grupos de pacientes y procesos clínicos, pero que han sufrido los efectos de una relativa asimetría, es decir, de una distribución desequilibrada de la información de gestión.

Para que la información se adapte a las necesidades de los gestores clínicos han de cumplirse algunas premisas básicas. En esquema, se necesita disponer de los siguientes elementos:

1. Sistema de información de gestión de pacientes

- Registro exhaustivo de demanda, programación y actividad.
- Historia clínica única por paciente (un requisito fundamental).
- Prevención y control continuo de duplicados internos en el fichero de pacientes.

2. Incorporación de datos clínicos en registros asistenciales

- Codificación clínica: demanda, actividades, procesos.
- CMBD básicos y extendidos (estructuras normalizadas y ampliaciones internas).

3. Agrupación y análisis comparativo con métodos homologados

- Grupos relacionados por el diagnóstico (GRD).
- Estándares de referencia (frecuencia, estancia, coste, puntos de corte).

4. Sistema de información de costes analíticos

- Imputación, repercusión y reparto adecuados.
- Catálogos valorados con mapeo a estándares.

Para lograr que la implantación de iniciativas de gestión clínica tenga éxito, los sistemas de información serán puestos a prueba frente a lo que podemos denominar los «retos de la transición». Algunos de los requerimientos habituales de los gestores clínicos que todavía están insuficientemente cubiertos son:

- Acceso a evidencias científicas.
- Instrumentos para facilitar la aplicación de evidencias a casos.

Los requisitos de la descentralización también han de ser contemplados. Es preciso realizar esfuerzos continuados en tres áreas de organización y formación:

- Transferencia de información sobre hechos y dimensiones asistenciales.
- Transferencia de conocimientos sobre métodos de análisis.
- Transferencia de poder de toma de decisiones.

La incorporación de los conceptos de epidemiología clínica, evaluación de tecnología sanitaria y medicina basada en evidencias será crucial (al menos tanto como el análisis de la casuística) para que los clínicos-gestores manejen un esquema conceptual coherente con los objetivos que tratan de alcanzar.

Por un lado, los profesionales necesitaremos soporte para seleccionar evidencias científicas sobre el efecto de las intervenciones de salud. En el plano operativo, se dirigirán muchos esfuerzos a «democratizar» o hacer más accesibles los cálculos o estimaciones que permitan emitir juicios sobre el efecto de las intervenciones. Los modelos de cálculo serán útiles para realizar prototipos y depurar los métodos en las fases iniciales (Fig. 12.28). Con ello será factible que muchos profesionales apliquen las técnicas de los *expertos* a casos individuales, por ejemplo en la propia consulta.

En una segunda fase, para favorecer la accesibilidad de los modelos de cálculo, el mejor soporte volverá a ser la Intranet de las organizaciones (Fig. 12.29). Aplicando las tecnologías de la red será posible combinar la potencia de cálculo con el poder didáctico y la incorporación de referencias externas o sistemas de tutoría *on-line*. En los próximos años numerosos estudios se orientarán a evaluar la calidad y, de modo muy especial, la facilidad de uso y el impacto de estos instrumentos en la práctica habitual de los profesionales.

Agenda del gestor clínico y del clínico-gestor

El control de operaciones tenderá a ocupar un lugar importante en la agenda de trabajo de aquellos profesionales que con mayor prontitud asuman responsabilidades de gestión clínica. Para responder a su propia motivación y a las expectativas de sus colaboradores, cada profesional interesado en incorporar técnicas de gestión a sus capacidades deberá establecer algunas rutinas de información y tendrá que mantenerlas a lo largo del tiempo. Pero esto nunca será una pérdida de tiempo: de la reflexión sobre los productos de los sistemas de información surgirán ideas innovadoras, iniciativas de mejora y, probablemente, algunos tesoros de conocimiento. Ciertos elementos de la agenda que proponemos se convertirán en rutina para casi todos los profesionales que participen en este fenómeno (Fig. 12.30).

Cada año, el gestor clínico tratará de pactar con el equipo directivo de su centro un árbol de objetivos que presente, debidamente jerarquizados, enumerados y descritos, cuantificados y con márgenes de maniobra adecuados, los objetivos concretos que le han de permitir alcanzar sus metas profesionales (Fig. 12.31).

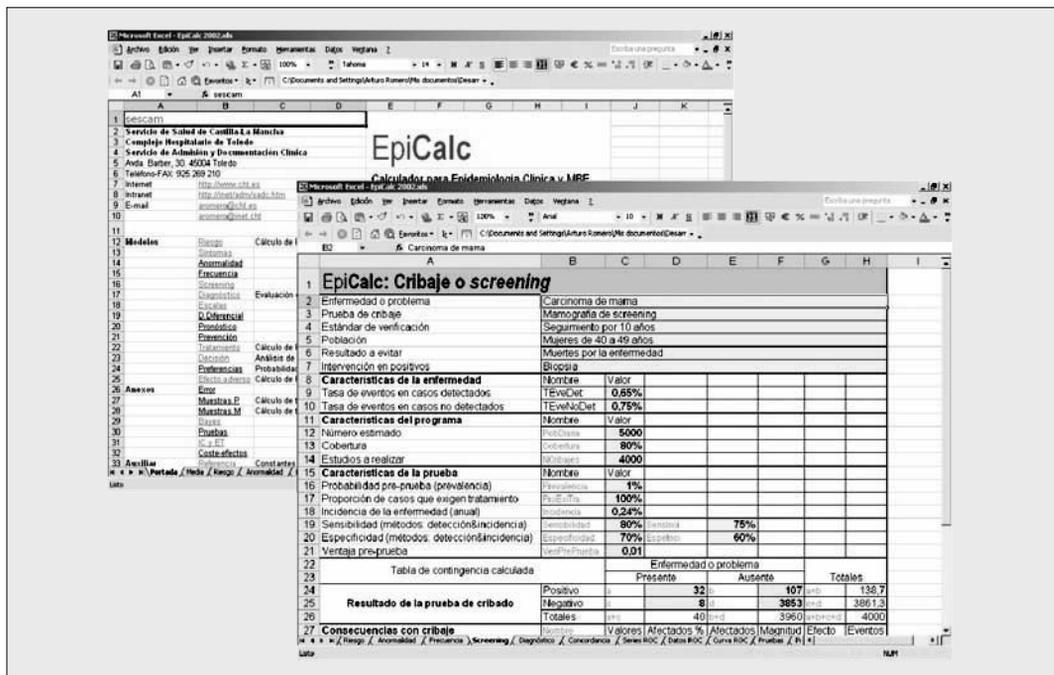


Figura 12.28. Modelos de cálculo para calcular los efectos de intervenciones con un ejemplo de evaluación de programas de cribado poblacional.

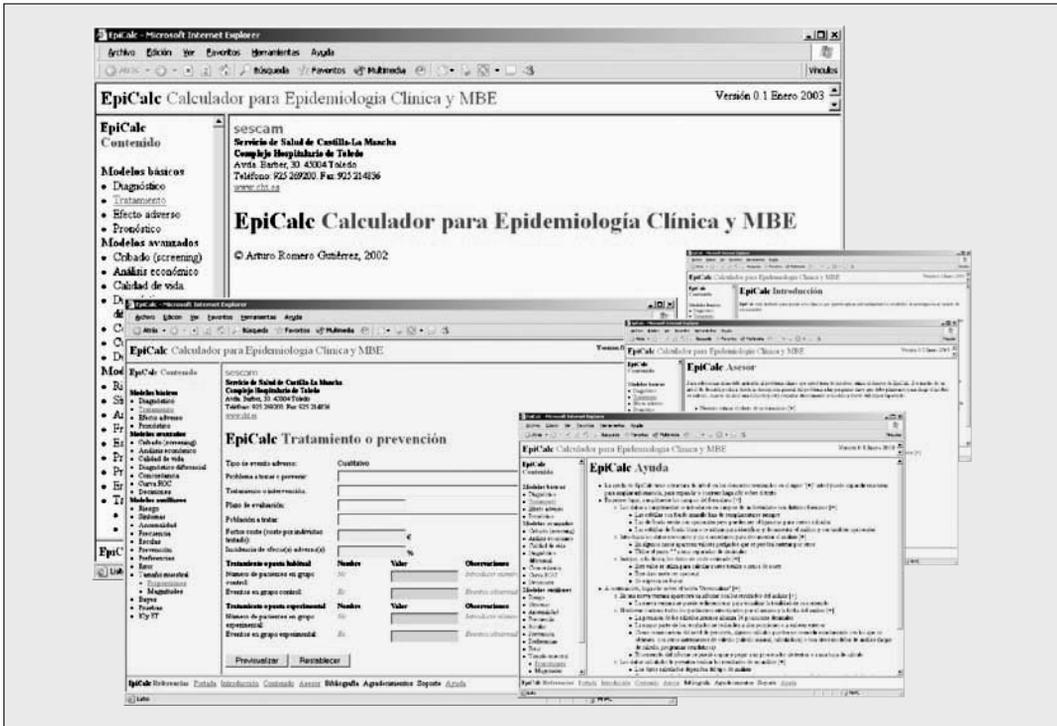


Figura 12.29. Modelos de cálculo en una *web* de divulgación con un ejemplo de evaluación de terapia o prevención.

Un informe sobre costes de la unidad permitirá al gestor clínico conocer la evolución del esfuerzo financiero que la organización realiza para dar apoyo a su actividad (Fig. 12.32). Los componentes principales de coste le permitirán investigar sobre posibles medidas de racionalización o bien, en la mayor parte de los casos, optimizar la eficiencia de sus intervenciones a través de medidas productivas que eliminen costes no productivos. El nivel de detalle de los repositorios de datos sobre costes existentes en los hospitales ya permite adoptar decisiones fundadas y realizar un control evolutivo basado en criterios estables y comparables entre centros.

Conclusiones: problemas, retos y soluciones

Para quienes se disponen a acometer un esfuerzo de colaboración con otros profesionales y grupos de trabajo, con el personal de los servicios de Admisión y Documentación Clíni-

Rutinas de información

- Pacto de objetivos de la unidad de gestión
- Informe de actividad sistematizado
- Análisis comparativo de casuística
- Informe de costes sistematizado
- Repositorio de datos por unidad de gestión
- Productos de control operativo autónomo

Figura 12.30. Algunas rutinas de información para la agenda del gestor clínico.

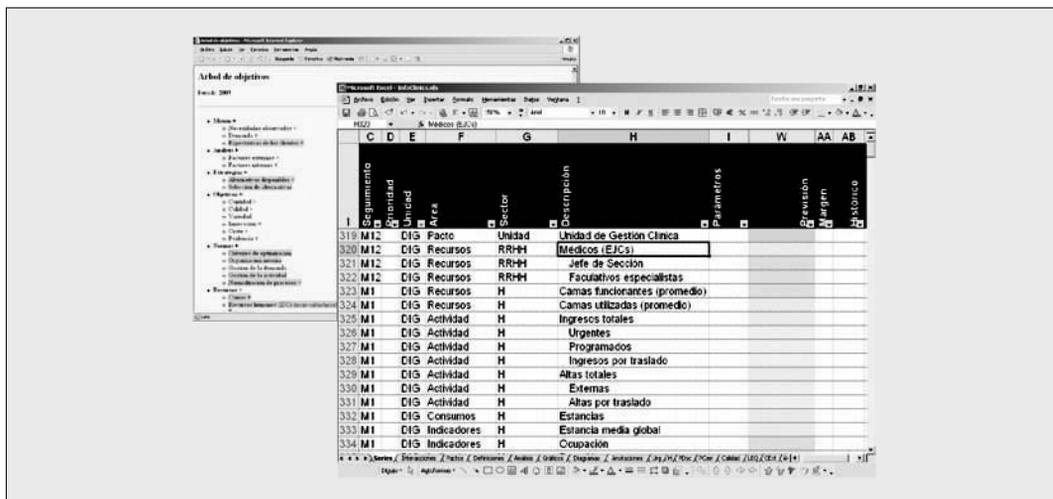


Figura 12.31. Árbol de objetivos y soporte para el pacto de gestión clínica anual.

ca, Atención a Usuarios e Informática, con el área de Calidad, con la unidad de Control de Gestión, o con el equipo directivo de su centro, para mejorar las prestaciones de su sistema de información de modo que se adapte a sus necesidades como gestores clínicos, nos atrevemos a formular algunas recomendaciones. Muchos creemos que de esta colaboración saldrán beneficiados miles de pacientes.

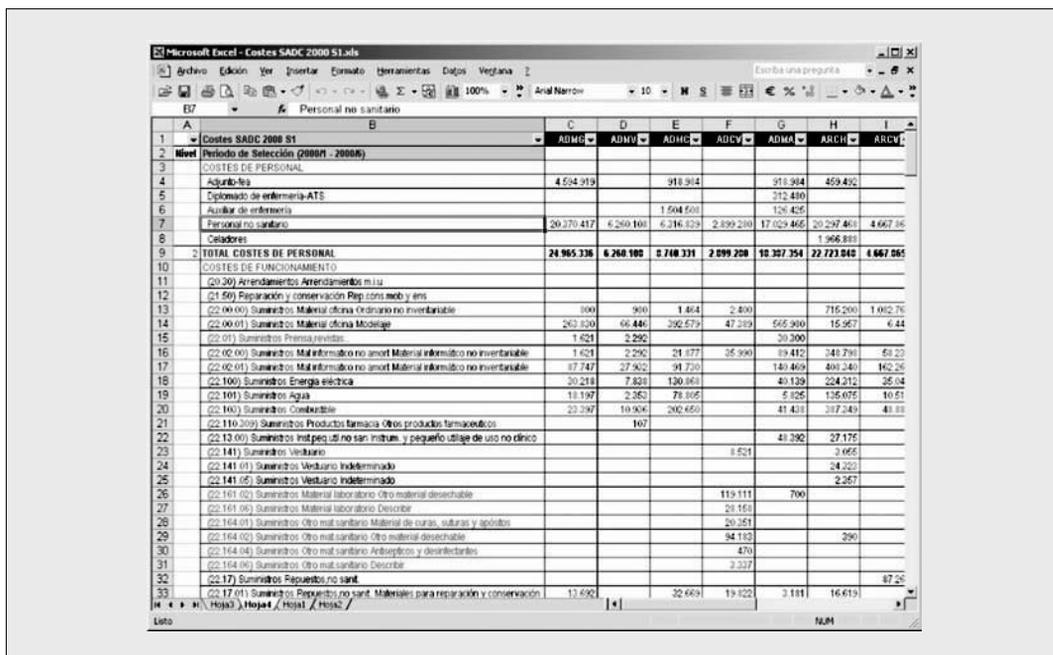


Figura 12.32. Un informe sobre costes analíticos de los grupos funcionales dependientes de un centro de decisión es el contrapunto imprescindible a los informes de base asistencial o clínica. La estabilidad de este tipo de explotaciones es muy importante para rentabilizar los sistemas de información de costes analíticos.

Recomendaciones para los gestores clínicos

Entradas

- Procure que su demanda y su actividad estén informatizadas (*representadas* en el HIS).
- Participe en los proyectos de normalización de datos de su organización.
- Colabore en la elaboración de estándares de calidad de información (*y cumplimente los formularios*).
- Enumere sus necesidades de información de forma estructurada pero dinámica (cambiar es lo normal).
- No olvide diseñar controles de fiabilidad y sistemas de alarma para situaciones normales y especiales.

Procesamiento

- Contribuya a mejorar su entorno *real* de información: es más efectivo a medio plazo que tratar de introducir sistemas avanzados.
- Participe en el desarrollo de *mensajes* electrónicos que permitan comunicar diferentes sistemas.
- Introduzca los *objetivos* de gestión y los *pronósticos* como una entidad clave de sus sistemas de información.
- Conozca los sistemas que *ya están disponibles* (para no tener que inventar la rueda).

Almacenamiento

- Guarde su información de forma que esté disponible para el *máximo número de usuarios* autorizados.
- Aproveche al máximo el potencial del *sistema de gestión de pacientes*.
- Almacene su información en servidores y aplicaciones accesibles por Intranet:
 - En áreas protegidas
 - En áreas restringidas

Salidas

- Defina sus *necesidades* de información en forma de «modelos de información» (p. ej., en hojas de cálculo).
- Trate de traducir sus necesidades de información a páginas *web* una vez *refinadas*.
- Desarrolle cuadros de mando para la gestión clínica *adaptados* a sus necesidades:
 - Para los *pactos* con la dirección (mensual, trimestral, anual).
 - Para las necesidades de *control operativo* (diario, semanal).
 - Para estudios *específicos* (con o sin período fijo).
- *Difunda* sus informes y documentos por vía Intranet.

Valore la actitud de los profesionales del SADC

Quienes tenemos como misión actuar como recolectores, recuperadores, comunicadores e intérpretes de la información clínica y asistencial de nuestra organización, tenemos que recordar tres cosas importantes para estar en condiciones de responder a las exigencias que se van a plantear:

- Cada *problema* contiene un tesoro de conocimiento.
- Cada expectativa de los gestores clínicos debemos convertirla en un *reto*.
- La *solución* a un problema la encuentran a menudo quienes colaboran para buscar la verdad.

Recomendaciones para los profesionales de sistemas de información

Reoriente los sistemas de información para apoyar la gestión clínica

En el Sistema Nacional de Salud, la infraestructura de sistemas de información para la gestión ha tenido un desarrollo heterogéneo a lo largo de varios decenios. Pero hoy se puede afirmar que, salvo contadas excepciones, los hospitales cuentan con las tecnologías de información y comunicaciones fundamentales para iniciar y (sobre todo) mantener las actividades básicas de gestión clínica.

Los gestores clínicos obtienen su conocimiento del medio en que desarrollan su actividad a través de una evaluación permanente de ciertos hechos asistenciales relevantes. Para cada uno de los hechos asistenciales existen varias dimensiones que permiten determinar nuestra posición absoluta y relativa en términos de gestión.

El nivel de desarrollo de los instrumentos de información para cada una de las combinaciones de hechos y dimensiones asistenciales es muy variado. De la misma forma, el nivel de satisfacción de los usuarios de la información con los instrumentos actualmente disponibles es muy variable según los centros e incluso entre distintas unidades de un mismo centro.

Los sistemas de información clínica serán un aliado muy importante de los clínicos-gestores. Permitirán que la optimización de procesos no se base en trabajar con más intensidad, sino en trabajar más inteligentemente. El trabajo relacionado con búsqueda, análisis, almacenamiento, recuperación y comunicación de información ocupa una parte importante de la actividad clínica. El progresivo desarrollo de redes Intranet clínicas ha introducido cambios importantes en el manejo de la información desde hace más de cinco años y beneficiará a miles de profesionales en los próximos años (Fig. 12.33).

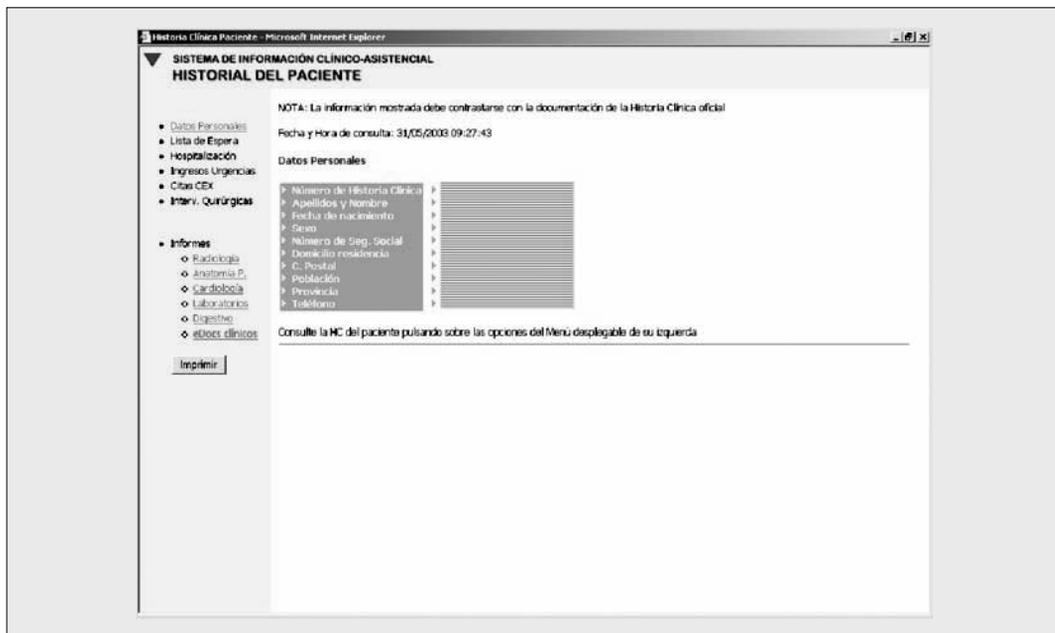


Figura 12.33. Página de acceso a los datos clínicos de un paciente por vía Intranet. La página integra, bajo un interfaz ameno, los accesos a datos e informes procedentes del sistema de gestión de pacientes y de distintos sistemas de información departamentales.

Aplique tecnologías sostenibles

Para que los sistemas de información de apoyo a la gestión clínica cumplan adecuadamente su función, es necesario, entre otras cosas, que sepamos combinar dos requisitos aparentemente contrapuestos: la integridad de las fuentes de datos y la adaptabilidad de los instrumentos de explotación.

Los sistemas basados en tecnologías cliente-servidor han mostrado una notable adaptabilidad en distintos entornos. Por ejemplo, con un modelo de información capaz de extraer información de fuentes de datos externas y soportado en una hoja de cálculo, los analistas de información y los responsables de gestión pueden construir sus propios sistemas de apoyo a la toma de decisiones a partir de una combinación de bases de datos operativos (registros y transacciones de gestión de pacientes), registros clínicos normalizados (CMBD, registros de actividad), repositorios de datos de contabilidad de costes y resultados de la monitorización de indicadores de calidad.

Para los usuarios finales, la principal ventaja de la hoja de cálculo es la posibilidad de realizar mejoras adaptativas de los modelos de información en ciclos muy cortos, eliminando la necesidad de sostener un ciclo convencional de desarrollo para introducir cambios relativamente menores. Ello no significa que las mejoras no se tengan que planificar, pero al menos será posible evitar que la planificación del sistema agote todos los recursos sin proporcionar productos tangibles en un tiempo breve.

Una buena alternativa o un excelente complemento en centros capaces de dedicar recursos a desarrollos *web* es la elaboración de páginas interactivas sobre información de gestión accesibles por vía Intranet. La facilidad de uso y la seguridad son ventajas decisivas que pueden contrarrestar los posibles inconvenientes de la dependencia de los gestores clínicos respecto a programadores y analistas.

Una buena fórmula de compromiso puede consistir en recopilar los requerimientos de los usuarios y ensayar las innovaciones en hojas de cálculo desarrolladas por «superusuarios» muy autónomos; a partir de esos prototipos, se pueden elaborar productos de información más sofisticados con equipos de desarrollo formados por profesionales informáticos capaces de trabajar para la Intranet.

Escuche a los usuarios directos y trabaje con ellos

La gestión clínica es trabajo de equipo, y eso atañe tanto a los especialistas en sistemas de información como a los clínicos que han de usar la información obtenida. Lo que le ofrecemos ahora no es una recomendación, sino más bien una clave de supervivencia: en una organización madura, quien no escuche a los usuarios o clientes quedará al margen en las decisiones.

BIBLIOGRAFÍA

FLETCHER RH y cols. *Epidemiología Clínica. Conceptos Fundamentales*, 2.^a ed. Hason-Williams and Wilkins, 1998.

HASTIE T, TIBSHIRANI R, FRIEDMAN JH. *The Elements of Statistical Learning: Data Mining, Inference, and Prediction* (Springer Series in Statistics). Springer Verlag, 2001.

LÓPEZ DOMÍNGUEZ O. *Gestión de pacientes en el Hospital*. Olalla Ediciones, 1947.

YETANO LAGUNA J. *Manual de descripción de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico*. (AP-GRD V.18.0).

Osakidetza-Fundación Signo, Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, 2003.

CAPÍTULO 13

El marco de la calidad de servicio

Serafín Cuenca Echeverría

¿Qué es la calidad? ■

- Definiciones
- Evolución histórica de la gestión de la calidad
- Terminología básica
- La familia de Normas ISO 9000:2000
- La *European Foundation for Quality Management (EFQM)*
- Herramientas

¿Cómo se hace en mi servicio? ■

- La calidad total: todos los procesos y todas las funciones
- La autoevaluación
- Los conceptos fundamentales de la excelencia
- El modelo EFQM. Estructura y dinámica
- Preguntas claves tras la evaluación
- Planes de mejora

Bibliografía ■

¿Qué es la calidad?

El término calidad puede referirse a diferentes aspectos de la actividad de una organización: el producto o servicio realizado, el proceso seguido, o la producción o sistema de prestación del servicio, pero también, puede entenderse como una corriente de pensamiento que impregna toda la organización. Sin embargo, tanto en el ámbito general como en el sanitario, existen unas creencias erróneas acerca de la calidad y de su control que suponen un obstáculo para el necesario entendimiento entre quienes la exigen y quienes deben conseguirla.

El concepto de calidad como herramienta de gestión ha evolucionado a lo largo de los años, a partir del planteamiento inicial de gestión de la calidad del producto o servicio realizado (planteamiento técnico). Desde entonces, tanto su función como su ámbito han experimentado variaciones. Así en la actualidad la calidad se configura como un modelo de gestión, y el planteamiento de calidad de la gestión como un estilo de dirección implantado en las organizaciones líderes.

El objetivo fundamental de la calidad como filosofía empresarial es mejorar la competitividad de la organización por medio de la satisfacción de las necesidades de sus clientes. Las necesidades pueden estudiarse según diversos puntos de vista –de la teoría económica, del *marketing*, de la psicología y de la economía de la salud–, no siempre coincidentes. Desde todos ellos se han aportado contribuciones al conocimiento de las necesidades que deben tomarse en cuenta al planificar los recursos sanitarios.

Definiciones

El *Diccionario de la Real Academia Española* define calidad como la propiedad o propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie.

La concepción tradicional de calidad, relacionada con prestaciones de un producto o servicio, ha quedado superada por el nuevo enfoque de lo que conocemos como CALIDAD TOTAL, planteamiento más técnico destinado a ser utilizado en la gestión de las organizaciones de todo tipo.

Así, la Norma Internacional ISO 9000:2000 define calidad como grado en el que un conjunto de *CARACTERÍSTICAS* inherentes cumple con los *REQUISITOS*.

La Organización Europea para la Calidad (EOQ) establece que la calidad de un servicio representa el grado en el que cumple las exigencias del cliente al que va destinado.

Para enriquecer el debate, incluimos las definiciones de algunos de los principales expertos en este ámbito:

- **Juran:** *Adecuación al uso* (perspectiva del cliente). Sin un cliente satisfecho que juzgue el producto o servicio adecuado a sus necesidades, no puede hablarse de buena calidad.
- **Crosby:** *Cumplimiento de especificaciones* (perspectiva técnica). Sin una concreción en especificaciones que trasladen al lenguaje técnico los deseos del cliente es muy difícil conseguir los objetivos de calidad del producto o servicio.
- **Deming:** *Un grado predecible de uniformidad y fiabilidad a bajo costo y adecuado a las necesidades del mercado* (perspectiva estadística). Sin una disminución de la variabilidad de las características del producto o servicio no se puede garantizar una calidad uniforme y su mejora permanente.
- **Taguchi:** *Pérdidas mínimas para la sociedad* (perspectiva económica). Sin una eficacia económica que haga competitivo el producto o servicio, carece de sentido el hablar de calidad. Es erróneo pensar que una mayor calidad necesariamente supone más coste.

- **Feigenbaum:** Un sistema eficaz para integrar los esfuerzos de mejora de la gestión que realizan los distintos grupos de la organización con el fin de proporcionar productos o servicios a niveles que permitan la satisfacción del cliente.

A continuación ofrecemos algunas definiciones aplicadas a la calidad en la asistencia sanitaria:

- **Lee y Jones** definieron la buena asistencia médica como la práctica de la medicina racional basada en las ciencias médicas y la aplicación de todos los servicios de la medicina científica moderna a las necesidades de la población. Subrayaron la importancia de las acciones preventivas, la colaboración y la relación interpersonal entre los profesionales sanitarios y los pacientes, y la coordinación con el trabajo social y con todas las clases de los servicios médicos. En su definición de la calidad de la asistencia sanitaria estos autores introducen conceptos, presentes en la definición genérica de calidad de los servicios, tales como la conformidad interna, la prevención y la participación de los consumidores en la prestación del servicio.
- **Esselstyn** propuso dos criterios para determinar si la asistencia médica prestada es de calidad: el grado en que la asistencia está disponible, es aceptable, extensa y documentada, y el grado en que una terapia adecuada se basa en un diagnóstico preciso y no sintomático. En esta definición se contemplan nuevos conceptos: *disponibilidad*, que subraya el carácter de servicio de la asistencia médica –los usuarios de servicios no compran la propiedad sino el uso–, la *aceptabilidad* o satisfacción del cliente y el *registro* de la asistencia prestada.
- **Hare y Barnoon** han formulado una definición de calidad asistencial que ha sido aceptada por la *American Society of Internal Medicine*. Según estos autores, la asistencia médica incorpora un sistema científico para establecer e instaurar la terapia adecuada en la dirección diseñada a fin de satisfacer las necesidades del paciente. Además, la asistencia debe estar siempre disponible, ser eficiente y documentarse adecuadamente.
- **El Joint Committee on Quality Assurance of Ambulatory Care of Children and Youth** ha adoptado una definición ampliada de calidad asistencial. La asistencia médica de calidad incorpora un método científico que detecta los problemas mediante diagnósticos correctos e instaura la terapia apropiada con objeto de satisfacer las necesidades del paciente. La asistencia debe estar siempre disponible, prestarse con efectividad y documentarse adecuadamente. El objeto de la asistencia preventiva es garantizar un crecimiento y desarrollo físico, intelectual y emocional óptimos.
- **Donabedian y Vuori** proponen tres puntos de vista diferentes con objeto de definir la atención médica de calidad en función de los elementos que la integran, los factores resultantes y quién la define.
- Más tarde **Donabedian** ha definido la calidad de la asistencia sanitaria como el grado de utilización de los medios más adecuados con el propósito de conseguir los mayores progresos en la salud.

Así, podríamos concluir que la CALIDAD TOTAL, o de forma genérica, la calidad, consiste en conseguir la satisfacción plena de los requisitos del cliente al menor coste posible para el servicio, con la participación de todo el equipo humano.

Si analizamos esta última definición, nos damos cuenta de que consta de tres partes:

- La primera es el cuerpo de la definición: «satisfacción plena de los requisitos del cliente».
- La segunda impone un condicionante: «al menor coste posible».
- Y la tercera nos indica la principal herramienta que debemos emplear para conseguirlo: «con la participación de todo el equipo humano».

Es decir, que lo primero que exige es identificar quién es el cliente. A veces no tendré un único cliente, sino varios: los pacientes, sus familiares, la Administración, mis colaboradores, el hospital en su conjunto... El siguiente paso, una vez identificados los distintos grupos de clientes, será conocer cuáles son los requisitos, y para ello sólo hay una vía: preguntárselos a los clientes.

Una vez que conozco a mis clientes y sus requisitos, tendré que satisfacerlos *plenamente*. Esta palabra, *plenamente*, no es redundante, sino que indica que no basta con que mis clientes se queden contentos, algo que conseguiría satisfaciendo estrictamente sus expectativas, sino que debo superarlas para conseguir así esa satisfacción plena. Si lo logro, alcanzaré su fidelización, y con ello garantizaré la supervivencia y el desarrollo del servicio. Normalmente, la satisfacción de un cliente es consecuencia de la satisfacción de sus expectativas *explícitas*. Si yo, como profesional sanitario, soy capaz de satisfacer asimismo una serie de requisitos *implícitos* que mi cliente, lego en la materia, no era capaz de identificar al iniciar la relación con mi servicio, pero que después sí que valora, estaré consiguiendo esa satisfacción *plena*.

La calidad total pretende mejorar la gestión del servicio en su conjunto y, evidentemente, va más allá del mero tratamiento médico. «Todo» lo que ocurre en el servicio se ve como un proceso, y todo proceso puede ser mejorado. Esto exige la colaboración de todas las personas que, trabajando en equipo, buscan la excelencia a través de la mejora continua. En definitiva, la calidad total se ocupa tanto de la *gestión de la calidad* de la práctica médica como de la *calidad de la gestión* llevada a cabo en el servicio.

- La calidad no la definen ni el servicio ni las normas: la define el cliente.
- La calidad es relativa, y surge de la comparación con los mejores.
- La calidad que perdura es la que se logra gracias a los valores, organización y sistemas que la propicien, y no es producto de circunstancias afortunadas o de esfuerzos aislados.

En definitiva, ¿por qué CALIDAD TOTAL?

«...Los únicos supervivientes al final de estas dos décadas, serán aquellas compañías con verdadera constancia en la búsqueda de calidad, productividad y servicio.» (W. Edwards Deming)

Sea cual sea la definición de calidad escogida, su validez dependerá del contexto en que se formule. El núcleo esencial de la calidad de la atención médica es el balance de los beneficios y riesgos, que deben ser valorados por un paciente plenamente informado.

Evolución histórica de la gestión de la calidad

El concepto de «calidad» como hoy lo entendemos nace en el siglo xx. Pero desde las primeras civilizaciones se aprecia la preocupación del hombre por el trabajo bien hecho y por la necesidad de atender algunas normas y asumir responsabilidades.

La preocupación por la gestión de la calidad surgió inicialmente en empresas productivas, y en épocas más recientes se extendió a los servicios y, en concreto, al sector sanitario.

Entre los siglos xii y xviii, el concepto de calidad siempre estuvo implícito en la actividad mercantil, aunque no se disponía de especificaciones técnicas. Con un sistema de producción artesanal los problemas de calidad podían resolverse con relativa facilidad puesto que el fabricante, el comprador y las mercancías estaban presentes simultáneamente. Cuando la actividad artesanal se masifica, algunos gremios imponen unos reglamentos que normalizaban la calidad de los productos acabados. Algunas mercancías eran inspeccionadas y selladas por el gremio.

A finales del siglo xix comienza la producción en serie. La producción industrial reduce los costes de producción respecto al sistema artesanal, pero masifica los centros de trabajo,

por lo que surge la necesidad de establecer una división del trabajo. De esta forma al operario no le preocupa el resultado del trabajo que ejecuta; al final de la cadena otro operario inspeccionaba la producción y se encargaba de seleccionar adecuadamente los productos.

La definición clásica de calidad de un producto como conforme con la especificación se puso en práctica en las primeras líneas de producción en cadena a principios del siglo xx. Se impuso la teoría de Taylor, según la cual es necesario supervisar y controlar el trabajo detalladamente si se quiere lograr que esté bien hecho. No cuentan los sentimientos ni la personalidad de los trabajadores. De esta forma se pierde el concepto de profesionalidad del trabajador, que pasa a ser considerado como una máquina.

La Primera Guerra Mundial puso al descubierto que el armamento alemán, por ser más uniforme y utilizar unos estándares de fabricación más rigurosos, era más eficaz que el del resto de países.

Durante el período de entreguerras se introdujeron técnicas estadísticas en la inspección final, lo que evitaba tener que controlar todos los productos. Más tarde se establecieron controles intermedios del producto durante el proceso, con lo que se evitaba rechazar un producto totalmente acabado.

El desarrollo de la industria militar americana, como consecuencia de la Segunda Guerra Mundial, trajo consigo el perfeccionamiento y la adaptación de las técnicas estadísticas, que permitió controlar el proceso con unos parámetros clave. Se trata del control estadístico de procesos.

Durante los años sesenta, y por influencia de los sectores industriales más avanzados (industria del automóvil, industria armamentística, informática y electrónica), empieza a hablarse en los países occidentales primero de fiabilidad y luego de aseguramiento de la calidad. Las normas técnicas DIN, BS e ISO defienden al consumidor y ayudan al diálogo entre el proveedor y el cliente. En Occidente, sólo los especialistas conocían los requisitos de calidad y eran ellos los que resolvían los problemas. De esta forma las organizaciones se dotan de grandes departamentos de calidad, de ingeniería de procesos, etcétera.

A partir de la Segunda Guerra Mundial, Deming, Juran, Ishikawa y otros desarrollan e implantan en la industria japonesa la gestión de la calidad como herramienta estratégica, extendiendo todas las acciones de mejora a todos los ámbitos de la organización; surge así el concepto de calidad total. Es el acercamiento al concepto de calidad desde el enfoque humano. Su aplicación en las empresas de Japón, unido al carácter y disciplina de los japoneses, permitió que este país adquiriera una ventaja competitiva y que se convirtiera en una potencia económica.

En los países de Occidente, la gestión de la calidad total no se desarrolló hasta finales de los años setenta, como respuesta al fuerte avance de los productos japoneses. El aseguramiento de la calidad fue al principio la única forma de gestión de la calidad en las organizaciones más avanzadas. La crisis del petróleo, el incremento de la capacidad productiva y la internacionalización de los mercados, hacen que las organizaciones se replanteen sus formas de actuar, buscando nuevos caminos hacia un incremento de la eficacia y eficiencia de sus sistemas de producción, así como nuevos estilos de dirección y gestión de los recursos humanos. Se llega así a un entorno donde el cliente tiene enormes posibilidades de elección de productos y servicios.

La calidad total preconiza la extensión del concepto «calidad» a todos los ámbitos de la organización, de modo que el hacer las cosas bien desde el principio y a la primera se convierte en su línea regular de actuación. Esto hace imprescindible el desarrollo de unos programas específicos de calidad que incluyan:

- Un compromiso real de toda la dirección.
- El apoyo de los mandos con las tareas de mejora y una participación de todas las personas de la organización.

- Sistemas de participación, motivación y reconocimiento, de modo que la creatividad e iniciativa de los trabajadores sea aprovechable y todas las ideas útiles sean puestas en marcha.
- La búsqueda constante de las necesidades del cliente y la evaluación de su satisfacción persiguiendo su fidelización.
- La mejora continua de todos los ámbitos, departamentos y procesos, tanto los productivos como los de gestión, optimizando los recursos y simplificando los procesos.

Las últimas tendencias en cuanto a calidad buscan alcanzar la *excelencia*, entendida como prácticas sobresalientes en la gestión del servicio y logro de resultados basados en conceptos fundamentales tales como: la orientación hacia los resultados, la orientación al cliente, el liderazgo y la perseverancia, procesos y hechos, implicación de las personas, mejora continua e innovación, alianzas mutuamente beneficiosas y responsabilidad social.

Actualmente coexisten dos grandes modelos de gestión de la calidad:

- Los sistemas de aseguramiento de la calidad, basados en referentes como la ISO 9000, enfocados fundamentalmente al sistema de procesos de la organización y que son herramientas destinadas a que el trabajo realizado cumpla con los requisitos previamente establecidos. Son susceptibles de ser certificados por organismos independientes como AENOR y otros.
- Los modelos de calidad total o excelencia en la gestión, más ambiciosos que los anteriores, a los cuales utilizan como herramientas. Sirven como referencia para buscar la excelencia de una organización y están basados en la estructuración de los principios de la calidad total de modo que se cubran todas las áreas clave. Estos modelos son la base de los grandes premios continentales a la calidad:
 - Premio Nacional a la Calidad, en Japón (Deming), instituido en 1951.
 - Premio Nacional de Calidad, de Estados Unidos (Malcolm Baldrige), instituido en 1986.
 - Premio Europeo a la Calidad, instituido en 1992 por la EFQM.

Terminología básica

Contemplada desde la óptica de la gestión, la calidad requiere un marco teórico general donde desarrollar sus objetivos a través de la unidad de acción que proporcionan los conceptos comunes, estrategias, procesos, formación y motivación.

El estudio de la calidad y de su gestión exige conocer algunos conceptos generales aplicables a cualquier tipo de organización, con independencia de su tamaño y actividad. Estos conceptos son los siguientes:

- **La política de calidad:** comprende el conjunto de directrices y objetivos generales relativos a la calidad expresados formalmente por la dirección; son, pues, los principios generales que guían la actuación de una organización. Forma parte de la política general de la empresa aprobada por los órganos directivos y está constituida por el conjunto de proyectos referidos a la calidad.
- **La gestión de la calidad:** es aquel aspecto de la función directiva que determina y aplica la política de calidad. Comprende tres procesos: planificación, organización y control:
 - **La planificación de la calidad:** constituye el proceso de definición de las políticas de calidad, generación de los objetivos y establecimiento de las estrategias para alcanzarlos. Es la actividad destinada a determinar quiénes son los clientes y cuáles son sus necesidades, y a desarrollar los procesos y productos requeridos para satisfacerlas y transferirlos.

- **La organización para la calidad** es el conjunto de la estructura organizativa, los procesos y los recursos establecidos para gestionar la calidad. Es la división de funciones y tareas y su coordinación.
- **El control de la calidad** abarca las técnicas y actividades de carácter operativo que se llevan a cabo para verificar el cumplimiento de los requisitos relativos a la calidad. Consiste en determinar si la calidad de la producción se corresponde con la calidad del diseño. Es el proceso a través del cual se puede medir la calidad real, compararla con las normas y actuar sobre la diferencia.
- **La mejora de la calidad:** supone la planificación y creación de un cambio ventajoso. No consiste sólo en eliminar los picos esporádicos de mala calidad –objeto del control–, sino en un proceso planificado de búsqueda del perfeccionamiento.
- **El sistema de calidad:** es el conjunto de la estructura de la organización, las responsabilidades, los procedimientos, los procesos y los recursos que se disponen para llevar a cabo la gestión de la calidad. Es el conjunto de los planes formales de calidad.
- **La calidad total:** es el conjunto de principios, de estrategia global, que intenta movilizar a toda la organización con el fin de obtener una mejor satisfacción del cliente al menor coste.
- **Las alianzas:** son las relaciones de trabajo entre dos o más partes que crean un valor añadido para el cliente. Entre los participantes en una alianza figuran, entre otros, proveedores, distribuidores, *joint ventures*.
- **El aprendizaje:** es la adquisición y comprensión de la información que puede conducir a la mejora o al cambio.
- **Los grupos de interés:** son todos aquellos grupos que tienen interés en una organización, y en sus actividades y sus logros. Entre ellos los clientes, asociados, empleados, accionistas, propietarios, gobierno y legisladores.
- **Los líderes:** son quienes coordinan y equilibran los intereses de todos los grupos que tienen algún tipo de interés en la organización, incluidos el equipo de dirección, los demás directivos y todos aquellos que dirigen equipos o participan de la función liderazgo.
- **La misión:** es la declaración que describe el propósito o razón de ser de una organización.
- **La percepción:** es la opinión de un individuo o grupo de personas.
- **Las personas:** es el conjunto de individuos empleados en la organización, incluidos los contratados a tiempo completo o parcial, los trabajadores temporales y los sujetos a contratos específicos.
- **El proceso:** es la secuencia de actividades que van añadiendo valor mientras se elabora un determinado producto o servicio a partir de determinadas aportaciones.
- **Los valores:** son los conceptos y expectativas que definen el comportamiento de las personas de la organización y determinan todas sus relaciones.
- **La visión:** es la declaración en la que se refleja cómo desea ser la organización en el futuro.

La familia de normas ISO 9000:2000

El aseguramiento de la calidad es el conjunto de acciones planificadas y sistemáticas necesarias para proporcionar la suficiente certeza de que una tarea realizada cumple las exigencias de calidad previamente establecidas. Es, en definitiva, la incorporación de la calidad al servicio de forma planificada, desde la fase de concepción o diseño de una nueva práctica médica hasta su implantación definitiva.

Éste es el origen de la familia de Normas ISO 9000 (www.aenor.es).

- ISO 9000: describe los fundamentos de los sistemas de gestión de la calidad y especifica la terminología necesaria.

- ISO 9001: especifica los requisitos de los sistemas de gestión de la calidad (SGC) aplicables a toda organización que necesite demostrar su capacidad de proporcionar productos que cumplan los requisitos de sus clientes y los reglamentos que les sean de aplicación, y su objetivo es aumentar la satisfacción del cliente. Es la norma *certificable*.
- ISO 9004: proporciona directrices que contemplan tanto la eficacia como la eficiencia del SGC. El objetivo de esta norma es la mejora del desempeño de la organización y la satisfacción del cliente y de otras partes interesadas.
- ISO 10011: es una guía para auditar sistemas de calidad.
- ISO 19011: proporciona orientación relativa a auditorías de SGC y SGM.

El propósito de la Norma ISO 9001:2000 es conseguir la satisfacción del cliente a través de la implantación efectiva del sistema de gestión de la calidad.

La documentación del sistema de gestión incluirá los procedimientos que la norma prescribe y los requeridos por la propia organización para garantizar la implantación y control de sus procesos. La cantidad de documentación dependerá del tamaño y tipo de la organización, de la complejidad e interacción de sus procesos y de la competencia del personal.

La European Foundation for Quality Management (EFQM)

Introducción

La *European Foundation for Quality Management* (EFQM) fue creada a iniciativa de 14 empresas de Europa occidental en 1988. En enero de 2001, la EFQM contaba con más de 825 miembros de la mayor parte de los países y sectores empresariales de Europa.

Su misión es impulsar la excelencia en las organizaciones europeas de manera sostenida. Su visión es un mundo en el que las organizaciones europeas sobresalgan por su excelencia (www.efqm.org).

El modelo europeo

El Modelo Europeo, o Modelo EFQM de Excelencia, tiene una doble aplicación:

- Es la base para el Premio Europeo a la Calidad.
- Es una herramienta de autoevaluación: diagnóstico y gestión para la mejora.

El modelo se compone de:

- Criterios de autoevaluación basados en una serie de conceptos clave.
- Proceso de autoevaluación.
- Método de puntuación.

Los beneficios de su aplicación son los que se enumeran a continuación:

- Enfoque riguroso y estructurado para la mejora continua y el establecimiento de prioridades.
- Evaluación basada en hechos.
- Instrumento para medir el progreso.
- Medio de conseguir coherencia y consenso.
- Manera de formar al personal en lo que respecta a cómo aplicar los principios de la calidad total.
- Forma de integrar diferentes alternativas.
- Potente herramienta común de diagnóstico: un mismo «idioma».
- Evaluación frente a un conjunto de criterios ampliamente aceptados en Europa.
- Amplia cobertura: todos los niveles, todas las funciones.
- Comparación interna y de toma de posición con otras organizaciones europeas o del resto del mundo.

Algunos de los ganadores del Premio Europeo son:

- Rank Xerox Limited.
- Milliken European Division.
- D2D (Design to Distribution) Ltd.
- Texas Instruments Europe.
- BRISA.
- SGS-THOMSON Microelectronics.
- Beksa.
- TNT United Kingdom Ltd.
- Landhotel Schindlerhof.
- Beko Ticaret.
- Yellow Pages.
- Volvo Cars Gent.
- DiEU.
- Servitique Network Services.
- Nokia Mobile Phones, Europe and Africa.
- Inland Revenue, Accounts Office Cumbernauld.
- Burton-Apta Refractory Manufacturing Ltd.
- St. Mary's College Northern Ireland.
- Zahnarztpraxis Switzerland.
- Springfarm Architectural Mouldings Ltd.

Herramientas

El concepto de calidad aplicado a la atención médica hace referencia a la capacidad que, con distinto grado, puede tener una organización o un acto concreto de asistencia sanitaria para satisfacer las necesidades de los consumidores de los servicios de salud.

A continuación vamos a presentar una serie de herramientas a través de las cuales el servicio puede desarrollar los conceptos anteriores.

Gestión por procesos

La gestión por procesos es un sistema de trabajo enfocado a perseguir la mejora continua del funcionamiento de las actividades de una organización mediante la identificación, la selección, la descripción, la documentación y la mejora de los procesos. La orientación hacia los procesos requerirá:

- Identificar los procesos que se llevan a cabo en el servicio.
- Determinar su secuencia e interacción.
- Determinar criterios y métodos para garantizar su implantación y seguimiento.
- Garantizar la disponibilidad de recursos e información.
- Seguimiento, medida y análisis.
- Implantar las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados.
- Mejora continua de los procesos.

Las claves del éxito de la gestión por procesos son las que se detallan a continuación:

- Contar con el apoyo de la dirección.
- Elegir bien al responsable del proceso.
- Delegar la necesaria autoridad y confianza en el equipo de trabajo.
- Proporcionar los suficientes recursos.

- Facultar la formación de los empleados en gestión por procesos.
- Establecer y mantener un sistema de información eficaz.
- Establecer objetivos claramente entendibles y medibles.
- Llevar a cabo una revisión periódica.
- Ser paciente.

Existen diferentes tipos de procesos que hay que identificar dentro de una organización. Una posible clasificación de los mismos es la que se detalla a continuación:

- **Procesos estratégicos:** desarrollo de la visión y estrategia de la organización, *marketing*, etcétera.
- **Procesos operativos:** diseño de nuevos servicios, prestación del servicio, gestión de proveedores, etcétera.
- **Procesos de apoyo:** los relacionados con recursos humanos, sistemas de información, financieros, etcétera.

Otra posible clasificación de los procesos es la siguiente:

- **Procesos clave:** son los que están orientados al cliente y que involucran un alto porcentaje de los recursos de la organización.
- **Procesos críticos:** son los que suponen un alto riesgo técnico o tecnológico, o los que pueden presentar, de forma continua o esporádica, situaciones o riesgos de operar «fuera de control» o presentar resultados que no cumplen con los requerimientos del cliente.

El problema que plantea la gestión por procesos es la propia identificación de éstos. Así pues, ¿qué criterios podemos seguir para identificar los procesos adecuadamente? Los posibles criterios para asignar prioridades a efectos de selección son:

- Escuchar la voz del cliente.
- Factores críticos de éxito.
- Razones de competencia.
- Cambios en el entorno que afectan al proceso.
- *Benchmarking*.
- Evaluación negativa del proceso.
- Nuevas tecnologías.
- Innovación.
- Impacto en las personas.

Benchmarking

El *benchmarking* se puede definir como el resultado de realizar una serie de actividades de manera sistemática y continua con el objetivo final de:

- Identificar el punto de referencia (*benchmark*).
- Compararse con él.
- Identificar las prácticas o métodos que permitan convertirse en el mejor.

El *benchmark*, o punto de referencia, es cualquier resultado considerado como «el mejor». Este resultado se convierte en un estándar de excelencia reconocido con el que compararse. ¿Qué es necesario para tener éxito?

- Una actitud: tener voluntad de aprender de los demás.
- Establecer una práctica de *benchmarking* y un sistema de comunicación constante y generalizado.
- Contar con la involucración y respaldo de los empleados.

El objetivo del *benchmarking* es realizar cambios que:

- Conduzcan a mejoras continuas y cuantificables en servicios, procesos, etcétera.
- Den lugar a una ventaja competitiva, y a la satisfacción y fidelización del cliente.

Existen diferentes tipos de *benchmarking*:

- Interno: Se da dentro de la misma organización. Es muy indicado para el intercambio de experiencias y para homogeneizar formas de trabajo.
- Competitivo: Consiste en la comparación de productos, servicios y resultados con los principales competidores. Plantea dificultades de comparación.
- Funcional: Establece la comparación de procesos con líderes funcionales dentro del mismo sector que no son competidores directos.
- Genérico: Establece la comparación de procesos con líderes de otro sector.
- Ingeniería inversa: Consiste en comparar el diseño de productos con la competencia.

¿Por qué en la sociedad actual se plantea la opción de realizar *benchmarking*?

«Si conoces a tu enemigo y a ti mismo, no debes tener temor por el resultado de 100 batallas.»

«La investigación es el prelude de la victoria.» El Arte de la Guerra. Sun Tzu (500 a. J.C.)

Gestión por competencias

Para preparar el futuro, debemos anticiparnos a la evolución de las actividades y necesidades de las competencias profesionales.

Para hacer frente a las necesarias ganancias de productividad y a los cambios en las organizaciones, la gestión previsional de los empleos debe favorecer la adaptación de las poblaciones, la movilidad en los recorridos profesionales a través de un plan de formación ambicioso.

¿Con qué misión?

La misión sería aquí la previsión de necesidades de personal y evolución de plantillas con tiempo suficiente, planificando y efectuando las acciones de ajuste necesarias que permitan preservar y mantener de manera dinámica las competencias de la organización frente a los impactos que afectan al empleo, y que motiven y desarrollen al personal del que depende el «saber hacer» del servicio como una de las ventajas competitivas.

Los objetivos específicos de la gestión planificada son:

- Prever la evolución de necesidades de personal y de la plantilla, calculando los desajustes cuantitativos y cualitativos.
- Diseñar y establecer planes de ajuste de los desequilibrios o déficit de competencias profesionales a corto y medio plazo.
- Ejecutar las acciones de flujo de recursos internos o externos que permitan el ajuste cuantitativo y cualitativo de necesidades de personal.
- Conocer el potencial de la plantilla y gestionar el personal clave del servicio para mantenerlo motivado y desarrollado profesionalmente, a fin de cubrir las necesidades presentes y futuras del servicio.
- Gestionar local y centralmente el sistema de información de recursos humanos del servicio para poder analizar colectiva e individualmente el potencial y adecuación de las personas a las exigencias presentes y futuras.

El análisis de las necesidades y la fijación de los objetivos de formación recurren a menudo a conceptos que pertenecen a la psicología. Destacaremos aquí los principales, apli-

cables al contexto de la ingeniería de la formación, y los definiremos de manera simplificada:

- **Potencial:** Conjunto de competencias y de aptitudes que posee un individuo (o un conjunto de individuos) y que pueden ser aplicadas en una situación de trabajo.
- **Competencias:** Conjunto de saberes, técnicas y aptitudes que son directamente útiles y aplicables en el contexto particular de una situación de trabajo. La competencia materializa una o varias de las capacidades que posee el sujeto.
- **Capacidad:** Una o varias operaciones (intelectuales, manuales...) que el individuo es capaz de poner en práctica.
Una capacidad puede concretarse en uno o varios comportamientos. A la inversa, un comportamiento puede referirse a varias capacidades.
- **Comportamiento:** Acción observable que un individuo pone en práctica en una situación dada.
- **Actitud:** Disposición global y constante que permite al individuo prever, evaluar y regular una acción. Una actitud no es directamente observable. Sólo puede captarse mediante la observación de los comportamientos a que da lugar.

Con estas bases, y ante las perspectivas de la sociedad actual, el perfil exigido a un nuevo jefe de servicio consta de las siguientes características:

- Asegurar la calidad del servicio.
- Dominar los medios de prestación del servicio.
- Establecer relaciones internas proveedor-cliente.
- Gestionar administrativamente la unidad.
- Gestionar económicamente el servicio.
- Gestionar el mantenimiento de los medios.
- Gestionar la formación de sus compañeros.
- Gestionar la organización de su servicio.
- Gestionar la prestación de su servicio.
- Pilotar grupos de trabajo.

Gestión por la satisfacción del cliente

La satisfacción de nuestros clientes es la razón de ser de un servicio. La única manera de conocer su nivel de satisfacción es preguntándoles. En el diseño de la metodología con que deseamos evaluar su nivel de satisfacción deberemos tener en cuenta sistemas de medición para cerciorarnos de que nos van a facilitar una información fiable.

Las herramientas para medir la satisfacción del cliente deben ayudarnos a comprenderle mejor y a perfeccionar nuestra gestión. Es necesario desarrollar un instrumento fiable para descubrir el nivel actual de satisfacción del cliente y comprobar si su opinión cambia en distintos momentos. Asimismo, tienen que permitirnos identificar las relaciones existentes entre la forma en que realizamos nuestros procesos y su nivel de satisfacción.

La relación cliente-proveedor interno

Dentro de nuestro servicio todos somos clientes y proveedores internos de nuestros compañeros. El objeto de la relación puede ser la información, los materiales, la colaboración, etcétera. Podemos definir como cliente interno a todo aquel que necesita de mí para realizar su trabajo.

La existencia de las organizaciones se centra en los clientes, tanto internos como externos; ellos son el eje de cualquier organización. La relación entre ellos debe ser constante.

Si no hay satisfacción entre los clientes internos (servicios, jefes, colaboradores) no podrá haber satisfacción del cliente externo.

Si la estructura interna no es buena, la percepción externa tampoco lo será.

Para conseguirlo daremos dos pasos importantes:

- Tomar conciencia de que debe existir una buena relación entre la calidad de servicio interna y externa para asegurar el buen funcionamiento del servicio.
- Aplicar los métodos más adecuados para implantar y medir la calidad.

Para evaluar la calidad del servicio debemos establecer unas variables relacionadas con los aspectos que detecte el cliente y que sean fáciles de medir. Estas variables pueden ser:

- Cuantitativas: tiempos de espera, número de llamadas, retrasos, etcétera.
- Cualitativas: amabilidad, cortesía, clima, etcétera.
- Propias del servicio: imprevistos, teléfonos, correos electrónicos, etcétera.
- Cualitativas del servicio: competencia de las personas, fiabilidad del servicio, satisfacción mutua alcanzada, etcétera.

Existen varias maneras de medir la calidad en los servicios:

- Estadísticamente: qué tanto por ciento de los clientes formula una reclamación por impuntualidad en las horas de consulta.
- Cuantificadamente: listas de espera.
- A través de los efectos: resultados de las intervenciones.
- Por medio de las actitudes: amabilidad, cortesía, descuido.
- A causa de las conductas observables: honestidad-decepción, rapidez-lentitud.
- En relación con el tiempo: tiempos de espera, retrasos.
- En función del grado de satisfacción del usuario: satisfecho, insatisfecho.
- A través del estudio de reclamaciones.

De todas estas variables, seleccionaremos las que más se adecuen a nuestro servicio. Una buena forma de comenzar es preguntar a una muestra significativa de clientes por los atributos de la atención sanitaria que les prestamos que puedan ser causa de satisfacción o queja. Una vez identificados, se redactarán los documentos necesarios para recabar datos con el fin de conocer la situación actual. Todos los datos obtenidos se tratarán y se distribuirán internamente para que se puedan realizar los cambios necesarios en los procesos.

Grupos de trabajo

El trabajo en equipo dentro de una organización supone la incorporación de las personas a la mejora de la calidad.

«Los recursos humanos son el principal activo de una organización.»

Ésta es una máxima que no debe olvidar ninguna organización cuyo objetivo último sea alcanzar la excelencia.

Si la calidad es considerada sinónimo de excelencia, la concepción de un programa de la calidad no debe estar basada únicamente en aspectos técnicos, materiales u operativos. Debe estar fundada, además, sobre los recursos humanos de la organización. Esto significa que el grado de éxito que se alcance con dicho programa depende directamente de la implicación que tenga todo el personal de la organización en los niveles y en las responsabilidades que a cada uno le competen.

En toda organización coexisten siempre múltiples problemas que requieren una solución, y personas suficientemente preparadas para resolverlos. Parece oportuno, por tanto, utilizar la creatividad humana para que desaparezcan esos problemas.

Esta participación debe ser articulada y conseguida mediante el *fomento de grupos o equipos* de personas que alcancen un alto grado de integración y satisfacción.

A la hora de crear un grupo de trabajo para acometer un proyecto, hay que escoger a una serie de personas, profesionales que pueden desarrollar la misma o diferentes funciones. Este grupo de personas habrá de ser dinamizado y convertido en un equipo coordinado de trabajo.

Uno de los objetivos fundamentales de la incorporación de todo el personal, a través de grupos estructurados, a la mejora de la calidad del servicio, es que tales grupos sean capaces de analizar y resolver los problemas que existen en el desarrollo de su trabajo, mediante técnicas de solución de problemas.

Existen numerosos tipos de grupos de trabajo, tantos como problemáticas se puedan presentar. Los más comunes son los que aparecen en la Tabla 13.1.

Las características de un grupo eficaz son las que se enumeran a continuación:

- Propósito compartido: todo el grupo tiene claro el trabajo que hay que hacer. Clara asignación de responsabilidades y papeles.
- *Empowerment*: el equipo tiene iniciativa y capacidad para tomar decisiones. Todos se sienten responsables de las decisiones del grupo.
- Relaciones y comunicación fluida: ambiente informal y relajado. Las habilidades de comunicación están desarrolladas en todos los integrantes. Escuchan y hacen contribuciones (opiniones, ideas, etc.) sin temor a ser criticados, ya que las críticas son constructivas. Se analizan los desacuerdos, que son percibidos como oportunidades y no como incomodidades.
- Flexibilidad: tienen un estilo de liderazgo participativo, que puede ser desarrollado por distintos integrantes en distintos momentos. No se ciñen a estructuras ni modos de funcionamiento fijos. Se adaptan fácilmente a situaciones cambiantes.
- Óptimo rendimiento: el rendimiento es de alta calidad. Cumplen las especificaciones de coste, calidad y tiempo. Se consiguen los objetivos marcados. Utilizan métodos de trabajo adaptados a la situación. Se analiza periódicamente el propio funcionamiento del equipo.

TABLA 13.1 *Tipos de grupos de trabajo.*

Tipos	Pertenencia	Actividades acometidas	Duración	Procedencia de los miembros
<i>Unidades autogestionadas</i>	Obligatoria	Todas las actividades	Indefinida	Misma actividad
<i>Círculos de calidad</i>	Voluntaria	Identificadas por los propios miembros	Indefinida	Misma actividad
<i>Grupos funcionales</i>	Obligatoria	Mejora de la función (un área)	Indefinida	Misma función
<i>Grupos de mejora</i>	Obligatoria	Problemas concretos que se han presentado	Hasta la resolución del problema	Indefinido (los más apropiados para resolver el problema)

- Reconocimiento por parte de la línea jerárquica.
- Motivación: los integrantes están satisfechos de pertenecer al grupo. Existe orgullo de pertenencia. Los valores y necesidades individuales encuentran respuesta en los valores y metas de la totalidad del grupo. Existe satisfacción por el modo en que el grupo funciona.

Todos los grupos atraviesan ciclos buenos y malos a lo largo del tiempo. Así, las fases de desarrollo de un equipo son las siguientes:

■ Fase 1: Orientación.

- Personalismo. No existe un objetivo común, se funciona por intereses particulares.
- Expectación, tensión, ansiedad... ¿Qué es lo que tengo que hacer?, ¿qué se espera de mí? Alto nivel de energía.
- Dependencia. Tendencia a preguntar al «jefe» del grupo.
- Formalidad. No hay relaciones fluidas y se recurre a comportamientos formales.
- Desorientación: ¿Por dónde empezamos?

■ Fase 2: Insatisfacción.

- Insatisfacción con metas, funciones, normas de funcionamiento.
- Expectativas no cumplidas.
- Posturas individuales y defensa de intereses encontrados. Conflicto.
- Competición y rivalidad en el equipo.
- Alianzas y búsqueda de apoyos. Polarización del grupo.
- La resolución de esta etapa determina la confianza entre los integrantes del grupo.

■ Fase 3: Resolución.

- Aparecen normas para el funcionamiento del grupo que son aceptadas por todos.
- Se organiza el funcionamiento del equipo.
- Asunción de responsabilidad común.
- Aparece el «nosotros» y un lenguaje común.
- Los conflictos se minimizan para asegurar las buenas relaciones entre los integrantes.
- Disminuye la insatisfacción. Se desarrollan la autoestima y la confianza.

■ Fase 4: Producción.

- Relaciones interpersonales fluidas y espontáneas.
- Focalización en las metas del grupo. Orientación a la tarea.
- Satisfacción del grupo. Confianza en el éxito.
- Sentimiento de orgullo y pertenencia.
- Alto rendimiento.
- *Perform.*

La duración de estos altibajos varía de un equipo a otro en función de la rapidez con que progresen y solucionen obstáculos o problemas:

- La intensidad y duración de las etapas varía de un equipo a otro. A veces, la etapa de pleno funcionamiento se alcanzará rápidamente; otras veces tardará meses en alcanzarse.
- Ser consciente de las etapas de crecimiento evitará el pesimismo desmesurado ante problemas normales y la aparición de expectativas no realistas que sólo añaden frustración.

¿Cómo se hace en mi servicio?

Y ante este bombardeo de ideas nuevas, de retos apasionantes, ¿qué pasos debemos seguir para alcanzar esa calidad total, incluso esa excelencia en la gestión de la que todo el mundo habla? ¿Cómo empezamos?

La calidad total: todos los procesos y todas las funciones

¿Cuál es el primer paso? Un cambio en nuestra forma de pensar. En primer lugar, debemos presentar a todo el personal del servicio el proyecto que se quiere acometer, y a continuación difundir la filosofía de la calidad total.

- Frente al criterio clásico de calidad que entiende ésta como relativa solamente a la práctica médica, la calidad total abarca todas las actividades que se realizan dentro del servicio.
- Frente al criterio clásico de que la responsabilidad sobre la calidad es exclusiva de las personas encargadas de la práctica médica, la calidad total significa el compromiso de cada uno de los integrantes del servicio, sea cual sea su puesto de trabajo y actividad.
- Frente al criterio clásico de entender que los clientes son únicamente las personas ajenas al servicio, la calidad total considera que dentro del servicio, cada persona es proveedor y cliente, interno o externo, de otras personas.
- Frente al criterio clásico de detectar y luego corregir, la calidad total pone énfasis en la prevención con el objetivo de hacer las cosas bien a la primera.
- Frente a las actitudes personalistas, la calidad total busca la participación y el compromiso de todos y tiene como propósito obtener la satisfacción de todas las personas del servicio con su trabajo.

Ahora bien, ante estas consideraciones podemos plantearnos algunas preguntas:

- ¿Cómo medir todo esto?
- ¿Cómo saber si mejoramos de forma global y cuánto mejoramos?
- ¿Con qué objetivos estratégicos?
- ¿Con qué patrones de comparación?
- ¿Hacia dónde dirigir nuestros esfuerzos para...:
 - Ser más competitivos.
 - Asegurar la satisfacción de nuestros pacientes.
 - Asegurar la satisfacción de nuestros empleados?

El primer paso que habremos de dar, una vez creado el clima propicio entre nuestros colaboradores, será realizar un diagnóstico de nuestra situación en materia de calidad. Se trata de lo que en nuestro ámbito llamamos una autoevaluación.

La autoevaluación

Objetivo

Análisis y diagnóstico de la compañía para establecer:

- Puntos fuertes.
- Áreas susceptibles de mejora.
- Planes de acción.
- Mecanismos de revisión y mejora continua.

¿Cómo?:

- Una herramienta: el Modelo EFQM de Excelencia.
- Una metodología.
- Una labor de equipo.

La autoevaluación es un examen global, sistemático y regular de las actividades y resultados de una organización comparados con el Modelo EFQM de Excelencia.

La autoevaluación ofrece una fotografía del estado del servicio «en un momento preciso», expresada habitualmente en una serie de puntos fuertes, áreas de mejora y una puntuación.

Proceso de autoevaluación

La Figura 13.1 constituye una representación gráfica de los diferentes componentes del proceso de autoevaluación:

Alcanzar el consenso en el servicio constituye la base del debate y desarrollo de las cuestiones que se le plantean a la organización y es garantía de la implicación y compromiso de las personas clave.

La comprensión de los puntos fuertes y oportunidades de mejora del servicio ayuda a enfocar todas las actividades de *benchmarking* hacia aquellas áreas donde se pueden obtener los mayores beneficios.

La autoevaluación constituye un potente mecanismo para establecer y apoyar las actividades de mejora del servicio. Sin embargo, el análisis no producirá un cambio a mejor a menos que se establezcan y apliquen planes prácticos de mejora que cuenten con el apoyo completo y continuo de los responsables del servicio.

Ventajas de la autoevaluación

Todo este trabajo, ¿reportará algún beneficio?

- El Modelo identifica los puntos fuertes y las áreas de mejora del servicio.

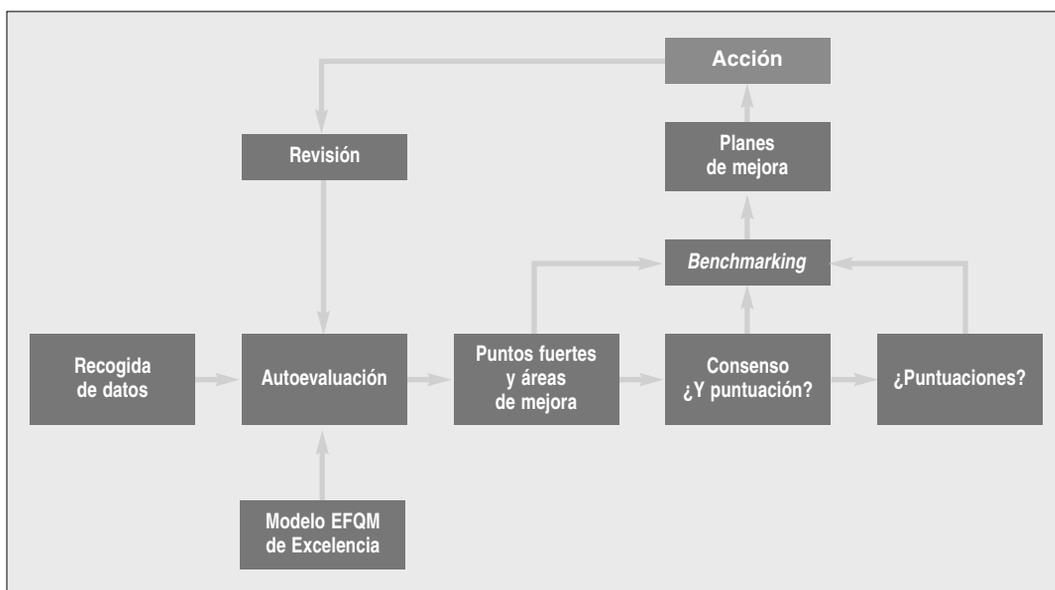


Figura 13.1. Proceso de autoevaluación.

- Proporciona un enfoque altamente estructurado y basado en hechos que permite identificar y evaluar la organización y medir su avance periódicamente.
- Crea un lenguaje y un marco conceptual comunes que permite gestionar y mejorar el servicio.
- Forma a las personas de la organización en los conceptos fundamentales de la excelencia y en la relación que guardan con sus responsabilidades.
- Implica a las personas de todos los niveles y unidades en el proceso de mejora.
- Evalúa de manera coherente el servicio a nivel general y particular.
- Identifica y permite compartir las «mejores prácticas» dentro del servicio.
- Facilita las comparaciones con otras organizaciones, de naturaleza similar o diversa, utilizando un conjunto de criterios ampliamente aceptados en Europa.
- Integra las distintas iniciativas de mejora en las operaciones normales del servicio.
- Mejora el desarrollo del plan y la estrategia del servicio.
- Ofrece oportunidades para reconocer tanto el progreso como los niveles sobresalientes de rendimiento mediante premios internos.
- Prepara al servicio para solicitar el Premio Europeo a la Calidad.
- Los ganadores de Premios a la Calidad mejoran sus resultados financieros, es decir, económicamente resulta muy ventajoso adoptar los principios de excelencia.

Los conceptos fundamentales de la excelencia

El Modelo EFQM de Excelencia se basa en un conjunto de ocho conceptos fundamentales. Estos conceptos sostienen la definición de «excelencia»:

1. Orientación hacia los resultados

La excelencia depende del equilibrio y la satisfacción de las necesidades de todos los grupos de interés relevantes para la organización: las personas que trabajan en ella, los pacientes, los proveedores y la sociedad en general.

2. Orientación al cliente

El cliente es el árbitro final de la calidad del servicio. El mejor modo de optimizar su fidelidad es mediante una orientación clara hacia las necesidades de los clientes actuales y potenciales.

3. Liderazgo y constancia en los objetivos

El comportamiento de los líderes de una organización suscita en ella claridad y unidad en los objetivos, así como un ambiente que permite a la organización y a las personas que la integran alcanzar la excelencia.

4. Gestión por procesos y hechos

Las organizaciones actúan de manera más eficaz cuando todas sus actividades interrelacionadas se comprenden y gestionan de manera sistemática, y las decisiones relativas a las operaciones en vigor y a las mejoras planificadas se adoptan a partir de información fiable que incluye las percepciones de todos sus grupos de interés.

5. Desarrollo e implicación de las personas

El potencial de cada una de las personas de la organización aflora mejor porque existen valores compartidos y un ambiente de confianza y asunción de responsabilidades que fomenta la implicación de todos.

6. Aprendizaje, innovación y mejora continuos

Las organizaciones alcanzan su máximo rendimiento cuando gestionan y comparten su conocimiento dentro de un ambiente general de aprendizaje, innovación y mejora continuos.

7. Desarrollo de alianzas

La organización trabaja de un modo más eficaz cuando establece con sus *parteners* unas relaciones mutuamente beneficiosas basadas en la confianza, en compartir el conocimiento y en la integración.

8. Responsabilidad social

El mejor modo de servir a los intereses a largo plazo de la organización y de las personas que la integran es adoptar un enfoque ético, superando las expectativas y la normativa de la sociedad en su conjunto.

El Modelo EFQM. Estructura y dinámica

Estructura del modelo

El Modelo EFQM de Excelencia es un marco de trabajo no prescriptivo que consta de nueve criterios. Cinco de ellos son *agentes facilitadores* y cuatro son *resultados*. Los criterios que hacen referencia a un *agente facilitador* tratan sobre lo que la organización hace. Los criterios que hacen referencia a un *resultado* tratan sobre lo que la organización logra. Los *resultados* son consecuencia de los *agentes facilitadores*. El Modelo preconiza que *los resultados excelentes con respecto al rendimiento de la organización, a los clientes, las personas y la sociedad se logran mediante un liderazgo que dirija e impulse la política y estrategia, las personas de la organización, las alianzas y recursos, y los procesos* (Fig. 13.2).

Cada uno de los recuadros de la Figura 13.2 corresponde a los criterios que nos sirven para evaluar el progreso de una organización hacia la excelencia:

- Cinco criterios *agentes*, del 1 al 5, que reflejan cómo la organización obtiene sus resultados (Tabla 13.2).
- Cuatro criterios *resultados*, del 6 al 9, que tratan de lo que la organización ha conseguido.

Cada criterio está desarrollado con más detalle en una serie de subcriterios.

Algunas de las relaciones más importantes se encuentran entre los criterios:

3	Y	7
4.5	Y	9
2	Y	6, 7, 8, 9

Esquema lógico Reder

En los fundamentos del Modelo se encuentra un esquema lógico que denominamos con la sigla REDER (en inglés RADAR). Lo forman cuatro elementos (Cuadro 13.1).

- Determinar los **resultados** que se quieren lograr.
- Planificar y desarrollar los **enfoques** que conduzcan a los resultados previstos poniendo de manifiesto el «valor añadido».
- **Despliegue** sistemático de los enfoques en los sectores de mayor relevancia.
- **Evaluación y revisión** de los enfoques a través del seguimiento y análisis de los resultados.

Al utilizar el Modelo en una organización los elementos «Enfoque», «Despliegue», «Evaluación» y «Revisión» del esquema lógico REDER deben abordarse en cada subcriterio del grupo «*Agentes facilitadores*».



Figura 13.2. Estructura del Modelo EFQM.

El elemento «Resultados» debe abordarse en cada subcriterio del grupo «Resultados». La **lógica REDER** significa que una organización debe:

- Determinar los resultados que desea alcanzar.
- Planificar y desarrollar los enfoques que va a utilizar.
- Desplegar sistemáticamente esos enfoques.
- Evaluar y revisar los enfoques, y luego priorizar, planificar e implementar las mejoras.

Criterios de puntuación

Cada criterio tiene asignada una puntuación determinada. La máxima puntuación alcanzable son 1000 puntos: 500 el conjunto de criterios *resultados* y 500 el conjunto de criterios *agentes*. Cada uno de los nueve criterios tiene una puntuación máxima.

Los pesos específicos se muestran en la Figura 13.3. Estos pesos están ampliamente aceptados y son revisados cada cierto tiempo por los expertos de la EFQM para comprobar su vigencia.

Preguntas clave tras la evaluación

Una vez que hemos llevado a cabo la evaluación se nos plantean diferentes cuestiones:

- ¿Qué puntos fuertes hemos identificado que puedan mantenerse y aprovecharse al máximo?
- ¿Qué puntos fuertes necesitan aún más desarrollo?
- ¿Qué áreas susceptibles de mejora reconocemos pero consideramos no esenciales o prioritarias?
- ¿Qué áreas susceptibles de mejora decidimos que son de máxima importancia por su criticidad o potencial?

¿Cómo se hace en mi servicio?

- ¿Cómo vamos a supervisar nuestro progreso frente a las acciones implantadas?

La autoevaluación permite a las organizaciones distinguir claramente los puntos fuertes de las áreas de mejora, y culmina en acciones de mejora planificadas y en el seguimiento del progreso realizado.

Planes de mejora

Como consecuencia de la autoevaluación habremos identificado una serie de puntos fuertes y áreas de mejora. El siguiente paso será jerarquizarlos partiendo de la política y estrategia del servicio y de los recursos disponibles. A partir de ahí entraremos en la dinámica de progreso, que desarrollaremos en forma de planes de mejora.

Cada plan de mejora buscará enriquecer un aspecto de la gestión del servicio, y deberá estructurarse con el siguiente contenido:

- Objeto del plan.
- Responsable y equipo de apoyo.
- Objetivos perseguidos.
- Indicadores de progreso.
- Situación de partida.
- Recursos necesarios.
- Plazos y calendario de seguimiento.
- Metodología: qué se va a hacer, quién lo va a hacer y cuándo.

Si bien las actividades de mejora identificadas y los consecuentes planes de mejora son específicos de cada organización, en la mayor parte de los casos los pasos que se dan en la primera etapa coinciden.

Ya que la filosofía de la gestión en calidad total gira alrededor de los clientes, el primer paso que deberemos dar consistirá precisamente en *evaluar la satisfacción de mis clientes*. Para ello habremos de identificar estructuradamente quiénes son: pacientes, familiares, la Administración, otros servicios..., para pasar a evaluar después su satisfacción. Se trata de un proyecto que nos va a aportar mucha información sobre todo lo que estamos haciendo, sobre cómo se nos percibe y sobre lo que se demanda de nosotros en general.

TABLA 13.2 Agentes facilitadores y resultados.

Agentes facilitadores: 5 criterios	Resultados: 4 criterios
1. Liderazgo	6. Resultados en los clientes
2. Política y estrategia	7. Resultados en las personas
3. Personas	8. Resultados en la sociedad
4. Alianzas y recursos	9. Resultados clave
5. Procesos	

Una vez que sé lo que mis clientes esperan de mi servicio, el siguiente paso será rediseñar y gestionar mis procesos orientado por sus demandas. Dicho de otra manera, tendré que replantearme todo lo que hago en función de los requisitos de mis clientes y, a partir de ahí, verificar que todo lo que se hace esté adecuadamente gestionado, esto es, establecer un modelo de gestión por procesos (desarrollado en *Gestión por procesos* de este mismo Capítulo).

CUADRO 13.1 Esquema lógico de Reder

Resultados
Enfoque
Despliegue
Evaluación
Revisión

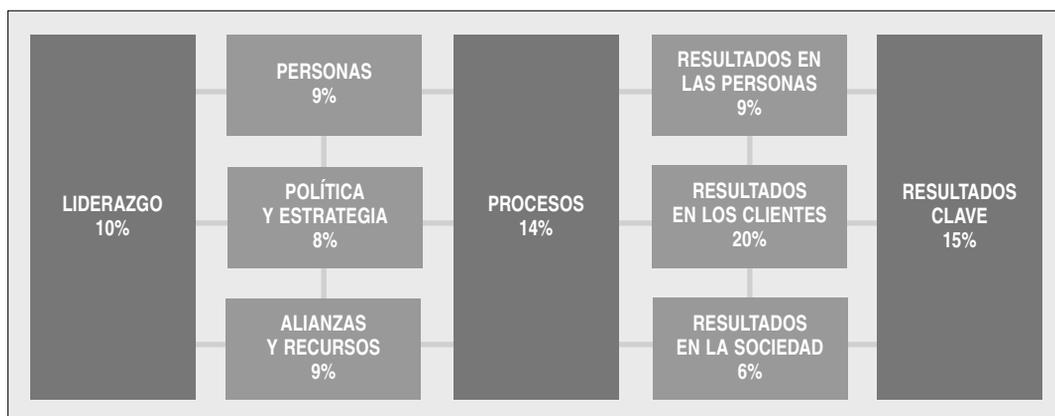


Figura 13.3. Criterios de puntuación.

El siguiente paso podría consistir en establecer un Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) basado en la norma ISO 9001, que además puede ser certificable, alcanzando con ello un reconocimiento externo que estimulará a todo el equipo que forma parte del servicio y mejorará nuestra imagen de cara al exterior. Hablamos de un esquema general de procesos y procedimientos que se emplea para garantizar que la organización realiza todas las tareas necesarias para alcanzar sus objetivos. La gestión por procesos es la piedra angular de este SGC.

En una fase posterior, seguramente, tendríamos que plantearnos la *gestión de las personas* del servicio que realizan los procesos. Aunque al estar los servicios inmersos en organizaciones más amplias, la política de personal nos viene ya dada, especialmente en el sector público, siempre hay un margen de maniobra. Para desarrollarlo, lo primero que tendremos que hacer, igual que hicimos antes con los clientes, es un análisis del clima laboral, segmentado por categorías de personal, que nos permita conocer el grado de satisfacción de la plantilla. Realizaremos un análisis de los resultados, veremos cuáles son los factores que más afectan a la motivación y estudiaremos sobre qué factores podemos influir. A partir de ahí se plantearán nuevos planes de acción.

Sería conveniente trabajar simultáneamente en el liderazgo dentro del servicio, analizando y revisando comportamientos y actitudes. También deberíamos sentar las bases de un sistema participativo que facilitara la mejora y la involucración del personal de todos los niveles del servicio, creando los primeros grupos de trabajo.

A continuación quizás nos podríamos plantear un sistema de indicadores, que apoyándose en el sistema de procesos que hemos diseñado en la primera etapa (todo proceso debe tener un indicador asociado) lo acabe de desarrollar y nos permita contar con datos con los que dirigir mejor el servicio.

Llegados a este punto, el servicio habrá hecho suya la filosofía de la calidad total de manera tal que, apoyándose en las autoevaluaciones anuales, podrá desarrollar sucesivos planes de mejora que le permitan avanzar en el camino de la excelencia, y el análisis y mejora de la gestión de los recursos, la política y la estrategia.

¿Qué relación existe entre «ISO 9000» y el modelo europeo para la gestión de la calidad total?

Una pregunta que surge en muchas organizaciones que comienzan a trabajar en el ámbito de la calidad es: ¿Por dónde debo empezar, por la ISO 9000 o por el Modelo EFQM? ¿Qué es más eficaz? ¿Qué se adapta mejor a nuestras necesidades? ¿Podemos compaginar ambas metodologías? ¿Nos podemos apoyar alternativamente en uno u otro procedimiento?

La Figura 13.4 puede ayudarnos a disipar esas dudas:
 El esquema muestra claramente la relación entre el Modelo de Excelencia y la ISO 9000.
 Gráficamente podemos observar que la Norma ISO 9000 se relaciona con la estructura del Modelo EFQM en todos los criterios:

- Liderazgo.
- Gestión de personal.
- Política y estrategia.
- Recursos.
- Procesos.
- Satisfacción del personal.
- Satisfacción del cliente.
- Impacto social.
- Resultados del negocio.

Sin embargo, en la Norma ISO 9000 predomina de forma absoluta el criterio 5 del Modelo: procesos.

La gestión por procesos es un elemento de importancia decisiva para el cambio, la mejora continua, la implicación de las personas y el desarrollo de la política y estrategia del servicio. La sistemática descrita en la Norma ISO 9000, con un enfoque basado en la gestión por procesos, nos puede proporcionar unas pautas interesantes para alcanzar esa calidad total que tenemos como objetivo final.

La implantación de este sistema de gestión por procesos está sometido a continua revisión en todos sus pasos y a una evaluación de sus resultados mediante los indicadores establecidos en cada proceso. Esta metodología asegura que sistemáticamente se tienen en cuenta los grupos de interés, y los clientes del proceso, y que los resultados obtenidos se evalúan mediante los indicadores establecidos.

La respuesta a la pregunta que nos hacíamos al principio del apartado no es única, es decir, existe un nexo de unión entre ambas metodologías que representa un apoyo en nuestro camino hacia la excelencia. La metodología empleada para trabajar con el Modelo EFQM es la autoevaluación, que nos proporciona un diagnóstico de la situación global del

¿Cómo se hace en mi servicio?

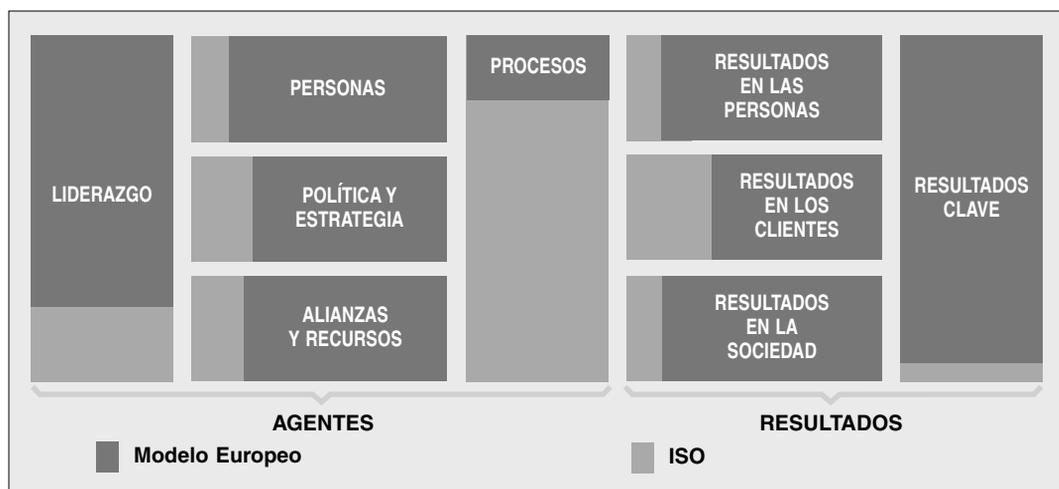


Figura 13.4. Relación entre la Norma ISO 9000 y el Modelo EFQM.

servicio, pero no prescribe lo que hay que hacer luego. Para resolver nuestras carencias o potenciar nuestros puntos fuertes tendremos que recurrir a herramientas concretas, y seguramente una de las primeras será la ISO 9000.

Si hemos comenzado por una autoevaluación según el Modelo EFQM, partiremos de una visión más amplia de la situación del servicio y después decidiremos las prioridades, que pueden pasar o no por la ISO. Si empezamos directamente por la ISO 9000, estaremos priorizando los procesos del servicio, que es la base de toda la gestión. Pero esta pauta no es válida para todas las situaciones, y en cada caso habrá que sopesar los pros y contras.

La carrera hacia la excelencia ha comenzado. Sabemos que no será un camino fácil, y que nos encontraremos con innumerables dificultades, ya que el progreso nunca es lineal, sino que se parece más bien a los dientes de una sierra. El progreso se mueve entre el avance y el estancamiento, incluso con pequeños retrocesos. Estas oscilaciones están en parte ligadas a las etapas de crecimiento y, generalmente, los cambios son impredecibles. Indudablemente harán que se tambalee la confianza de nuestro equipo en el proyecto emprendido.

Pero no por esta razón debemos desanimarnos: el camino es duro pero merece la pena alcanzar la meta.

BIBLIOGRAFÍA

- ALFONSO SÁNCHEZ JL. *Servicios de salud. Técnicas avanzadas de marketing y planificación sanitaria*. Doyma, 1991.
- ALONSO V, BLANCO A. *Dirigir con calidad total*. ESIC, 1990.
- AMAT O. *Costes de calidad y no calidad*. Gestión 2000, 1992.
- ANTOÑANZAS VILLAR F. La tecnología sanitaria: ¿héroe o villano? *Revista de economía*, 1992.
- Asociación Española para la Calidad. *Calidad por y para el hombre*, Ediciones Gestión 2000, S.A., 1995.
- BARRA R. *Círculos de calidad en operación*. Mc Graw-Hill, 1985.
- BARSKY AJ. The paradox of health. *N Engl J Med*, 1989.
- CLEARLY PD, MC NEIL BJ. *Patient satisfaction as an indicator of quality care*. Inquiry, 1988.
- CUESTA A, MORENO JA, GUTIÉRREZ R. *La calidad de la asistencia hospitalaria*. Doyma, 1986.
- CHIAS J. *El mercado son personas. El marketing en las empresas de servicios*. Mc Graw-Hill, 1991.
- DONABEDIAN A. *La calidad de la asistencia. ¿Cómo podría ser evaluada?* JANO, 1989.
- EDWARDS DEMING W. *Calidad, Productividad y Competitividad. La salida de la crisis*. Ediciones Díaz de Santos, S.A., 1989.
- European Foundation for Quality Management Publications and Club Gestión de Calidad. *Guías Prácticas para la Autoevaluación*.
- GARCÍA J. *Las vías críticas: un método para la mejora de la calidad en el hospital*, 1998.
- GAUTIER B, MULLER JL. *Le qualité totale*. Enterprise Moderne d'Édition, 1988.
- Juran Institute. *Mejora de la calidad en los servicios*. AENOR, 1994.
- JURAN JM, GRZYNA FM. *Análisis y planeación de la calidad*. Mc Graw Hill, 1995.
- JURAN JM. *The quality trilogy*. Quality Progress, 1986.
- KARATSU J, CTC. *La sabiduría japonesa, Control total de la calidad*. Ediciones Gestión 2000, S.A., 1991.
- LABOVITZ GH. *The total quality health care revolution*. Quality Progress, 1991.
- Memoria Q Plata 2000*. BIDASOAKO OSPITALEA (Hospital del Bidasoa).
- Memoria Q Plata 2000*. ZUMARRAGAKO OSPITALEA (Hospital de Zumárraga).
- MIRA JJ, VITALLER J y cols. *Calidad corporativa hospitalaria. ¿Qué transmite la prensa escrita?* 1996.
- ONNIAS A. *El Lenguaje de la Calidad Total*. TPOK, 1991.
- ORTEGA MARTÍNEZ E. *El nuevo diccionario de marketing*. Área, 1990.
- PEIRÓ JM. *Psicología de la organización*. UNED, 1991.
- POLA MASEDA A. *Gestión de la calidad*. Marcombo Boixareu, 1988.
- QUINTANILLA PARDO I. *La participación en las organizaciones. Fundamentos teóricos y conceptuales*. Promolibro, 1988.
- SANAZARO PJ. *Autoevaluación profesional y calidad de la atención médica. Control de calidad asistencial*, 1987.
- SAURA J, SATURNO P. Grupo de Evaluación y Mejora de los Protocolos Clínicos. *Protocolos Clínicos: ¿cómo se construyen? Propuesta de un modelo para su diseño y elaboración*, 1996.
- VARO J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios (*Un modelo de gestión hospitalaria*). Ediciones Díaz de Santos, S.A., 1994.
- YOJI AKAO. *Despliegue de Funciones de Calidad, QFD, Integración de necesidades del cliente en el diseño del producto*. TGP-HOSHIN, S.L., 1993.
- ZENTMYER RK, ZIMBLE JA. *The journey from bureaucracy to TQM*. Quality Progress, 1991.

CAPÍTULO 14

El marco de las nuevas tecnologías

Gestión del cambio ■

José Luis Monteagudo Peña

Introducción

Las tecnologías de la información y las comunicaciones, factor protagonista del cambio actual

Características del cambio en el sector sanitario

La importancia de la gestión del cambio en las organizaciones sanitarias

Teoría de la gestión del cambio

El proceso de gestión del cambio

Puesta en práctica de la gestión del cambio

Habilidades y capacidades necesarias

Aprendiendo de la experiencia

Resumen y conclusiones

Nuevas tecnologías: historia clínica electrónica y telemedicina ■

Francisco José Martínez del Cerro

Historia clínica electrónica

Telemedicina

Las tecnologías de la información y las comunicaciones en la decisión clínica ■

Antonio Artés Rodríguez

Captación y representación de la información

Compresión de señales e imágenes

Sistemas de decisión

Comunicaciones

Conclusiones

Bibliografía ■

GESTIÓN DEL CAMBIO

José Luis Monteagudo

Introducción

Asistimos a una época de cambios importantes en nuestra sociedad, y la sanidad, al igual que otros sectores, se ve inmersa en un proceso general de grandes reformas y transformaciones.

Desde hace varios años los servicios sanitarios de todos los países se encuentran sometidos a revisión continua, en un intento de satisfacer las demandas de mejora de la calidad y acceso a los servicios, mientras se intenta controlar la evolución creciente de los costes. Una nueva visión de la industria sanitaria del futuro se está configurando bajo el impacto de distintos factores, entre los que destaca el producido por el avance científico y tecnológico y muy especialmente por las tecnologías de la información y las comunicaciones. A este agente de cambio se suman otros factores económicos y de política social que actúan sobre la sanidad de forma imbricada, planteando nuevos modelos de financiación, gestión, organización y provisión de los servicios. Nos hallamos en una nueva era, con un ritmo más rápido, más global y cada vez más volátil. Simultáneamente, se plantean mayores exigencias de productividad y calidad dentro de un marco de recursos limitados. Se han acortado los plazos en el ciclo que abarca la toma de decisiones, la habilitación de recursos, la implantación, la puesta en funcionamiento y la evaluación de resultados. Cada vez se hace más exigente la demostración de «éxitos» a muy corto plazo mientras se acorta la vida media de los equipos directivos. En resumen, se pide que las personas y las organizaciones hagan más cosas, más rápido, con más calidad y a menor coste, pero sobre todo se plantean nuevas culturas de trabajo y un nuevo enfoque estratégico en el que el paciente es el eje de todas las acciones.

Las tecnologías de la información y las comunicaciones, factor protagonista del cambio actual

Los cambios que está produciendo lo que hemos dado en llamar sociedad de la información son de diferente naturaleza, más profundos y de mayor alcance que los producidos hasta ahora por cualquier otra tecnología en la práctica médica. La telemedicina, la historia clínica en red, la prescripción electrónica y el uso creciente de infraestructuras digitales de comunicación de datos con tecnologías como Internet, son algunos ejemplos de aplicaciones cuya implantación supone cambios importantes de la práctica sanitaria. La incorporación de las nuevas tecnologías y las nuevas infraestructuras está abriendo paso a la aparición de nuevos modelos de provisión de cuidados y nuevas formas organizativas que aprovechan las características de ubicuidad de acceso a la información y la comunicación, movilidad de los agentes y mayor capacidad de diagnóstico, tratamiento y protección de la salud. La información es un elemento básico en la práctica de la medicina, y las nuevas tecnologías permiten hacer de ella un valor corporativo al configurar empresas basadas en el conocimiento y nuevos enfoques, tales como las organizaciones basadas en el aprendizaje y organizaciones basadas en la enseñanza.

El cambio tecnológico se considera desde hace unos años un elemento central en las estrategias de salud. En esta línea se encuentran las grandes acciones de la Unión Euro-

pea para hacer llegar a los ciudadanos los beneficios de la sociedad de la información explotando las posibilidades de las infraestructuras de redes de datos y de aplicaciones de las nuevas tecnologías para la salud, con iniciativas como el programa e-Europe 2003, así como las estrategias digitales de los servicios de salud de nuestras comunidades autónomas y de las empresas sanitarias más destacadas del sector privado.

Por ello, no es de extrañar que los procesos de cambio y su gestión estén hoy íntimamente ligados a la propia gestión de las tecnologías de la información, y que en gran medida éstas se hayan convertido en protagonistas del cambio.

Características del cambio en el sector sanitario

Tal como hemos señalado, la gran corriente del cambio actual se apoya en dos vectores principales: la «reforma sanitaria» y la «sociedad de la información» (Fig. 14.1). Con un poco más de detalle, se pueden identificar las siguientes líneas de impulso del cambio:

- a) Reforma sanitaria. Separación de las funciones de planificación, ordenación, contratación y provisión de los servicios.
- b) Innovación en los servicios. Nuevo planteamiento de las prácticas sanitarias.
- c) Incorporación de avances científicos y tecnológicos clínicos. Convertir el conocimiento y el dominio de técnicas en un valor. Excelencia científica y clínica.
- d) Implantación de tecnologías de la información y las comunicaciones. Infraestructura para el trabajo en red. Desarrollar la e-Salud.
- e) La información como recurso corporativo estratégico.

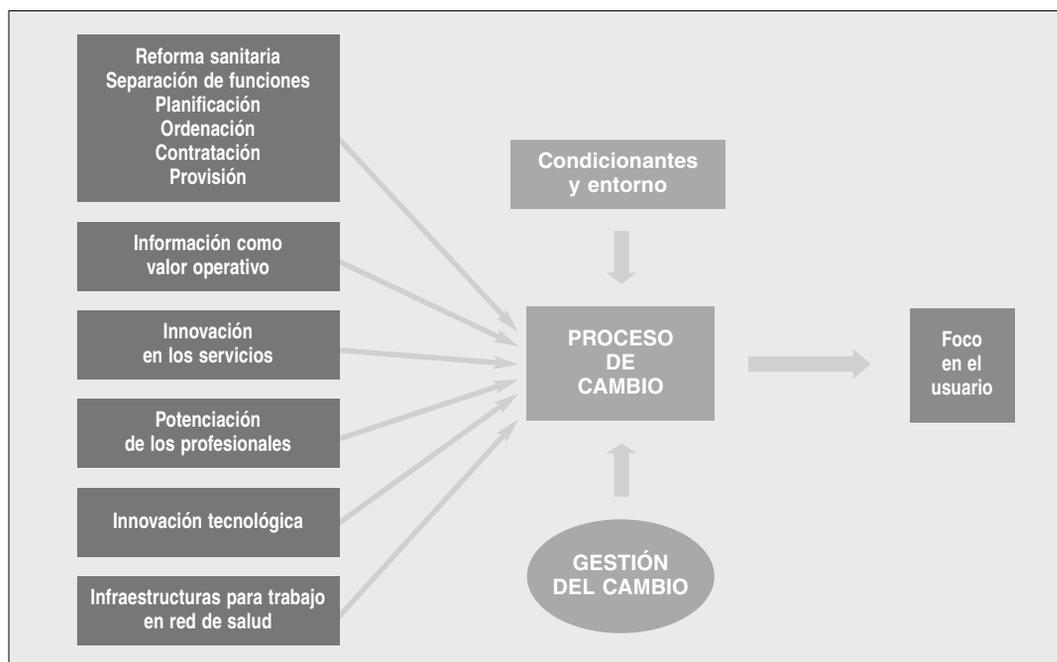


Figura 14.1. Diagrama general del proceso general del cambio y su gestión, y líneas principales que lo impulsan en el entorno sanitario.

El dominio de la información como recurso estratégico requiere modelar las necesidades de información de la organización a partir de las responsabilidades funcionales asignadas a los actores de los procesos. Supone identificar y comprender los elementos de actividad médica, de gestión y de relación con el paciente. Para ello es importante comprender y prever las posibilidades de las nuevas tecnologías informáticas y de comunicaciones, y de sus aplicaciones en telemática sanitaria, sumando su gestión a los objetivos estratégicos de la organización.

En la Tabla 14.1 se ofrece un resumen del cambio sanitario y de sus características más relevantes.

La importancia de la gestión del cambio en las organizaciones sanitarias

La experiencia demuestra que no es fácil convertir las expectativas en beneficios reales. Es frecuente que los directivos de una organización tengan la convicción de que es necesario cambiar, y que se conciba un plan de cambio coherente. No obstante, las dificultades mayores surgen al ponerlo en práctica. El mayor problema radica en conseguir que la visión del cambio se implante en la realidad, transformando procesos y culturas de trabajo anteriores. El objetivo de la gestión del cambio es precisamente hacer posible el paso de las propuestas a la acción abordando todo el ciclo del proceso. Su papel es crucial para posibilitar la implantación de las transformaciones requeridas de la forma más apropiada. En las organizaciones sanitarias la gestión del cambio cobra especial relevancia por la naturaleza especial de las instituciones, la sensibilidad social de cualquier medida y el papel fundamental de los profesionales.

Teoría de la gestión del cambio

El concepto de «gestión de cambio» en las organizaciones

El término «gestión del cambio» se aplica a las acciones relacionadas con la puesta en práctica de planes de actuación que afectan a la estructura, organización y funcionamiento de las organizaciones, a fin de conseguir los objetivos de mejora establecidos.

Ciertamente, las instituciones tienen elementos propios que las diferencian, de forma que se puede decir que no existen dos organizaciones exactamente iguales. Por ello, las situaciones de cambio, y de gestión del cambio, serán en principio distintas en cada caso. No obstante, los procesos subyacentes comparten elementos básicos comunes en ciertos niveles de abstracción. Esta similitud de fondo de los procesos de cambio en las distintas organizaciones es el fundamento de la gestión del cambio como disciplina y práctica sistémica. Gracias a una larga experiencia acumulada en el campo empresarial e industrial, se ha ido configurando un cuerpo de conocimientos que reúne prácticas y técnicas generales, independientes de su aplicación específica. No está claro si esta área de práctica profesional debe ser considerada una disciplina, un arte, un conjunto de técnicas o una tecnología. Para nuestros fines, lo esencial es saber que existe un extenso, coherente y algo ecléctico cuerpo de conocimientos que sustenta las actividades con el que la mayoría de los expertos y responsables de la gestión del cambio estarían de acuerdo, aunque su aplicación práctica exhiba un alto grado de variabilidad. Este cuerpo de conocimientos de la «gestión del cambio» está constituido por modelos, métodos, técnicas, herramientas, habilidades y otras formas de experiencia sistematizada. Su objeto

TABLA 14.1 *Marco general de la gestión del cambio en sanidad.*

Hecho	Áreas de impacto	Elementos
Demanda asistencial	Políticas sanitarias	Gestión de los servicios de salud
Nuevos retos sanitarios (VIH), drogadicción	Marco legal y administrativo	Sector privado frente a sector público
Envejecimiento de la población	Transferencia a las CCAA	
Cambio rápido en el contexto social y económico	Adaptación estratégica	Nuevos objetivos estratégicos Foco en el paciente Mejora del acceso, la equidad y la calidad
	Nuevas estructuras	Innovación en los procesos Búsqueda de estructuras más flexibles
	Gestión del cambio	Cambio continuo frente a cambio discontinuo Metodologías de cambio
Globalización y competitividad	Énfasis en los resultados	El tablero de control Debate sobre resultados por alcanzar
	Nuevo marketing	«Hipercompetencia», «posicionamiento», «marketing total», «micromarketing», « <i>Category management</i> », etc. Satisfacción y retención de clientes
	Las «mejores prácticas»	<i>Benchmarking</i> Productividad y calidad total El tiempo
Revolución tecnológica	Tecnologías de la información y las comunicaciones	Internet Intranet WWW
	Herramientas para la gestión TIC	ERP <i>Data Warehouses</i> . EIS. CRM <i>Data Mining</i> Simulación
	E-Salud	Historia clínica electrónica Telemedicina Tarjeta de salud Receta electrónica Portales de salud
	Nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas	Sistemas de imagen digital Equipos de analítica Cirugía mínimamente invasiva, Monitorización, etc.
Nuevos modelos de gestión	Conducción	De «administradores» a líderes, empresarios, « <i>coaches</i> » <i>Empowerment</i> Responsabilidad pública (ética, etc.)

básico es el estudio del comportamiento de las organizaciones y de la manera de actuar sobre él. Los elementos que la constituyen se basan en la psicología, la sociología, la administración y gestión de empresas, la ingeniería de sistemas y la teoría de sistemas generales.

Evolución dinámica y ciclo vital de las organizaciones

Las organizaciones son entes dinámicos que desarrollan su actividad en el tiempo describiendo un ciclo vital desde su formación hasta su fin. En la Figura 14.2 se muestra el perfil simplificado de una organización, en el que se pueden distinguir los períodos de gestación, nacimiento, crecimiento, estancamiento, declive y desaparición. Estos perfiles pueden hacerse visibles mediante la representación de indicadores económicos o de actividad a lo largo del tiempo.

Obviamente, las curvas de comportamiento son diferentes para cada organización y, por otra parte, cada organización se encuentra en cada momento en una situación diferente. Los perfiles reales muestran normalmente evoluciones más complejas, con oscilaciones que dependen de la coyuntura de cada momento. No obstante, el interés principal de estos perfiles reside en la evolución de la tendencia media.

Las actuaciones de cambio pueden darse en cualquier situación con el fin de cambiar la trayectoria previsible que se seguiría sin una acción específica. Gran parte de las iniciativas de cambio se producen para salir de las fases de estancamiento o para evitar el declive.

Tipos de cambio en las organizaciones

La gestión del cambio depende, como es lógico, del tipo de cambio de que se trate en cada caso. Por ello, expondremos sucintamente los principales tipos de cambio que se describen en la literatura especializada.

Cambio proactivo y cambio reactivo

Atendiendo a su origen, los cambios en las organizaciones se clasifican en dos tipos principales: cambio planificado o proactivo, y cambio inducido o reactivo.

El primero se produce por motivos internos de la propia organización, que intenta así anticiparse a situaciones de futuro o situarse en una posición de «competencia» dentro del sector.

En el segundo caso el cambio en la organización viene forzado por la necesidad de adecuarse a condiciones del entorno, externas a la propia organización y sobre las que ésta tiene poca o nula capacidad de influencia, como por ejemplo legislación, exigencia social, marco político, ciclos económicos, acción de otras organizaciones.

Las innovaciones tecnológicas son un factor externo de primera magnitud. Sus características de penetración y difusión, junto con las de velocidad de generación y renovación, las hacen un elemento de cambio de fondo, con ciclos de vida más rápidos que las tomas de decisiones relacionadas con el cambio en las organizaciones sanitarias.

Cambio incremental y cambio radical

Según el alcance y la velocidad del cambio se suelen distinguir dos situaciones básicas: cambio incremental y cambio radical.

El *cambio incremental*, también denominado evolutivo, tiene un alcance limitado y se refiere a objetivos de mejora incremental sobre una base continuista de la organiza-

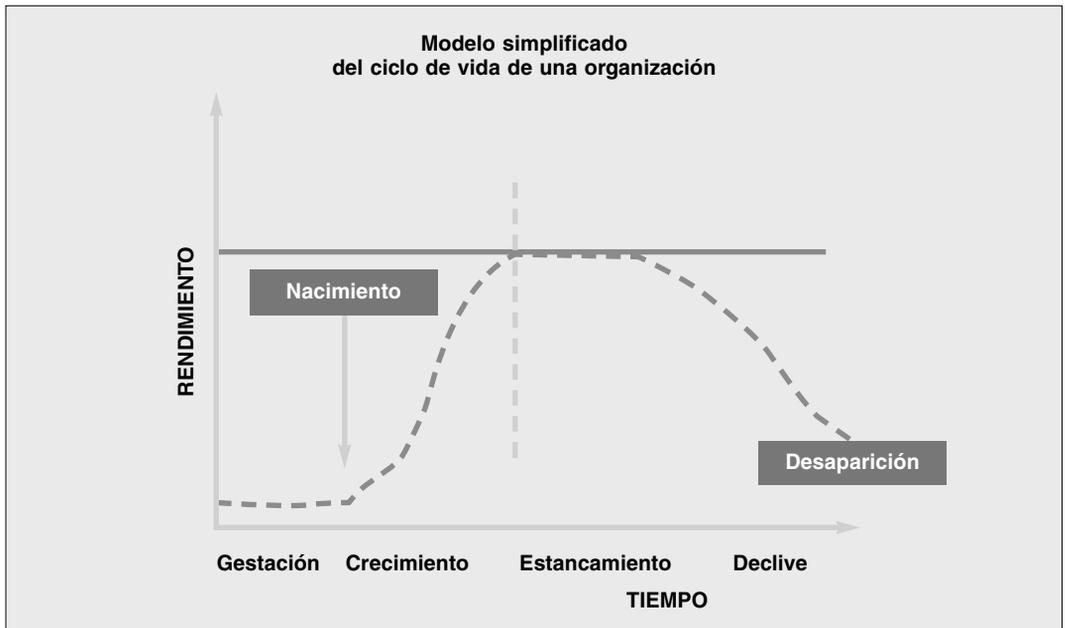


Figura 14.2. Diagrama que muestra el perfil simplificado del ciclo vital de una organización a lo largo del tiempo, desde que se concibe hasta su eventual desaparición. En él se observan las fases de gestación, nacimiento, crecimiento, estancamiento, declive y desaparición.

ción. No se cuestiona la estructura organizativa básica, ni los principios de funcionamiento. El énfasis se pone en aspectos tales como el aumento de la satisfacción del cliente, la mayor productividad, la mejora de la calidad o la adopción de innovaciones evolutivas.

Algunas de las acciones tradicionales ligadas a este tipo de cambio son:

- Programas de mejora de productividad.
- Reducción de costes.
- Garantía de calidad total.
- Adopción de normas y guías de práctica clínica.
- Informatización de aplicaciones concretas.
- Incorporación de nuevos equipos y técnicas concretas en los servicios clínicos.

Es frecuente que los cambios incrementales se adopten cuando se percibe un freno del crecimiento o en situaciones de estancamiento. También es frecuente que se superpongan hasta que, al no ser suficiente en aportación para satisfacer las necesidades de mejora deseadas, se imponga la necesidad de un *cambio radical* si se quiere salir de la situación de estancamiento o deterioro competitivo.

En estas situaciones los cambios implican transformaciones drásticas que afectan incluso a la estructura de la propia organización. En este caso el énfasis se sitúa en aspectos tales como el replanteamiento estratégico, la reestructuración, la reingeniería, la adopción de nuevas infraestructuras tecnológicas corporativas, o el cambio del equipo directivo.

En la Figura 14.3 se representan simplificada los perfiles típicos de cambio incremental y radical dentro de la evolución temporal de una organización.

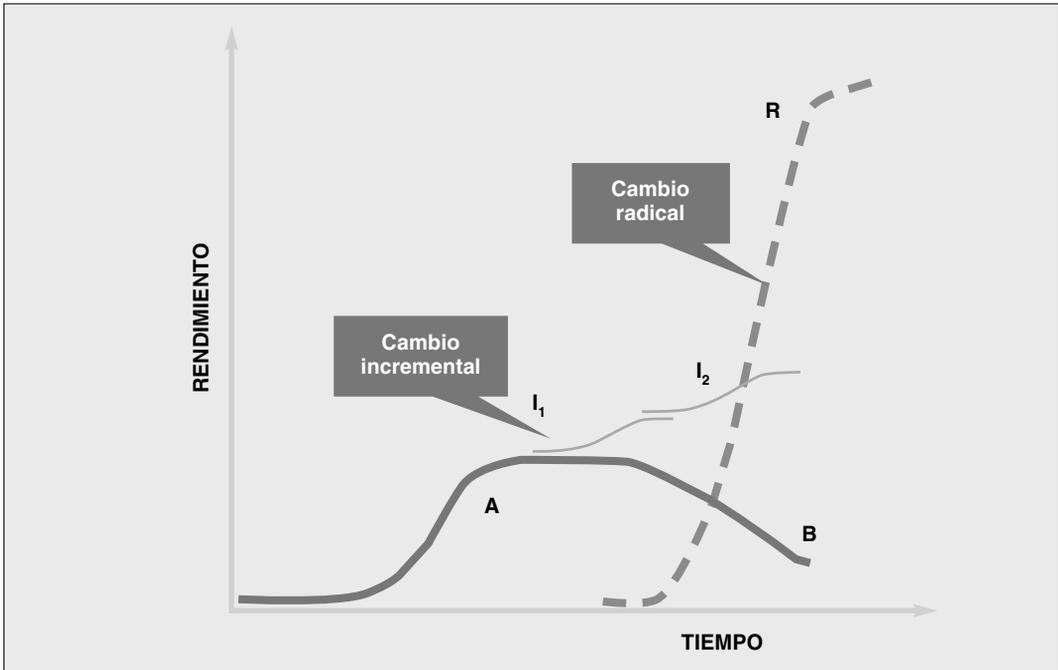


Figura 14.3. Perfiles de cambio incremental (I) y radical (R).

Calificación según el momento de adopción del cambio

El cambio en las organizaciones supone la adopción de innovaciones en el ámbito tecnológico, de los procesos o de la gestión. En relación con el momento relativo en que se produce el cambio, éste se puede calificar como:

- Innovador (pionero).
- Adoptador temprano (visión anticipada).
- Mayoría adelantada (pragmático).
- Mayoría retrasada (conservador).
- Atrasado (opuesto a ningún cambio).

Los cambios de tipo proactivo se sitúan en las primeras categorías, mientras que los de tipo reactivo forzado por el entorno están en las últimas.

Los seguidores mayoritarios representan «la moda» o estado de práctica mayoritaria. Las organizaciones con estructuras reacias a la innovación o que no prestan atención a la dinámica evolutiva del sector, se ven abocadas a procesos de cambio forzados, con adopción tardía de las innovaciones.

El proceso de gestión del cambio

Modelo básico

El núcleo de la gestión del cambio radica en resolver el «problema del cambio» que en términos sencillos consiste en que, dado un sistema (organización y su entorno) que se encuentra en un estado, se desea cambiar a otro estado de mejora. La gestión del cam-

bio se refiere a la definición y puesta en práctica de un proceso estructurado para pasar de un estado a otro.

En la Figura 14.4, se muestra el esquema de este proceso. Como se ha indicado antes, las organizaciones son entes dinámicos. La organización (sistema) muestra un comportamiento, medido por un conjunto de variables de salida (indicadores), como resultado de los procesos dinámicos internos y de la interacción con el entorno, caracterizado por variables de entrada (parámetros del entorno). Algunas de estas variables son identificables y accesibles, pero existen también un buen número de factores no accesibles y otros de origen aleatorio.

En esta situación (evolutiva natural), el estado del sistema se identifica por la observación histórica de su comportamiento con arreglo a las condiciones del entorno detectadas, lógicamente dentro de un grado de incertidumbre ligado a la precisión de los indicadores y al peso de las fuentes aleatorias.

La gestión del cambio entraña la adopción de medidas para cambiar el comportamiento del sistema. Este proceso se esquematiza en la Figura 14.5, e implica la realización de un bucle de «control» consistente en la observación y análisis del comportamiento de salida de la organización, su comparación con la visión deseada y la producción de acciones de corrección (cambio) sobre el propio sistema y, en su caso, sobre las variables externas potencialmente modificables.

Identificación del sistema

En general, las organizaciones son sistemas muy complejos, con muchos componentes interconectados, con relaciones no lineales, con dependencias que a menudo es difícil

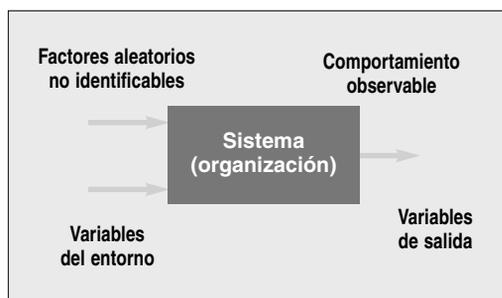


Figura 14.4. Diagrama simplificado del modelo de sistema (organización) cuyo comportamiento observable se realiza a través de las variables de salida. El comportamiento viene condicionado por las variables del entorno observables y por factores aleatorios no identificables.

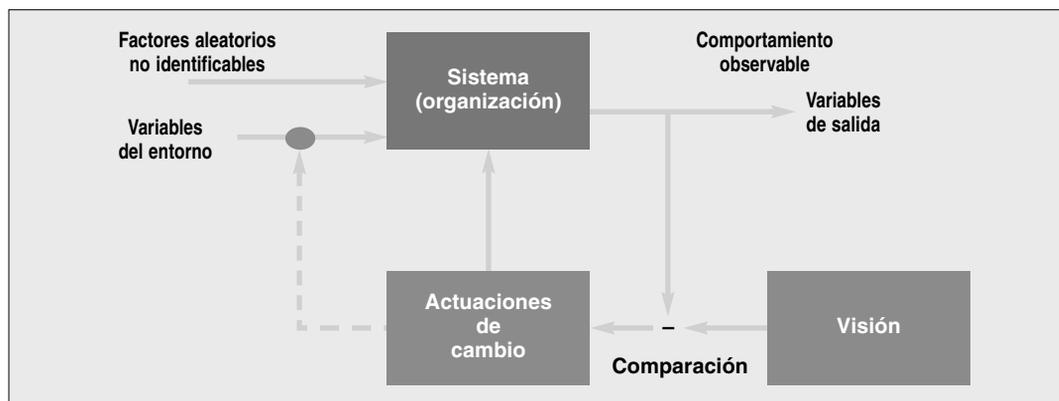


Figura 14.5. Esquema del proceso de gestión del cambio. En él se representa la introducción de un bucle de control que desarrolla actuaciones de cambio basadas en las medidas correctoras que surgen de la comparación del comportamiento observable y la visión del objetivo de mejora.

hacer explícitas, y muy sensibles a las influencias del entorno. Las organizaciones están formados por personas y grupos cuyo comportamiento no se puede establecer de la misma forma que para los sistemas físicos.

La definición del sistema implica la construcción de un modelo que puede ser meramente descriptivo en términos cualitativos vagos, o precisos con variables cualitativas.

En general, la definición de un sistema exige la caracterización de la estructura, identificando todos los componentes y sus relaciones, la organización, las actividades y su encadenamiento en procesos.

Es muy importante identificar las variables (entradas) sobre las que se puede actuar. Las transformaciones para producir un cambio de comportamiento, observable en las variables de salida, pueden ser producidas por actuación sobre estas variables de entrada (sin alterar la estructura de la organización) o actuando en alguno de los niveles de la estructura interna (componentes, organización, procesos, etc.).

Para definir una organización se pueden adoptar métodos formales y usar herramientas de diseño y simulación. Estos métodos y herramientas varían en función de la aproximación teórica del modelo empleado y el tipo de cambio que se aborda. En la actualidad tienen una difusión creciente las herramientas basadas en tecnología de objetos originadas para el desarrollo de sistemas informáticos. En este ámbito se sitúa el UML (*Universal Modelling Language*).

En los últimos años han suscitado un interés creciente los conceptos de «organización que aprende» y «aprendizaje organizativo» en relación con el cambio del comportamiento organizativo. Algunos autores asocian el concepto de «aprendizaje organizativo» a comportamientos adaptativos por parte de la organización (enfoque adaptativo); es decir, lo consideran ligado al comportamiento para adecuarse a una nueva situación dictada externamente por el medio. Otros lo vinculan a la capacidad de la organización para transformarse y cambiar (enfoque proactivo), identificando la «organización que aprende» con aquella capaz de promover su propio cambio y transformación.

En el marco teórico ha cobrado cierta relevancia la dinámica de sistemas no lineales, su control y las estructuras que pueden dar lugar a la aparición de comportamientos caóticos. Nuevos conceptos como los de inestabilidad inducida, inyección de ruido creativo y otros similares, se han propuesto como fórmulas para promover entornos altamente innovadores.

Identificación del entorno

Tan importante o más que la caracterización del sistema es la identificación del medio en el que desarrolla su actividad y con el que se relaciona la organización. Se entiende por entorno todo aquello que es externo al sistema pero que se relaciona con él de alguna forma. El entorno es un elemento esencial. Por ello cobra un papel primordial la determinación de los agentes que interactúan desde el medio (variables de entorno), su medida y su estimación prospectiva. Un aspecto importante es la identificación de los parámetros sobre los que es posible actuar y el alcance de la actuación potencial. En muchos casos los factores externos no se pueden modificar, como ocurre, por ejemplo, con los ciclos económicos, o las disposiciones legales.

La delimitación de las incertidumbres y una buena apreciación de los escenarios de futuro permiten no sólo enfocar apropiadamente las acciones de cambio, sino también el marco temporal más idóneo para acometerlas.

Puesta en práctica de la gestión del cambio

Guía general de realización práctica

Tal como se deduce del modelo planteado en el apartado anterior, gestionar el cambio supone dedicar una atención y un esfuerzo especiales para que el cambio se produzca de modo acorde con los objetivos estratégicos que tiene la organización para realizar la visión de mejora. En la práctica esto supone establecer un circuito de gestión del cambio paralelo al de la actividad normal de la organización. En general, este proceso consta de las siguientes fases:

■ Fase 1

- Percepción de la necesidad del cambio.
- Establecimiento de la visión y definición de los objetivos generales que se persiguen con el cambio.
- Identificación de responsables y compromiso institucional.
- Creación de un equipo para el cambio.
- Decisiones sobre asistencia externa.

■ Fase 2

- Análisis de situación.
- Diagnóstico.
- Identificación de elementos que apoyan el cambio en la dirección deseada.
- Identificación de las barreras.
- Redefinición de objetivos del cambio.

■ Fase 3

- Adopción de estrategia.
- Selección de medidas.
- Adopción de metodología, herramientas y soportes técnicos.
- Diseño y adopción del plan de actuación que define paso a paso el camino a seguir, incluido el plan de comunicación y de formación.
- Definición de objetivos concretos, tareas, hitos, recursos y calendario.
- Creación de equipos de trabajo.

■ Fase 4

- Realización de actividades con arreglo al plan.
- Ejecución del plan de comunicación.
- Ejecución del plan de formación.

■ Fase 5

- Seguimiento y control con evaluación continua de la situación.
- Realimentación y toma de medidas correctoras en forma iterativa.

No entra en los objetivos de este capítulo profundizar en más detalles, pero sí cabe señalar que éstos serán diferentes en función del tipo de organización, dimensión, cambio y entorno. Así, el cambio es muy distinto según se produzca dentro de una organización sanitaria privada o dentro de una pública.

Para gestionar bien el cambio es indispensable crear equipos de trabajo que lo lideren y que lo transmitan a toda la organización. Los componentes y perfiles de los equipos dependerán de cada caso y de la estrategia que se decida aplicar. Se debe definir exactamente cuáles serán las funciones y responsabilidades del equipo, quiénes lo integrarán, cuál será el cometido de cada uno de sus miembros, quién lo liderará y cuál será la metodología de trabajo. Es muy importante localizar dentro de la organización quié-

nes pueden ser los facilitadores del cambio, de forma que actúen como catalizadores ayudando a motivar a sus compañeros.

Existen diferentes estrategias de despliegue del cambio. En función del tamaño de la organización y de la complejidad del proceso, se puede estudiar si conviene hacer pruebas piloto. Estas pruebas piloto pueden servir como palanca del cambio y proporcionar resultados tangibles dentro de la organización, de manera que la motivación se extienda a otras áreas de la organización.

Es muy importante llevar a cabo un seguimiento de los resultados parciales que se van obteniendo de manera que, en vista de las desviaciones producidas, sea posible actuar en consecuencia, consolidando las mejoras y corrigiendo fallos.

Análisis de situación

El análisis de situación es esencial, porque debe facilitar los elementos de referencia para establecer un diagnóstico y la decisión sobre las medidas que es preciso tomar. Como resultado de este análisis se debe caracterizar el sistema y su estado actual. Por ello, los análisis de situación deben incluir aspectos relevantes del contexto, estrategia y estructura de la organización, así como los condicionantes internos y externos.

Independientemente del proyecto que se vaya a desarrollar, es indispensable analizar la cultura de la organización, pues entenderla es el primer paso para gestionarla correctamente.

Las tareas de análisis se valen de indicadores y referencias comparativas con otras organizaciones del sector, aunque uno de los problemas con los que se enfrentan es la calidad de la información disponible, si es que la hay. A menudo la realidad no se corresponde con los datos oficiales, y otras muchas veces no se conoce la propia realidad de la organización, qué se hace, cómo, por qué, cuánto cuesta y en qué contribuye a los objetivos de la organización.

Como hemos señalado antes, una de las cuestiones esenciales es el nivel de incertidumbre en las variables del entorno, en lo relativo a aspectos tales como el marco legal, fiscal, financiero, laboral y tecnológico.

Es muy importante tener en cuenta el marco temporal para la actuación y los recursos que son necesarios.

Estrategias para la gestión del cambio

Existen básicamente cuatro estrategias tradicionales que se utilizan en la gestión del cambio:

Empírica-racional

Parte de la idea de que las personas son racionales y persiguen su propio interés. El cambio se basa en la comunicación de información y la presentación de incentivos.

Normativa-reeducativa

Las personas son entes sociales y se adherirán a normas culturales y valores. El cambio se basa en redefinir y reinterpretar las normas y valores existentes, desarrollando el compromiso con los nuevos.

Forzada-coercitiva

Las personas son esencialmente cumplidoras y en general hacen lo que se les ordena. El cambio se basa en el ejercicio de autoridad y la imposición de sanciones.

Ambiental-adaptativa

Las personas se oponen a la ruptura del estado de cosas, pero se adaptan rápidamente a las nuevas circunstancias. El cambio se basa en construir una nueva organización y transferir gradualmente a las personas desde la situación antigua hasta la nueva.

Factores para seleccionar una estrategia de cambio

En términos generales no existe una estrategia de cambio única. Se puede adoptar una «estrategia general» o lo que se llama una «gran estrategia», pero normalmente es necesario contar con un conjunto de estrategias. En las situaciones prácticas las estrategias no suelen ser puras, sino que incorporan elementos de varias de ellas, bien simultáneamente o secuenciados en el tiempo. La decisión sobre en qué medida deben predominar los diferentes tipos de estrategias depende de ciertos factores. Algunos de los más importantes son los siguientes:

Grado de resistencia

Una resistencia fuerte reclama una mezcla de estrategias forzada-coercitiva y ambiental-adaptativa. En caso de que la resistencia sea débil parece razonable usar una combinación de estrategias empírica-racional y normativa-reeducativa.

Población diana

Si el cambio afecta a un gran número de personas, parece más adecuado recurrir a una combinación de las cuatro estrategias.

Los actores comprometidos

Cuando los actores involucrados son de alto nivel, no se puede dejar nada a la suerte. Habrá que usar todos los tipos de estrategias, dependiendo de cada caso.

El marco temporal

Cuando se dispone de un plazo corto para realizar el cambio, es recomendable utilizar una estrategia forzada-coercitiva. Si se dispone de más tiempo es preferible considerar una combinación de estrategias empírica-racional, normativa-reeducativa y ambiental-adaptativa.

Experiencia

Si se dispone de experiencia sobre gestión de cambios, es normal adoptar estrategias combinadas. Si no se tiene experiencia, lo más normal y más fácil (aunque no siempre sea lo más conveniente) es adoptar una estrategia forzada-coercitiva.

Dependencia

Si el tipo de relación laboral de las personas a las que afecta el cambio es rígidamente contractual, la capacidad de los gestores del cambio está más limitada para actuaciones de tipo forzado-coercitivo que si se trata de colectivos u organizaciones con relaciones contractuales más flexibles, en las que los afectados tienen una capacidad limitada de oposición y resistencia.

Campo de actuaciones

Existe una gran variedad de medidas y líneas de actuación que se utilizan para articular el proceso del cambio.

En relación con la intensidad y alcance de las medidas de cambio se usan términos que designan su gradación, tales como *ajuste, reconversión, transformación, revolución, salvación, reflote*.

Cuando el foco del cambio se sitúa en los aspectos estratégicos, se habla de medidas de desarrollo de *ventajas competitivas, potenciación de competencias nucleares, reposicionamiento y replanteo estratégico*.

Cuando las medidas de cambio se refieren a la estructura, se habla de acciones de *reestructuración, redimensionamiento, reingeniería o innovación en procesos*.

Sobre la resistencia al cambio

Entre los problemas con que se enfrenta la gestión del cambio se debe mencionar la resistencia. Los cambios en una organización siempre implican temores en todas las personas, desde la dirección al personal auxiliar. Estos temores se deben a la incertidumbre y pérdida de control que acompañan a la nueva situación, así como a la falta de confianza, ruptura de la rutina, pérdida de derechos adquiridos y en general, el miedo a lo desconocido. Además, no se sopesan de la misma forma las expectativas de obtener beneficios a largo plazo y los sacrificios requeridos a corto plazo.

A medida que la presión del cambio se está generalizando en las organizaciones sanitarias, se está produciendo una resistencia cada vez mayor ante cada nueva iniciativa, especialmente en organizaciones ya arraigadas hace tiempo y con antecedentes de experiencias de cambio no siempre motivadoras. Por ello, los expertos coinciden en señalar que uno de los aspectos decisivos, con el que hay que contar en cualquier situación de gestión del cambio, es la resistencia a éste por parte de los profesionales sanitarios.

Plan de comunicación

Teniendo en cuenta lo que se ha expuesto en el párrafo anterior, todo plan de gestión del cambio debe comunicar de forma efectiva la visión y los objetivos del cambio, así como las acciones de gestión, a fin de evitar malentendidos y conseguir que en la medida de lo posible sea aceptado por todos los actores. El cambio es muy problemático cuando los integrantes de la organización no saben qué está sucediendo, cómo les afectará a ellos, quiénes son las nuevas personas que no conocen (en caso de que haya consultores externos), «para qué están aquí», etcétera. Esta situación se hace más crítica cuando empiezan a producirse los primeros cambios. Es recomendable que todo el mundo sepa lo que está sucediendo, por qué y para qué, y también si ello va a afectar a sus condiciones personales y profesionales. Por tanto, en el plan de comunicación deberán definirse todos sus componentes: objetivos, a quién va dirigido, con qué mensajes, en qué forma, etcétera.

Programa de formación

Otro elemento fundamental que debe incluir un plan de gestión de cambio es un programa apropiado de formación y educación.

Ya hemos comentado en párrafos anteriores que el cambio en la sanidad implica la introducción de nuevas infraestructuras y herramientas. La utilización masiva de las tecnologías de la información está modificando la forma en que los profesionales desempeñan su actividad drásticamente. El dominio de las nuevas herramientas requiere esfuerzos adicionales de aprendizaje y la adquisición de nuevas habilidades. Gran par-

te del rechazo a la innovación proviene de prejuicios debidos al desconocimiento y a la falta de dominio de las nuevas tecnologías.

Ahora bien, el programa de formación no consiste simplemente en ofrecer un conjunto de cursos sobre el último programa informático. Hay que adecuarlo en tiempo y contenido a la estrategia del cambio, optimizando la curva de aprendizaje de la organización.

Los programas de formación deben integrarse en políticas de largo alcance de gestión y potenciación de los recursos humanos, con esquemas de formación continua y en el puesto de trabajo.

Habilidades y capacidades necesarias

La gestión del cambio en un entorno tan complejo como el de las organizaciones sanitarias requiere visión, compromiso, liderazgo a los más altos niveles, planificación bien fundamentada y un equipo gestor del cambio que sea competente. Entre las capacidades que debe tener este equipo cabe destacar las siguientes:

Habilidades políticas

Las organizaciones son principalmente, y ante todo, sistemas sociales. Sin personas no pueden existir. En la actividad sanitaria, de manera especial, tienen un papel fundamental los profesionales y las estructuras jerárquicas y relacionales entre ellos. No se puede perder de vista este hecho. Las organizaciones sanitarias son profundamente políticas. Hay que tener en cuenta que unas propuestas lúcidas, razonadas y bien fundamentadas, pueden ser desdeñadas o rechazadas, incluso sin argumentos, si los aspectos políticos no son tratados idóneamente.

Capacidad de análisis

Es preciso que el equipo de gestión del cambio posea conocimientos metodológicos y dominio de las técnicas de análisis. En este sentido son muy importantes dos áreas: la de *análisis de sistemas (arquitecturas organizativas, procesos y flujos de trabajo)* y la de *análisis económico-financiero*.

Los responsables de la gestión del cambio deben saber cómo reestructurar los procesos y los sistemas organizativos, y también cómo evaluar el impacto político y económico que se pueda producir.

Deben ser capaces de establecer elementos de medida o indicadores de un objetivo económico, y buscar las operaciones y sistemas que, configurados en cierta forma, produzcan el efecto deseado.

El conjunto de estos conocimientos y técnicas se conoce con el nombre de «ingeniería de soluciones».

Habilidad para las relaciones personales

Las personas constituyen un elemento básico en las organizaciones sanitarias, que cuentan con una gran variedad de profesionales cuyas características y comportamientos presentan gran complejidad. Aun con titulaciones y puestos similares, las personas difieren en cuanto a inteligencia y capacidades, sexo, edad, lengua, creencias, actitudes ante la vida y el trabajo, personalidad y prioridades, por mencionar sólo algunas dimensiones del ser humano.

Para las actividades de gestión del cambio es fundamental disponer de capacidad de comunicación y de relaciones interpersonales. Un agente del cambio, para ser eficaz, debe ser capaz de escuchar; hacer reflexionar sin interrogar; conducir o canalizar una discusión; plantear ideas y desarrollarlas de manera comprensible.

Es necesario aprender a ver las cosas a través de los ojos de los demás miembros de la organización sanitaria. Una situación vista desde la perspectiva de un gerente de hospital es totalmente diferente que vista desde la perspectiva de un facultativo o de una enfermera de planta. Parte del trabajo de un gestor del cambio consiste precisamente en reconciliar puntos de vista dispares y a veces contrapuestos.

Conocimiento del sector y de la gestión sanitaria

El sector sanitario tiene características muy distintas a otros sectores, y por tanto en la gestión del cambio no se pueden aplicar los mismos criterios ni extrapolar directamente las experiencias de otros sectores económicos o industriales. Aun cuando se posea experiencia en el propio sector, hay que ser cautos con las recomendaciones emanadas del análisis o de los estudios realizados en otros países con estructuras sanitarias y modelos de financiación diferentes al nuestro. También hay que tener en cuenta los elementos culturales ligados a comportamientos y relaciones de los usuarios y profesionales en cada entorno local.

La gestión del cambio significa estar inmerso en la realidad y resolver cuestiones prácticas en un entorno dado. Es esencial contar con el conocimiento y experiencia real del entorno. El conocimiento teórico es muy importante, pero la práctica del cambio exige algo distinto que no se puede aprender en un marco exclusivamente académico.

Ingeniería de sistemas

La ingeniería de sistemas ofrece los fundamentos teóricos y prácticos para el análisis, modelado y simulación del cambio.

Constituye un núcleo de conocimiento sistemático muy valioso a partir del cual se puede adquirir una base metodológica sólida y rigurosa.

Teoría general de sistemas

Ofrece un conjunto de teorías y resultados sobre sistemas complejos y modelos conceptuales relacionados con el comportamiento de personas, grupos, organizaciones, industrias, economías, sistemas socio-tecnológicos, así como en sistemas abiertos, dirigidos a un fin, que se interrelacionan con otros sistemas y tienen como objetivos los de perpetuarse, sobrevivir, la prosperidad, la dominancia y otros muchos.

Es fundamental como elemento de referencia para establecer líneas de pensamiento, análisis de situación y gestión de la complejidad.

Conocimiento de las tecnologías de la información y las comunicaciones

Los gestores son cada vez más conscientes de la importancia de las decisiones relativas a las tecnologías de la información, pero esas decisiones no son sencillas, y se complican debido a la evolución de las propias tecnologías.

Es necesario conocer bien este terreno para evaluar alternativas y saber las capacidades reales y potenciales de las opciones disponibles en el mercado.

Aprendiendo de la experiencia

Fallos y problemas prácticos

Una pregunta que se plantea reiteradamente es por qué fallan muchos proyectos de transformación, o por qué los resultados no se corresponden con la magnitud del esfuerzo desarrollado.

Pues bien, los problemas complejos raramente tienen soluciones simples. Durante las distintas fases del proceso de gestión del cambio, existen muchas oportunidades de que se produzcan fallos. Cuanto más radicales son los cambios y más complejas las organizaciones, más aumentan los riesgos. La Tabla 14.2 muestra ejemplos de fallos agrupados por categorías, siguiendo los trabajos de Lorenzi y Riley.

Normalmente la causa del fallo no es sólo una. De hecho, se suele producir un efecto en cadena, que partiendo de un fallo se puede propagar a otros aspectos. No existen estadísticas sobre la incidencia relativa de las causas, aunque la mayoría de los expertos coinciden en señalar que los problemas de comunicación y de resistencia del personal son los más difíciles de evitar.

Recomendaciones para la buena práctica de la gestión del cambio

En la gestión del cambio se da el tradicional dilema entre qué se debe y qué se puede hacer. Existe una gran variedad de propuestas para la gestión del cambio, dependiendo de cada escuela de gestión y de la experiencia particular. Entre los aspectos que los expertos consideran recomendables se encuentran los siguientes:

- Es esencial tener un claro sentido de la misión y comunicar eficazmente la visión del cambio.
- Establecer un sentido de urgencia (necesidad).
- Formar una coalición de liderazgo fuerte.
- Potenciar a los actores que protagonizan la visión.
- Tomar en consideración los aspectos culturales, profesionales y personales de todas las partes afectadas.
- Formar un verdadero equipo. Encontrar un buen líder del equipo. Mantener una estructura de equipo con organización plana y con formas de informar eficaces y no burocráticas.
- Seleccionar personas con capacidades relevantes y alto espíritu proactivo. Buscar voluntarios. Es sorprendente la capacidad existente dentro de las propias organizaciones.
- Dar a los miembros del equipo lo que necesitan, excepto autoridad. En general, lo que el equipo realmente necesita son recursos. Si comienzan a reclamar autoridad, será señal de que su actividad provoca cierta clase de confrontación, y esto significa problemas.
- Pasar del modelo lineal de proyectos clásicos a un modelo de tipo acción-reorientación. Planificar y actuar en intervalos cortos. Realizar el análisis sobre la marcha. Evitar estudios largos y costosos de prospectiva a largo plazo.
- Planificar y producir logros a corto plazo, sin esperar a la consecución de la meta establecida a largo plazo. Fijar prioridades flexibles. Es necesario tener capacidad de modificar sobre la marcha. Lo importante son los resultados, no cumplir el plan.

TABLA 14.2 Ejemplos de razones para el fallo en la gestión del cambio agrupados por categorías (Lorenzi y Riley, 2000).

Categoría	Ejemplos
Comunicación	Comunicación no efectiva Falta de escucha Fallo en preparar de forma efectiva al personal para el nuevo sistema
Cultura	Cultura hostil dentro de la organización de sistemas de información Cultura hostil hacia el área de sistemas de información Falta de estrategias para desarrollar una nueva cultura
Subestimación de la complejidad	Alargamiento de plazos y aumento de costes Falta de credibilidad
Indefinición del ámbito de actuación	Fallo al definir y mantener los criterios de éxito originales Fallo para renegociar las fechas y los recursos si cambian los criterios
Organizativa	No existe una visión clara del cambio Consecuencias no intencionadas Estructura de informe ineficaz Cambio de equipo directivo Competencia de personal directivo Dar una solución técnica a un problema de gestión Falta de respaldo pleno de la alta dirección Papeles y reponsabilidades no claramente definidos o comprendidos por todos Algunas personas no asumen su responsabilidad Falta de disponibilidad de recursos apropiados desde el principio Falta de <i>benchmarking</i> de las prácticas existentes
Tecnología	Incapacidad para medir resultados Sistemas con orientación excesivamente tecnológica Deficiente sistema de adquisición Seguir la última moda Pruebas de verificación inadecuadas
Formación	Formación inadecuada o de baja calidad Mala programación temporal de la formación (muy pronto o demasiado tarde)
Cuestiones de liderazgo	Líder demasiado comprometido emocionalmente Líder sin tiempo, sobrecargado de trabajo Demasiada delegación sin control Falta de reconocimiento de los autores del esfuerzo Débil capacidad política del líder Demasiadas concesiones para conseguir la aprobación inicial

- Abandonar rutinas. El cambio por definición exige una respuesta para una nueva situación de futuro, no cumplir rutinas simplemente porque se han utilizado siempre. Tratar todo como una medida temporal. No consolidar nada hasta el último momento e insistir en el derecho a cambiar de mentalidad.
- Concentrar los conocimientos dispersos. Documentar y tomar nota de cuestiones detectadas a lo largo de las tareas de gestión del cambio, especialmente las no contempladas en el análisis inicial.
- Dejar que los miembros del equipo vayan adonde quieran y hablen con cualquiera con libertad. No mantener barreras de comunicación.
- Si al principio las cosas parecen caóticas, mantener la tranquilidad –las cosas son así. Recordar que es normal que se den situaciones conflictivas y complicadas. Si fueran sencillas, no haría falta gestión del cambio. La práctica de la gestión del cambio es más una cuestión de capacidad de liderazgo y conocimiento multidisciplinar que de administración.

Resumen y conclusiones

La sanidad se encuentra en plena transformación como resultado de la evolución combinada de varios factores, entre los que destacan la implantación de nuevos modelos de organización y provisión de los servicios sanitarios y de las nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones. El cambio aparece como una constante, y además se está produciendo con un carácter drástico más que incremental, por lo que la gestión del cambio se ha convertido en una tarea esencial para los directivos de las organizaciones sanitarias.

El cambio tecnológico está imbricado en la transformación de las organizaciones, y a menudo no se sabe bien quién sigue a quién. Por ello, adquiere una dimensión relevante la gestión de la implantación de infraestructuras de tecnologías de la información y las comunicaciones, gestión que debe llevarse a cabo con una visión estratégica totalmente distinta de la tradicional.

La gestión del cambio no es nueva en el marco de las empresas y la industria en general, y en su práctica a lo largo de los últimos años se ha acumulado experiencia y conocimientos que proporcionan una base de referencia técnica y herramientas de gran ayuda. En el ámbito sanitario hay que tener en cuenta las características propias del sector, su complejidad y su relativo retraso en la adopción de las nuevas tecnologías.

La gestión del cambio requiere esfuerzos estructurados, conocimientos, recursos y dotes de gestión. Uno de los problemas fundamentales es la resistencia al cambio por parte de los actores involucrados. Otro aspecto importante es la falta de control sobre los factores externos y la existencia de un buen número de incertidumbres en el entorno.

La acción de gestión del cambio no debe escatimar esfuerzos en el desarrollo de la comunicación y en la formación.

La experiencia acumulada nos permite aprender de fallos anteriores y aplicar guías y recomendaciones para la práctica.

Los nuevos enfoques de futuro hablan de cambio continuo, organizaciones del conocimiento basadas en el aprendizaje y nuevas formas de prestación de servicios sanitarios. Convertir en realidades estas visiones dependerá de la capacidad para acometer con éxito la gestión del cambio.

NUEVAS TECNOLOGÍAS: HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA Y TELEMEDICINA

Francisco José Martínez del Cerro

Historia clínica electrónica

La historia clínica, como elemento integrador de los datos sanitarios y fuente de información para los profesionales, es el elemento esencial de un sistema sanitario eficiente y de calidad. Tener reunidos todos los datos de un paciente, y actualizados con toda la nueva información que se obtiene, es un objetivo estratégico desde el punto de vista asistencial, de gestión y de investigación.

La nueva Ley Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, aprobada el 14 de noviembre de 2002, establece que la historia clínica comprende «*el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos en el ámbito de cada centro.*»

Partiendo de este concepto general, la historia clínica electrónica puede definirse como una historia clínica en la que la información y los documentos se encuentran en soporte informático y por tanto pueden ser consultados, procesados, transmitidos y presentados utilizando las tecnologías de la información y las comunicaciones.

Aunque la faceta tecnológica es importante la historia clínica electrónica no se debe considerar únicamente como una versión informatizada de la historia clínica en papel. La historia clínica electrónica cambia el modo en que los profesionales hacen uso de la información, les permite el acceso a muchos más datos del paciente y genera más conocimiento y, por tanto, más valor para los usuarios. Este cambio en los procedimientos de trabajo implica necesariamente transformar la organización sanitaria para adaptarla eficientemente a un nuevo modelo de trabajo en el que la transferencia del conocimiento es esencial. Por este motivo, la historia clínica electrónica es la herramienta básica sobre la que se construirán los modelos sanitarios del futuro, como parte del sistema de información general del sistema sanitario.

Una historia clínica se compone de información de muy diferente índole: informes escritos, fotografías, electrocardiogramas, analíticas, radiografías, gráficos de constantes, ecografías, imágenes de RM y PET, y otros, a los que hay que añadir desde hace unos años la información de las técnicas de genética. Cada estudio tiene unas características

TABLA 14.3 *Volumen de datos.*

Tipo de modalidad	Matriz	Bit/ Píxel	MB/ Imagen	Imag. Exam.	MB/Exam.
CT	512	16	0.50	50	25.00
RM	512	16	0.50	70	35.00
RX	2048	16	8.00	2	16.00
TELEMANDO	1024	12	1.50	2	3.00
VASCULAR	1024	12	1.50	300	450.00
ECO	512	8	0.25	10	2.50

específicas en cuanto a volumen de información generada (véase la Tabla 14.3), lo que da lugar a ficheros de tamaño variable, que pueden ocupar desde unas cuantas decenas de kilobytes hasta centenares de megabytes. El volumen de datos que debe gestionar un sistema de información de historia clínica puede ser muy considerable.

Para guardar toda esta información en soporte informático es preciso que los sistemas informáticos cumplan unos requisitos muy estrictos en cuanto a capacidad de almacenamiento y velocidad de proceso de la información multimedia generada. Por eso, la historia clínica electrónica no ha sido viable hasta que se ha contado con potentes ordenadores y redes de comunicaciones rápidas que han permitido que los usuarios y profesionales pudieran disponer de la información en el menor tiempo posible, evitando largas demoras en el acceso a los datos.

Los primeros pasos para trasladar a soporte informático las historias clínicas tuvieron lugar a finales de los años sesenta. El limitado desarrollo informático de aquella época dio lugar a resultados limitados en cuanto a la eficiencia de las aplicaciones desarrolladas, ya que no era posible digitalizar y transmitir toda la información con la calidad necesaria. Con el desarrollo tecnológico se ha ido multiplicando la capacidad de proceso de los datos; así en los años noventa comenzaron a aparecer numerosas aplicaciones de historia clínica electrónica junto a potentes bases de datos capaces de gestionar eficientemente gigabytes de información. Simultáneamente, y debido al desarrollo de redes de comunicaciones de alta velocidad, y especialmente de Internet, se ha producido un cambio en el modelo de transferencia de la información, pasándose de modelos centralizados a modelos distribuidos, en los que las aplicaciones son capaces de manejar datos de diferentes ubicaciones.

Este cambio de modelo de información ha permitido desarrollar la historia clínica electrónica única por paciente. En este tipo de historia clínica, toda la información que el sistema sanitario posee sobre un ciudadano se encuentra integrada y es accesible bajo un único identificador. La información puede estar distribuida en varios lugares (distintos centros por los que ha pasado el paciente), diferentes servicios médicos (asistencia en urgencias, de consultas en atención primaria, hospital de día, hospitalización domiciliaria, consultas en atención especializada) etcétera, y es el sistema de información el que garantiza la transparencia para el usuario o el profesional que acceda a la información.

Como ya se ha mencionado, la disponibilidad de una historia clínica en todo el entorno del sistema sanitario es un objetivo estratégico para conseguir una atención sanitaria de calidad, optimizar los costes del sistema y generar conocimiento. Para lograr que ésta sea única por paciente y que esté en soporte electrónico, la historia clínica electrónica debe tener cuatro características funcionales esenciales:

- **IDENTIFICACIÓN.** Debe existir un procedimiento seguro para identificar de forma inequívoca la historia clínica del paciente. De esta manera, es posible buscar e incorporar todos los datos del paciente de que se disponga en el sistema. Cuando el marco de búsqueda aumenta, y especialmente cuando se relacionan sistemas sanitarios de diferentes organizaciones, es necesario utilizar relaciones entre identificadores o servicios de directorio. El método más general es emplear el número de tarjeta sanitaria como elemento identificador.
- **COMPRESIBILIDAD.** La información contenida en la historia debe ser comprensible para cualquier usuario que esté autorizado para acceder a esos datos. Ello implica usar un vocabulario común, formatos de imágenes estándares, etcétera. En ningún caso se debe imponer un formato único de presentación, que limitaría la libertad de los profesionales en su trabajo.
- **ACCESIBILIDAD.** La información debe ser accesible desde cualquier punto, tanto para consulta como para actualización, y se debe garantizar que es completa y veraz.

Para ello es necesario comunicar todos los puntos entre sí y crear mecanismos de control de concurrencia y recuperación de fallos.

- **SEGURIDAD.** La información debe estar protegida a fin de asegurar la confidencialidad, privacidad e integridad de los datos. Asimismo, debe garantizarse su correcta conservación y su reproducción futura.

La solución dada a cada una de estas necesidades por parte de las organizaciones y de los encargados de desarrollar sistemas de historia clínica electrónica no es única. Ello ha provocado la aparición de diferentes sistemas y diversos productos comerciales, muchos de los cuales son incompatibles entre sí. Desde el punto de vista tecnológico, el problema de la compatibilidad entre sistemas se resuelve mediante la utilización de estándares que garanticen la comunicación entre sistemas heterogéneos, ya que la opción de un único modelo de sistema es impracticable en la realidad.

El concepto de historia clínica electrónica ha continuado evolucionando en el tiempo (Fig. 14.6). La relación cada vez mayor entre aspectos sociales y de salud preventiva de los ciudadanos, por un lado, y calidad asistencial del sistema sanitario por otro, ha llevado a desarrollar modelos para integrar toda esta información, es decir, la historia electrónica de salud. Este concepto agrega a la historia clínica de cualquier ciudadano la información relativa a su salud (medicinas alternativas, hábitos de salud o información de tipo social, etc.), junto a la información obtenida cuando se relaciona con el sistema sanitario.

No obstante, a medida que se incrementa la cantidad de información almacenada en la historia clínica, ésta se hace más compleja y se necesitan más recursos informáticos para acceder a ella. Esto último es inviable en algunas situaciones en las que no se dispone de estos recursos (emergencias, zonas aisladas, falta de infraestructura de red adecuada, etc.) y en las que no hay necesidad de acceder por ejemplo, a las radiografías, pero sí de tener los datos más relevantes referentes a la salud (alergias, medicaciones, tratamientos, etc.).

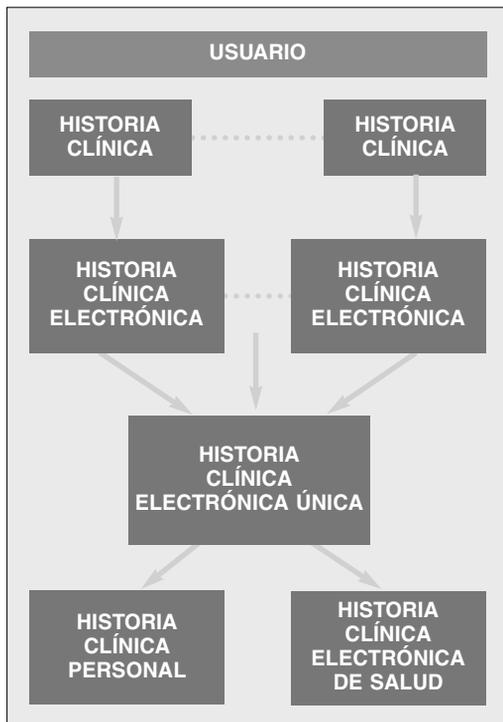


Figura 14.6. Evolución de la HCE.

Nace así la historia clínica electrónica personal, donde se almacena la información más relevante sobre la salud del ciudadano y a la que se puede acceder de forma sencilla, sin la complejidad que supone el acceso a todas las imágenes, gráficos y demás datos que puede tener una historia clínica completa. El concepto de historia clínica electrónica personal está muy ligado al desarrollo de las tarjetas inteligentes. La disponibilidad de memoria y procesador que ofrecen éstas permite pensar en el desarrollo de una tarjeta sanitaria inteligente en la cual se pueda incluir información del ciudadano y a la que se pueda acceder en caso de urgencias. No obstante, la implantación de este sistema exigiría, como requisito previo, que se resolviera la carencia de lectores de tarjetas inteligentes en las urgencias del sector sanitario.

Por último, un factor que se debe tener en cuenta en el desarrollo de un sistema de his-

toria clínica electrónica es su coste, en términos de inversión, mantenimiento, actualización de *software*, etcétera. Nadie duda de los beneficios de estos sistemas para mejorar la eficiencia, pero es necesario cuantificar *a priori* sus costes.

En general, el coste de implantar la historia clínica electrónica es alto en la fase inicial porque es necesaria una inversión en equipos *hardware* y *software*, en formación de los usuarios y en un sistema que garantice la seguridad de los datos. Es también significativo el coste que puede suponer la integración del sistema con el resto de las aplicaciones ya existentes. Sólo más adelante y siempre que la organización haya adaptado los modelos y procedimientos de trabajo a las características del nuevo sistema, puede obtenerse la mayor rentabilidad del sistema al optimizar costes de gestión y administración.

Estándares

La situación de partida para el proceso de estandarización de un modelo de historia clínica es compleja: un conglomerado de historias clínicas por paciente, unas en papel y otras en formato electrónico, y estas últimas como ficheros electrónicos en bases de datos y sistemas informáticos heterogéneos, con diferentes sistemas operativos (*Unix*, *Windows*, *Linux*, etc.), diferentes aplicaciones y diferentes estructuras de datos.

No obstante, el principal obstáculo que ha impedido hasta el momento definir un modelo de historia clínica única ha sido la disparidad de criterios a la hora de presentar los datos y determinar cuáles tienen que aparecer en la historia clínica electrónica. Esa disparidad ha llevado a que cada servicio definiera su propia historia clínica, implantando el modelo según la configuración del sistema de información del centro. Como es lógico, ello ha conducido a una falta de compatibilidad entre los modelos, que no permite compartir la información respectiva.

Aunque el objetivo final es que los usuarios del sistema tengan acceso a una información completa y unificada de todos los datos relacionados, el criterio de que todos los sistemas deben ser idénticos para poder integrar la información es obsoleto e irreal. La solución consiste en establecer estándares de comunicación, de formatos de imagen, de vocabulario, etcétera, para asegurar que los sistemas diferentes implantados en los centros sanitarios y organizaciones relacionadas puedan compartir el contenido de las historias clínicas con todas las medidas de seguridad necesarias.

Existen distintas propuestas para resolver el problema y llegar a definir un estándar que permita que todos los sistemas puedan compartir la información. Casi todas ellas separan por una parte los datos y modelos de datos, y por otra la aplicación de historia clínica. Esta última permite al usuario definir a qué datos quiere acceder y cómo los quiere integrar y presentar. Es, por tanto, una aplicación informática que construye la historia clínica a partir de los datos almacenados en las bases de datos.

A la tarea de crear un estándar internacional de historia clínica electrónica se dedican fundamentalmente dos grupos de trabajo:

- El Comité Europeo de Normalización CEN/ TC251 se encuentra trabajando en la revisión de la prenorma europea ENV 13606 que fue aprobada en Bruselas el 29 de septiembre de 1999. Esta prenorma define en cuatro documentos las principales estructuras, terminología, reglas de acceso y distribución, y formato de mensajes, para una comunicación abierta y segura de la historia clínica electrónica. Está previsto que el proceso de revisión abierto termine en enero de 2004, para dar lugar a una norma europea (EN).
- HL7 (*Health Level 7*). Es una organización de alcance internacional que define estándares para el intercambio, la gestión e integración de datos clínicos. El elemento

básico de HL7 es el *Modelo de Información de Referencia* (RIM). Es una representación gráfica de los datos clínicos que identifica los episodios del ciclo de vida de un mensaje o mensajes relacionados. Proporciona una representación explícita del significado y conexiones que existen entre la información contenida en los campos de los mensajes HL7. Este modelo está ampliamente difundido en los Estados Unidos, pero en Europa no ha tenido aún mucha aceptación; no obstante diversos fabricantes lo están utilizando. Por extensión, también se conoce como HL7 el protocolo de intercambio de mensajes entre sistemas definido por esta organización.

Ambas líneas de trabajo tienen puntos de confluencia; por ejemplo, el CEN/TC251 trabaja en un estándar de información de alcance general, parte del cual se apoya en desarrollos realizados en el HL7.

En cuanto al contenido de la historia clínica electrónica, también es necesario estandarizar el formato de los datos, sean estos imágenes, texto, sonido u otros. Debido a la importancia que tiene el contenido multimedia de las historias clínicas actuales, y al alto coste de los equipos de diagnóstico por imagen (TAC, MN, PET, etc.), desde el primer momento se dedicó un gran esfuerzo a la tarea de definir un estándar para compartir la información procedente de las diversas modalidades de imagen de diferentes fabricantes. Este esfuerzo ha tenido un relativo éxito al lograrse una amplia aceptación del estándar DICOM (*Digital Imaging and Communications in Medicine*) como estándar para la transmisión de imagen diagnóstica. Este estándar está desarrollado por el ACR-NEMA (*American College of Radiology*) en colaboración con otros organismos de estandarización, como el CEN TC251 en Europa y el JIRA en Japón, y ha sido revisado por otras organizaciones como el IEEE, el HL7 y el ANSI.

Otro estándar que está siendo cada vez más aceptado como protocolo de comunicación abierto entre sistemas es el denominado XML (*eXtensible Markup Language*). Una vez que los grupos de trabajo mencionados establezcan las estructuras de datos y su semántica, será necesario definir un protocolo para transmitirlos de modo que no haya ambigüedad en su recepción, y ahí es donde interviene el XML. Su carácter auto-descriptivo y su similitud con el lenguaje HTML, muy utilizado en Internet, lo convierten en el mecanismo de comunicación estándar entre sistemas abiertos.

En cuanto a la disponibilidad de un vocabulario estandarizado, existen diferentes trabajos a nivel internacional para definir una terminología común, que han dado lugar a diferentes soluciones: ICD, GEHR, GALEN, UMLS, MeSH, Read Codes, etcétera. No obstante, la estandarización en este campo es difícil y no parece probable que se imponga una opción a corto plazo.

Para los demás contenidos de la historia clínica electrónica se siguen los estándares establecidos y generalmente aceptados por las comunidades multimedia, entre ellos:

- Fotografías: JPEG.
- Vídeo: MPEG1 y MPEG2.
- Audio: MP3.

Arquitectura de sistemas

El sistema de historia clínica electrónica es una parte del sistema de información general de la organización sanitaria que genera información para otros módulos, a la vez que recibe información del exterior. El grado de operabilidad entre todos los sistemas definirá la calidad total del sistema de información general.

Por sus características intrínsecas, se trata de sistemas de información distribuidos, ya que los componentes del sistema se encuentran en máquinas distintas que están conec-

tadas a una red de comunicaciones, y que tienen que comunicarse mediante el intercambio de mensajes. Las características fundamentales de un sistema distribuido son:

- **Concurrencia.** Es posible que muchos usuarios quieran acceder simultáneamente a la misma información.
- **Heterogeneidad.** Cada componente del sistema puede tener un sistema operativo diferente y estructuras de datos propias.

El diseño del sistema de información debe tener en cuenta estas características para evitar que se creen islas de información dentro del sistema general o que disminuya la eficiencia del sistema cuando coinciden muchos usuarios.

Un modelo de sistema de información de historia clínica electrónica se compone de los siguientes elementos:

- **Bases de datos** donde se almacenan los datos de los usuarios y las historias clínicas electrónicas. El acceso a éstas se realiza a través de los sistemas de gestión de las bases de datos (SGBD).
- **Servidores de datos y servidores web.**
- **Usuarios que tienen instalada una aplicación de HCE (AHC).** Se comunica con los servidores de datos y servidores *web*, dependiendo de la tecnología utilizada.
- **Las redes de comunicaciones** a través de las cuales se conectan todos los elementos del sistema y se transmiten los datos.
- **Otros** elementos del sistema, como *Datawarehouse* o similares, que integran información y generan valor añadido.

Bases de Datos

La base de datos es el núcleo del sistema, ya que almacena toda la información de los usuarios. En un sistema pueden existir una o varias bases de datos donde se almacenan las historias clínicas electrónicas; debe existir una base de datos de usuarios donde se registren los usuarios (Fig. 14.7).

La calidad del sistema dependerá de las tasas de eficiencia y flexibilidad en el almacenamiento y recuperación de grandes cantidades de información en un modelo distribuido.

Por definición, una base de datos es una colección de datos relacionados. En el caso de la historia clínica, los datos son las informaciones sobre cada paciente. El método de organización de las bases de datos se desarrolla mediante los denominados «sistemas de administración de bases de datos» (SGBD).

Un SGBD puede emplear diversos métodos para realizar las tareas que tiene asignadas; cada uno de dichos métodos es un modelo de base de datos. En otras palabras, un modelo de base de datos es un principio de organización que especifica mecanismos particulares para guardar y recu-

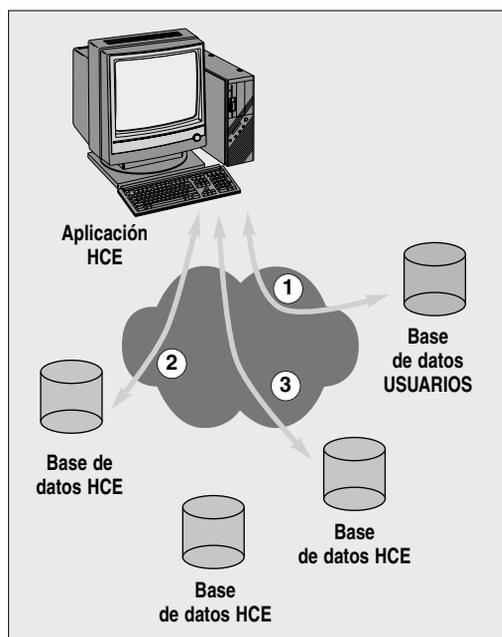


Figura 14.7. Acceso a la información.

perar datos. El modelo debe definir, en términos de los servicios de que dispone para una aplicación con la que interactúa, la forma de acceder a un elemento de datos cuando se conocen otros elementos de datos relativos, especificando qué se entiende por datos relativos; asimismo, debe permitir definir relaciones particulares dentro de una estructura más general.

El desarrollo de un modelo de base de datos comprende varios niveles, desde las estructuras físicas hasta elementos abstractos como tablas, etcétera, que describen una determinada aplicación. Las ejecuciones reales de los SGBD son sistemas de *software* muy complicados, y se diferencian entre sí en la expresión de las estructuras del modelo y en las funciones adicionales que se basan en ellos. Existen diversos modelos de bases de datos, cada uno con diferentes propiedades. Los más extendidos en la actualidad son los siguientes:

- Relacionales.
- Orientados a objetos.
- Multidimensionales.
- Objeto relacionales.
- XML.

La creciente utilización del protocolo XML para la transmisión de datos de forma transparente entre sistemas hace que el empleo de bases de datos genuinas XML sea más eficiente, porque no es preciso transformar los datos a este formato para transmitirlos. No obstante, la estructura real de los datos de una historia clínica puede adaptarse mejor a un modelo orientado a objetos, haciendo más eficiente su almacenamiento y recuperación. Como puede verse, no existe un modelo óptimo que dé respuesta eficiente a todos los requerimientos que impone la historia clínica; por eso, este campo es objeto de muchos trabajos de investigación.

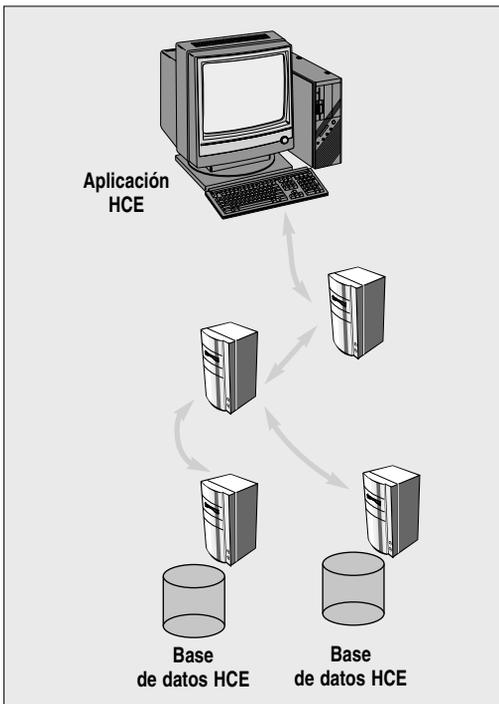


Figura 14.8. Servidores *web*.

Servidores de datos y servidores web

El modelo de acceso a datos más generalizado ha sido el modelo cliente-servidor. Las aplicaciones de usuario de historia clínica hacen el papel de cliente que realiza peticiones al servidor de los datos utilizando un lenguaje de consultas estandarizado (SQL, etc.), y el servidor procesa la consulta y devuelve los datos al cliente.

En la actualidad, y debido al gran desarrollo de la tecnología Internet, muchas de las implementaciones de sistemas de historia clínica están basadas en tecnología *web* (Fig. 14.8). En este modelo, el acceso a la información se realiza a través de servidores *web*, que son los que interactúan con las bases de datos, accediendo a los datos que se le solicitan. La diferencia con el tradicional modelo cliente-servidor es que, con tecnología *web*, entre el usuario y el servidor de datos puede haber una o varias máquinas.

El estado inicial de la tecnología *web* sólo permitía crear páginas estáticas que

eran compuestas manualmente utilizando el lenguaje HTML. Ahora, en cambio, es cada vez mayor el número de páginas que deben ser creadas automáticamente obteniendo la información de bases de datos, y para ello es necesario desarrollar nuevas arquitecturas de bases de datos y nuevos modelos de datos con nuevos lenguajes a tal efecto. Éste es el caso de la historia clínica electrónica, en la que el usuario desea que la aplicación le presente sólo aquellos datos que le interesan de entre todos aquellos disponibles sobre una persona, datos que pueden estar en sitios diferentes.

En este ámbito, el lenguaje de marcado extensible (*Extensible Markup Language*, XML), supone un paso adelante en el desarrollo de nuevos formatos de estructuras de datos y, debido a su similitud sintáctica con el HTML, facilita la integración en el mundo de la *web*.

Aplicaciones de HCE

Existen en la actualidad numerosas aplicaciones comerciales de historia clínica. La principal función de la aplicación es solicitar la información que se necesita, procesarla y presentarla al usuario del modo elegido por éste. Esta información puede ser clínica o de gestión, y provenir de diversos sistemas departamentales y de diferentes ubicaciones. Las mayor parte de las aplicaciones son modulares:

- Urgencias.
- Hospitalización.
- Consultas externas.
- Archivos.

Esta característica permite implementaciones por fases, y sólo de aquellos módulos que sean necesarios.

Con objeto de garantizar la operabilidad entre los sistemas, cada vez es mayor el número de aplicaciones que utilizan estándares como HL7, DICOM o XML; se ha abandonado la idea de aplicaciones propias y cerradas.

Redes de comunicación

La transmisión de los datos de las historias clínicas se realiza a través de las redes de comunicaciones. En una red hay dos elementos fundamentales:

- **Tecnología de red.** Define el medio de comunicación utilizado y define, entre otros parámetros, el ancho de banda, si es un canal independiente o compartido, etcétera.
- **Protocolos de comunicaciones.** Se trata de los protocolos utilizados en la red para que se entiendan las aplicaciones y servicios. El protocolo es independiente de la tecnología de red utilizada, lo que quiere decir que una persona puede utilizar el mismo protocolo para redes diferentes.

Las tecnologías de red de banda ancha y las tecnologías inalámbricas (redes móviles, WiFi, etc.), son las que más interés están suscitando en el sector sanitario, porque dan solución a muchas de sus necesidades tecnológicas.

El gran volumen de información que contiene una historia clínica electrónica implica que, para transmitir toda esa información entre dos puntos en tiempos razonablemente cortos, sea necesario disponer de altas velocidades de transmisión. Existen fundamentalmente dos tecnologías para el acceso en banda ancha:

- **xDSL.** Su versión más extendida es la ADSL (*Asymmetric Digital Subscriber Line*), que da un flujo de información asimétrico, con velocidades de descarga de información de 256 kbps, 512 kbps y 2 Mbps, utilizando las líneas telefónicas conven-

cionales. El acceso a la red se realiza mediante módem ADSL y la conexión es permanente. Otras tecnologías, como la VDSL, dan flujos de información simétricos de varias decenas de Mbps, pero son muy limitadas en cuanto a distancias.

- **Cable.** Proporciona velocidades de transmisión de varios Mbps, pero los usuarios comparten el medio, lo que puede hacer que las velocidades disminuyan si la utilizan simultáneamente muchos usuarios. Las redes por cable distribuían inicialmente señales de televisión a través de un tendido de cable coaxial. Más tarde, fueron sustituyendo los tendidos de cable coaxial por enlaces de fibra óptica; en la actualidad, sólo es coaxial la acometida del usuario. El acceso a la red se realiza mediante descodificadores digitales o módem de cable.

En centros situados en zonas dotadas de grandes infraestructuras de red, y que transmitan grandes cantidades de información (hospitales, AAPP, etc.), puede estar justificado el empleo de fibra óptica o enlaces dedicados, que proporcionan anchos de banda elevados acordes con las necesidades específicas del centro (Fig. 14.9).

En cuanto a las soluciones inalámbricas, hay que mencionar dos tipos de tecnologías:

- **Redes móviles:** GSM, GPRS y UMTS. Las tres son redes celulares. La GSM utiliza circuitos de voz de baja velocidad de transmisión (9600 bps), lo que sólo permite la

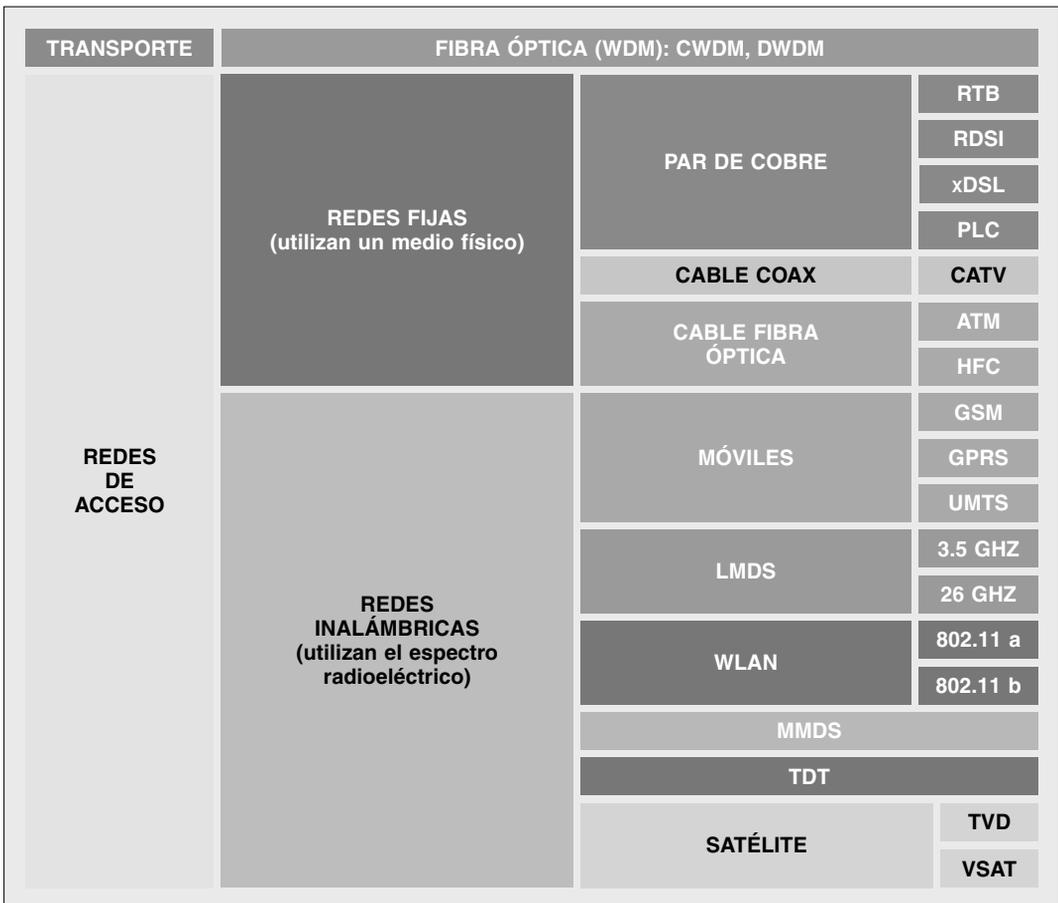


Figura 14.9. Tecnologías de red.

transmisión de un volumen reducido de información; por eso esta tecnología tiene poco interés para aplicaciones de historia clínica, salvo si envían pocos datos. También se puede utilizar el servicio SMS (*Short Message Service*) para enviar mensajes. La red GPRS ya tiene velocidades de transmisión más altas (decenas de kbps) y utiliza conmutación de paquetes, lo que permite optimizar los costes estando el canal siempre abierto. La red UMTS no está todavía funcionando comercialmente (previsionablemente entrará en funcionamiento en 2004), pero en teoría proporcionará velocidades de hasta 2 Mbps en situaciones muy favorables de transmisión, lo que la haría óptima para acceder a historias clínicas desde cualquier lugar.

- **Tecnología WiFi** (Fig. 14.10). La tecnología de red más extendida para este caso es la proporcionada según el estándar 802.11 b del IEEE, que permite un ancho de banda de hasta 11 Mbps. El sistema utiliza una arquitectura compuesta por los denominados «puntos de acceso», que sirven como elementos de enlace entre los equipos, con un radio de cobertura de hasta 100 metros en condiciones óptimas. Para cubrir zonas más amplias se pueden colocar todos los «puntos de acceso» que se necesiten, o bien, u opcionalmente, colocar repetidores de señal. Estos «puntos de acceso», a su vez, se conectan a la red local física, siendo los tramos de red inalámbrica una subred de la red física. Por su capacidad, el sistema abre un amplio abanico de posibilidades que ya se están empezando a utilizar en los centros sanitarios para acceder a los datos clínicos de los pacientes, en cualquier planta, a través de PDA, Tablet PC y otros dispositivos electrónicos, con acceso desde cualquier punto y con total movilidad.

La velocidad en el acceso a los datos no vendrá determinada exclusivamente por la tecnología de la red de acceso empleada, sino también por el flujo de información máximo proporcionado por los servidores, que debe atender todas las solicitudes de los usuarios. Teniendo en cuenta el gran volumen de información que contiene una historia clínica, el ancho de banda de que dispone un usuario se puede convertir en el cuello de botella del sistema, en especial en aquellos casos en que el tiempo de respuesta puede ser decisivo.

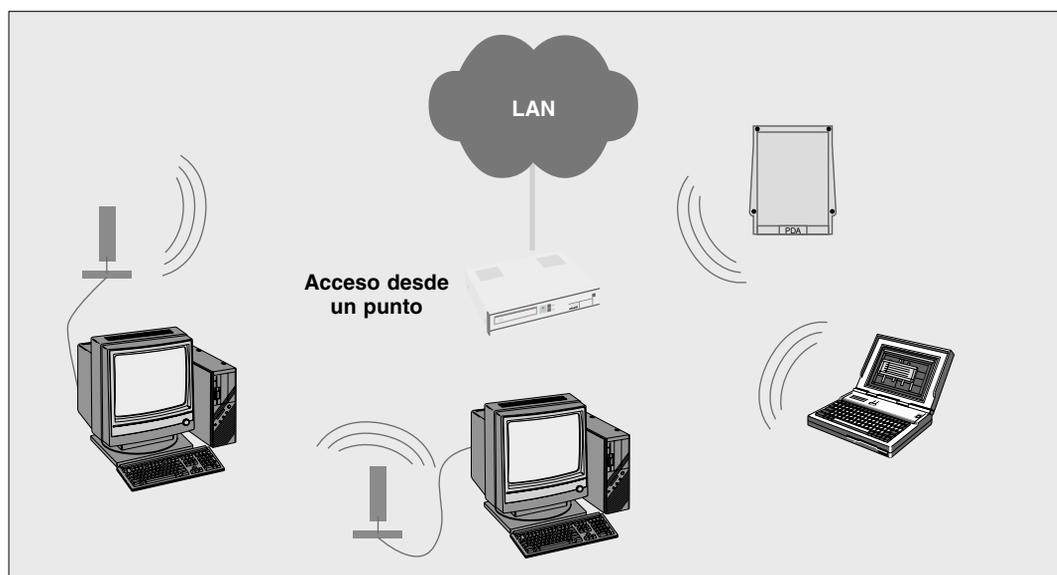


Figura 14.10. Redes WiFi.

Protocolos de comunicación

Las diferentes tecnologías de red han ido confluyendo en el tiempo hacia las denominadas redes IP. Las IP son redes de datos que utilizan un protocolo estándar de direccionamiento denominado *Internet Protocol* y que permiten la transmisión de cualquier tipo de información digital (o que previamente haya sido digitalizada) mediante los protocolos TCP o UDP. El éxito de esta tecnología se debe a que es independiente del sistema operativo y del fabricante de los equipos, lo que garantiza que se pueden enviar datos desde cualquier máquina que tenga conexión física con la red. El paradigma de las redes IP es Internet.

La versión actual del protocolo Internet es la denominada Ipv4. Los principales problemas de esta red son, por un lado, la imposibilidad de proporcionar calidad de servicio y, por otro, la falta de seguridad. Ya se está desarrollando una nueva versión denominada Ipv6, que aumentará exponencialmente el número de direcciones en la red y contará con mecanismos de seguridad más eficaces que los de la versión anterior.

Cuando las redes IP tienen su acceso limitado al entorno de una organización, reciben el nombre de Intranet o redes corporativas. Generalmente, estas redes se conectan al exterior mediante las redes IP de los operadores de telecomunicaciones, en un marco general de interconexión (Fig. 14.11).

Seguridad

El desarrollo de la historia clínica electrónica plantea nuevos retos respecto a la seguridad de los datos y la garantía del derecho a la confidencialidad de la información.

Cuando las historias clínicas se recopilan en carpetas de papel, la seguridad obliga a guardarlas en un lugar seguro y a restringir el acceso a ellas, de modo que sólo puedan consultarlas las personas autorizadas, generalmente los médicos o profesionales sanitarios. La externalización del servicio de archivo, por el que han optado algunos centros debido a la expansión del área física que había que dedicar a tal efecto, ha introducido mayores riesgos, que se intentan solventar incluyendo en los contratos con las empresas proveedoras del servicio cláusulas que garantizan la seguridad y la confidencialidad.

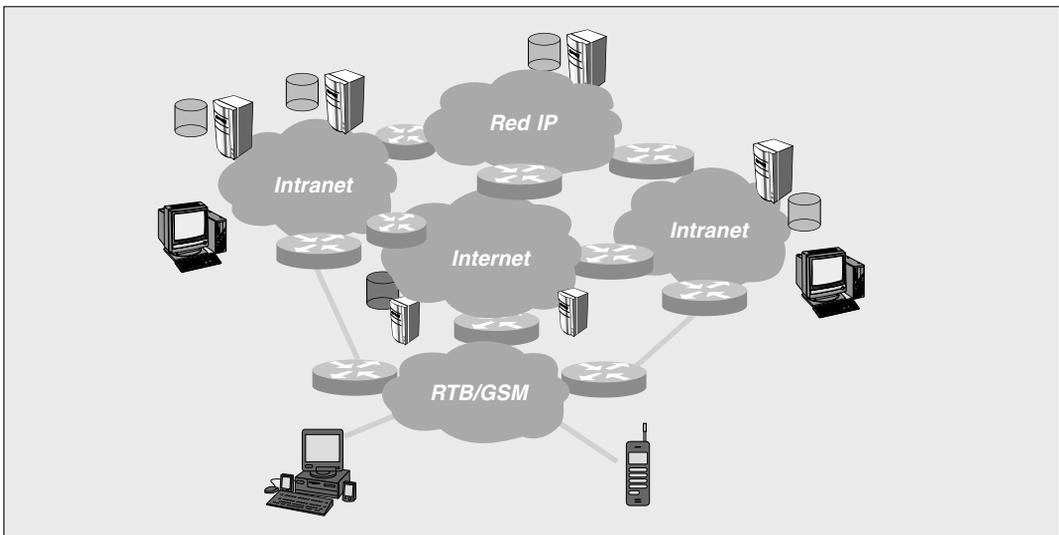


Figura 14.11. Interconexión de redes IP.

Cuando las historias clínicas son electrónicas, el concepto de seguridad cambia radicalmente. La facilidad de acceso a la información desde cualquier lugar y en cualquier momento, que es su gran ventaja, se convierte también en un gran riesgo si no se toman las medidas necesarias para proteger los derechos de los ciudadanos.

En principio, el uso de los sistemas de información sanitarios se encuentra circunscrito a los entornos controlados dentro de los propios centros sanitarios y de los organismos relacionados; en ellos el acceso a la información está limitado a usuarios identificados y la red de comunicaciones está protegida frente a accesos externos mediante los denominados «*firewalls*» o cortafuegos, cuya función es analizar el tráfico de datos que intenta acceder a una red y dejar pasar sólo lo que esté autorizado. También es general el uso de servidores *proxy*, que controlan las entradas y salidas de la red. Desde el punto de vista del acceso a los sistemas por parte de los usuarios, las principales medidas de seguridad se centran en el empleo de sistemas de control de acceso, como las contraseñas, y en políticas de seguridad en el uso de los sistemas, aunque también están empezando a utilizarse tarjetas inteligentes.

Con el desarrollo de las nuevas tecnologías se dispone de nuevos mecanismos para garantizar la seguridad de la información, como el encriptado de los datos para garantizar la confidencialidad o los sistemas de reconocimiento biométricos (huella dactilar, iris, etc.) para garantizar la autenticación.

Pero de este entorno, fácilmente controlable al tener limitados los accesos, se ha pasado a aplicaciones en entornos abiertos donde en principio cualquiera puede acceder a los datos, y son los mecanismos de seguridad los únicos que garantizan la confidencialidad, privacidad e integridad de la información. Ello se debe fundamentalmente al auge de Internet y de las redes IP. Cuando se transmiten los datos a través de redes públicas, el concepto de seguridad cambia, porque terceras partes, generalmente anónimas, podrían acceder a la información e incluso manipularla. En estos casos, además de los ya indicados se utilizan los siguientes mecanismos:

- **La firma digital.** En la actualidad se está imponiendo la firma electrónica para garantizar la autenticación del usuario y de los servidores que proveen los datos. Mediante estos sistemas, cada médico se identifica de forma segura al acceder a cualquier historia clínica y al mismo tiempo, utilizando un sistema de claves públicas, se encripta la información que se transmite por la red, lo que impide que cualquier persona no autorizada acceda a los contenidos de las historias clínicas electrónicas (Fig. 14.12). Las claves, proporcionadas por una autoridad certificadora y sujetas a un proceso de renovación temporal, pueden estar almacenadas en tarjetas inteligentes que eviten la posibilidad de acceso en caso de que estuvieran físicamente en una máquina.
- **Los protocolos seguros** (como Ipsec, SSL, WEP).
- **Las redes privadas virtuales** (VPN).

Legislación

Existen dos leyes que afectan directamente al tratamiento y contenidos de las historias clínicas:

- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD).
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derecho y obligaciones en materia de información y documentación clínica, y que ha entrado en vigor el 16 de mayo de 2003.

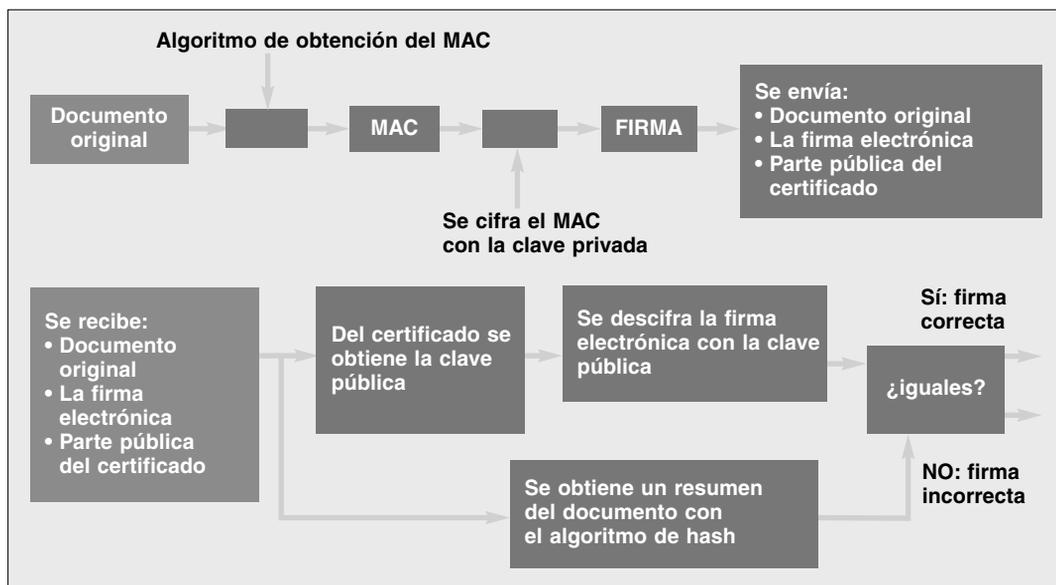


Figura 14.12. Verificación de la firma digital.

El tratamiento de los datos de carácter personal registrados en un soporte físico está regulado por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD). Los ficheros automatizados (informáticos) están sometidos a las normas de seguridad y prescripciones establecidas en el Real Decreto 994/1999, de 11 de junio, que desarrolla el Reglamento de Medidas de Seguridad para estos ficheros. Estas normas legales obligan a todas las personas físicas y jurídicas que realicen algún tipo de tratamiento con datos personales. Los datos relativos a la salud han de ser tratados con las máximas medidas de seguridad previstas por la normativa.

Las obligaciones formales que se han de cumplir son:

- Inscribir los ficheros en la Agencia de Protección de Datos.
- Elaborar y mantener actualizado un documento de seguridad con los procedimientos y normas de seguridad.
- Dotar a los sistemas informáticos de un sistema que permita la identificación y autenticación de los usuarios, al mismo tiempo que controle y registre los accesos al sistema y a los ficheros.

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derecho y obligaciones en materia de información y documentación clínica, establece el marco regulador para el uso, conservación y acceso a la historia clínica. Tiene como precedente la Ley General de Sanidad de 1986, pero la completa en materia de derechos y obligaciones, los cuales adapta al Convenio del Consejo de Europa para la Protección de los Derechos Humanos, firmado en Oviedo en 1997 y que entró en vigor el 1 de enero de 2000. Desde el punto de vista funcional, los aspectos más relevantes de la nueva ley sobre la documentación clínica son los siguientes:

- Cada centro archivará las historias clínicas de sus pacientes (*Artículo 14.2*).
- Se especifica el contenido mínimo de la historia clínica (*Artículo 15.2*).

- El acceso a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia obliga a mantener los datos de identificación personal del paciente separados de los de carácter clínico-asistencial, de manera que como regla general quede asegurado el anonimato. Se exceptúan algunos casos de investigación de la autoridad judicial (*Artículo 16.3*).
- El personal de administración y gestión de los centros sanitarios sólo puede acceder a los datos de la historia clínica relacionados con sus propias funciones (*Artículo 16.4*).
- Las comunidades autónomas regularán el procedimiento para que quede constancia del acceso a la historia clínica y de su uso (*Artículo 16.7*).
- Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la fecha de alta de cada proceso asistencial (*Artículo 17.1*).
- La gestión de la historia clínica por parte de los centros que tengan pacientes hospitalizados se realizará a través de la unidad de admisión y documentación clínica, encargada de integrar en un solo archivo las historias clínicas (*Artículo 17.4*).
- El paciente tiene derecho de acceso a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella. Este derecho no puede ejercerse en perjuicio de terceras personas, ni en perjuicio del derecho de los profesionales que han participado en su elaboración, los cuales pueden oponer al derecho de acceso la reserva de sus anotaciones subjetivas (*Artículo 18.1 y 3*).

Esta ley deroga los apartados 5, 6, 8, 9 y 11 del Artículo 10 de la LGS, así como el apartado 4 del Artículo 11 y todo el Artículo 61.

Existe además un conjunto de decretos y leyes anteriores relativos al tratamiento y contenido de las historias clínicas entre los que se pueden citar los siguientes:

- Real Decreto 63/1995 sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.
 - Reconoce la historia clínica como una prestación sanitaria y la engloba dentro de la modalidad de los servicios de información y documentación sanitaria.
- Ley 21/2000 de la Comunidad Autónoma de Cataluña.
 - Artículo 9: Definición y tratamiento de la historia clínica.
- Ley 3/2001 de la Comunidad Autónoma de Galicia, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes.
 - Artículo 10: Definición.
 - Artículo 11: Soporte.
- Ley Foral de la Comunidad Autónoma de Navarra 11/2002.
- Decreto 45/1998, de la Comunidad Autónoma del País Vasco.
- Ley 2/1998 de la Comunidad Autónoma de Andalucía.
 - Capítulo I: Derecho de los ciudadanos. Artículo 6.
- Resolución de 4/6/2001 de la Comunidad Autónoma de Andalucía, por la que se dictan instrucciones sobre procedimientos de acceso a la historia clínica.
- En marzo de 2001 el Senado aprobó la regulación del testamento vital y del acceso de los pacientes a las historias clínicas.

Con la entrada en vigor de la Ley Básica, las comunidades autónomas deberán acomodar sus normas a los principios que se expresan en ella (ya que algunas comunidades autónomas reflejaban de forma dispar algunos puntos esenciales del Convenio de Oviedo).

Actualmente se encuentra en el Parlamento el proyecto de Ley de Firma Electrónica, norma que sustituirá al Real Decreto de 1999 que regula en la actualidad esta mate-

ria. Esta ley tiene como objetivo impulsar el uso de las comunicaciones telemáticas. Sus principales novedades son:

- Creación del DNI electrónico.
- Emisión de certificados de personas jurídicas.
- Supresión del registro de prestadores de servicios de certificación.

Implantación de sistemas

La implantación de cualquier sistema de información requiere un proceso de análisis, especificación, adquisición, instalación, pruebas, mantenimiento y actualización. Estas fases se pueden aplicar al proceso de implantación de un sistema de historia clínica electrónica, pero conviene tomar en consideración las características específicas del sector sanitario y lo que realmente representa el concepto de historia clínica electrónica única, que la experiencia va enseñando.

Así pues, convendría tener especialmente en cuenta los siguientes puntos, que son muy específicos de estos sistemas:

- La estrategia para implantar un sistema de historia clínica tiene que ver más con la gestión de la información que con la informática.
- Es necesario adaptar los procedimientos de trabajo para buscar la eficiencia.
- Es esencial proporcionar una formación idónea a los usuarios y profesionales.
- Es más eficiente implantar los sistemas de manera gradual, evitando una implantación a gran escala al principio.
- Es más complejo mantener el sistema en funcionamiento que instalarlo.
- Es preciso definir distintos perfiles de usuario.
- Hay que implicar a todos los actores: compradores, proveedores, usuarios, operadores, etcétera, buscando apoyo en la experiencia.
- No hay que esperar a tener tecnologías de la información y de las comunicaciones estables, sólidas y aceptadas por todas las partes.

Un aspecto importante cuando se piensa en implantar un sistema de historia clínica electrónica única, es cómo pasar desde el sistema de historias clínicas que en ese momento se esté utilizando, al nuevo sistema. La tecnología proporciona herramientas para digitalizar las historias clínicas que existen en papel, actualizar el *software*, importar bases de datos, etcétera. No obstante, el proceso de digitalizar todas las historias clínicas de un centro sanitario es caro y muchas veces puede ser innecesario.

Telemedicina

La telemedicina es una tecnología que aplica a la medicina las redes de telecomunicaciones como medio para intercambiar información. La telemedicina tuvo sus orígenes en la década de los años sesenta, cuando se empezó a utilizar la red telefónica como medio para transmitir datos clínicos a distancia. El término «telemedicina» se creó para designar un nuevo modelo de practicar la medicina basado en el empleo de las tecnologías de la información y de las comunicaciones. Con el desarrollo de estas tecnologías que ha tenido lugar en las últimas décadas, la telemedicina ya ha pasado a formar parte de los nuevos modelos de gestión sanitaria, tanto pública como privada.

La utilización de la telemedicina está aumentando, especialmente en los países desarrollados. Esta situación se manifiesta claramente si se analiza el incremento de las

inversiones públicas y privadas para implantar esta tecnología. En España, la Administración central ha presupuestado más de 24 millones de euros para proyectos de telemedicina y teleasistencia para el período 2000/2006, y muchas Comunidades Autónomas tienen presupuestos adjudicados a estas aplicaciones dentro de sus Planes Estratégicos para la sociedad de la Información.

Sin embargo, la telemedicina no se limita sólo al sector sanitario. Existen muchos otros sectores de la industria y de los servicios que están impulsando directa o indirectamente la telemedicina dentro de sus estrategias de desarrollo de productos. Los fabricantes de equipamiento médico desarrollan nuevos equipos con interfaces digitales, lo que facilita la interconexión a través de las redes de comunicación para transmitir datos. Sólo en España existen más de 250 empresas que trabajan en este sector. Los fabricantes de equipos audiovisuales son conscientes de que cada vez son más las especialidades médicas que utilizan la imagen como elemento fundamental para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, imágenes que pueden ser transmitidas y analizadas a distancia. Esto, favorecido por el desarrollo de los nuevos estándares de vídeo digital, incrementa la demanda de cámaras de vídeo, equipos de grabación, etcétera. Los operadores de telecomunicaciones han sido siempre muy activos a la hora de impulsar la telemedicina, por su estrecha relación con la demanda de más recursos de red por parte de los usuarios. Así, por ejemplo, el despliegue de redes de banda ancha supone un gran impulso para la telemedicina al aumentar la velocidad de transmisión de los datos.

En este panorama de servicios, la telemedicina tiene que ser considerada, por parte de los responsables de gestión del sistema sanitario, como una herramienta complementaria de las técnicas tradicionales de la medicina. No es únicamente un sustituto de la medicina presencial, sino que puede ofrecer muchas más posibilidades que la mera eliminación de las distancias. La telemedicina es una tecnología que permite también que desaparezca el factor tiempo y que se eliminen barreras culturales en el acceso al conocimiento.

Si analizamos las ventajas que el uso de esta tecnología aporta al sistema sanitario, tanto en el sector público como en el privado, los beneficios se pueden resumir en los siguientes puntos (Figura 14.13):

- Permite proporcionar servicios sociosanitarios en lugares donde no es viable la presencia de profesionales por razones de distancia, emergencias, etcétera.
- Permite mejorar la relación coste/calidad de los servicios, como ocurre en el caso de la asistencia domiciliaria, acceso a especialistas, etcétera.
- Facilita el acceso a la información y al conocimiento, evitando duplicidad de datos; permite un mejor conocimiento de los pacientes, etcétera.

Estos beneficios no son específicos de una determinada especialidad o nivel de atención, sino que se pueden extender a muchas áreas del sistema sanitario en las que puede aplicarse la telemedicina: atención especializada, primaria, emergencias, salud laboral, y otras.

Pero las ventajas de la telemedicina se pueden observar claramente cuando se tiene en cuenta la fragmentación característica del sector sanitario. En España, las diecisiete Comunidades Autónomas tienen transferidas las competencias sanitarias; hay más de 160 000 médicos, más de 500 hospitales y 20 000 oficinas de farmacia, entre otras cifras significativas. Se genera una gran cantidad de información procedente de historias clínicas, ensayos clínicos, resultados epidemiológicos, recetas, etcétera. Así, sólo en la Comunidad Autónoma de Andalucía se tramitaron alrededor de 100 millones de recetas en 2001. Si se tienen en cuenta estas elevadas cifras y la gran dispersión de los recur-

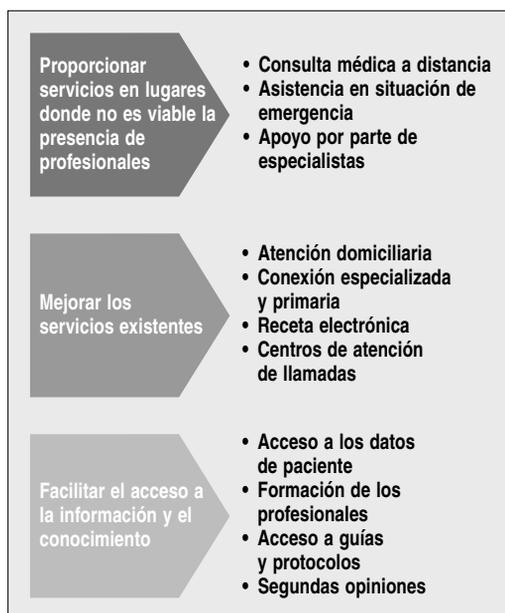


Figura 14.13. Análisis de beneficios.

sanitarios, es evidente que una tecnología que acerque estos recursos al usuario que lo necesite resulta de la máxima utilidad, sea un profesional o un ciudadano quien requiera la información o la asistencia.

Desde los años ochenta, en que empezaron a utilizarse de forma generalizada las nuevas tecnologías en la sanidad, hasta la actualidad, se han desarrollado muchos proyectos de telemedicina. La mayoría de ellos han sido de carácter experimental y de validación de tecnologías, pero algunos han permitido consolidar procedimientos de trabajo eficientes y de claro interés para el sistema sanitario. Existen numerosos ejemplos, entre los que se pueden citar programas de prevención en los que se realizan pruebas a pacientes en los centros de salud, cuyos resultados se envían por la red a los especialistas para su estudio, o petición de consultas a través de portales de Internet, donde hay equipos de profesionales médicos que atienden las consultas. En general, la consulta a distancia, la asistencia sanitaria en

el hogar y el acceso a la historia clínica, entre otros, son ejemplos sencillos que ya se han experimentado con éxito en muchas ocasiones.

A pesar de los avances producidos en los últimos años, la implantación de la telemedicina en el mundo de la sanidad, a excepción de experimentos y proyectos piloto, tropieza con muchos problemas. Las principales barreras que existen en la actualidad son las siguientes:

- La falta de seguridad de los datos.
- Las bajas velocidades de muchas de las tecnologías de red.
- La falta de formación de los profesionales sanitarios en las nuevas tecnologías.
- La escasez de evaluaciones de coste-efectividad de los diferentes sistemas.

Sin embargo, el mayor reto con que tiene que enfrentarse la telemedicina para que pueda implantarse con éxito es la transformación de las organizaciones. Ahora bien, éste no es un problema exclusivo de la telemedicina, puesto que utilizar eficientemente las nuevas tecnologías de la información y de las comunicaciones supone una nueva forma de pensar y de trabajar. El sector sanitario del siglo XXI no es igual que el del siglo XX, y ello se percibe no solamente en los profesionales sino también en los ciudadanos, que se han convertido en el eje del sistema, pasando de ser agentes pasivos que aceptan lo que éste les ofrece, a ser sujetos activos que exigen. Y las organizaciones tienen que ser conscientes de este gran cambio y modificar sus estructuras, eliminando las actuales y creando otras nuevas que faciliten la provisión de servicios sociosanitarios a los ciudadanos.

En medio de esta situación, los sistemas sanitarios públicos de la mayor parte de los países desarrollados necesitan encontrar soluciones para mejorar los servicios y contener los costes, que se disparan con la aparición de nuevos problemas sociosanitarios. Los profesionales sanitarios podrán prestar sus servicios gracias a los nuevos sistemas de

gestión y almacenamiento electrónico de la información clínica. Se trataría fundamentalmente de prevenir enfermedades y mejorar la eficacia de los tratamientos aplicados a los pacientes, que con el tiempo tenderán a ser más personalizados. Y la telemedicina puede servir para estos fines. En la sanidad privada, las compañías aseguradoras ven en esta tecnología la oportunidad de optimizar costes y ampliar la cartera de servicios, y los profesionales médicos empiezan a complementar sus actividades profesionales con consultas por Internet como nueva fuente de ingresos.

La telemedicina e Internet

Internet se ha convertido en un elemento muy importante en la sociedad actual como medio de comunicación y de acceso y distribución de la información. La característica más sobresaliente de Internet es su independencia del modo de acceso y la gran cantidad de servicios e información que están disponibles en la red, lo que ha hecho que sean millones los usuarios que actualmente se encuentran conectados. El número de internautas europeos en mayo de 2002 era de 139.3 millones, de los cuales más de 7.7 millones eran españoles (un 22% de la población). En China, el número de internautas en diciembre de 2001 era de 33.7 millones. En febrero de 2002 el número de usuarios en todo el mundo era de 544.2 millones.

Internet es una red universal a través de la cual se puede leer el periódico o el correo electrónico, enviar mensajes, establecer un *chat* interactivo o una videoconferencia, ver una película o jugar *on-line* con otras personas..., y todo ello sin moverse del sitio. Se estima, por ejemplo, que el desarrollo de la mensajería instantánea, evolución del correo electrónico, va a cambiar el modo en que nos comunicamos en el trabajo o con los amigos. Según previsiones de la firma IDC, en el año 2004 habrá más de 180 millones de usuarios corporativos que utilizarán alguna de las aplicaciones de mensajería instantánea. Esto ha hecho posible que muchos sectores de la industria y de los servicios hayan modificado sus modos de trabajo para sacar de Internet el máximo provecho.

Este medio de comunicación ha irrumpido en el sector sanitario abriendo un abanico enorme de posibilidades para el desarrollo de la telemedicina y, en general, para todo el sector de la sanidad. Actividades como solicitar una segunda opinión médica, pedir una cita en el centro de salud, contactar con otras personas afectadas por una determinada enfermedad, etcétera, ha pasado a ser algo más sencillo y habitual al no obligar a desplazarse y poder llegar a cualquier parte. Y ello repercute claramente en la calidad del sistema sanitario, porque permite que los ciudadanos estén más informados y tengan mejores servicios.

La utilización de Internet en la sanidad, o *e-salud* como se ha denominado, la podemos desglosar dividir en las siguientes líneas:

- **Asistencial:** consulta por la red, alarmas, etc.
- **Gestión:** gestión de HHCC, receta electrónica, cita previa, etc.
- **Información:** acceso a información de centros y recursos, enfermedades, etc.
- **Comercio:** central de compras, venta de productos y servicios (parafarmacia, seguros, etc.).

Estas aplicaciones vienen condicionadas por las dos grandes barreras que tiene Internet en la actualidad: baja velocidad de transmisión y falta de seguridad en las comunicaciones. Ello afecta en gran manera al grado de calidad y penetración de las aplicaciones sanitarias a través de Internet debido al carácter profundamente confidencial de la información procesada y al gran volumen de datos que se transmiten. Por eso, algunas aplicaciones de telemedicina ven limitada su utilización a través de Internet. Ello no es

inconveniente para que algunas aplicaciones hayan tenido una gran aceptación. Así, por ejemplo, WebMD es un portal de salud americano a través del cual más de 300 000 médicos en EEUU realizan la confirmación de sus volantes, pagos y cobros (datos de agosto de 2002).

En cuanto al problema de la velocidad de transmisión, se va solucionando progresivamente gracias al desarrollo e implantación de tecnologías de banda ancha, como ADSL o el cable. En septiembre de 2002, un 6% de los ciudadanos europeos tenía acceso a Internet a través de conexiones de banda ancha. Mayoritariamente lo hacen por líneas telefónicas digitales (56% frente al 44% que lo hacen por cable). Hong Kong es el país que encabeza este tipo de acceso, con un 66% de los usuarios conectados por banda ancha. En Europa el primer país es Alemania, con un 45% de los internautas que emplean alta velocidad, seguido por Suecia, con el 43%, y Holanda, con el 41%. En España, un 25% de los internautas utilizan banda ancha, el 18% línea telefónica y el 8% cable (Fuentes: *Forrester Research y Nielsen/NetRatings*).

Igual que ocurre con la telemedicina, la *e-salud* está aprovechando los desarrollos tecnológicos en Internet promovidos por otros sectores, como el del entretenimiento, la banca, etcétera. Es el caso de nuevas tecnologías como *ipv6* o los certificados digitales para mejorar la seguridad de los datos, y el desarrollo de nuevas tecnologías de redes como ADSL o UMTS para aumentar el ancho de banda y disminuir la latencia y los tiempos de transmisión. Otro ejemplo es el caso del *streaming*. En un sector como el sanitario, donde la transmisión de imágenes tiene una gran importancia, las nuevas tecnologías desarrolladas para la descarga de películas por la red revisitan un gran interés, ya que permiten transmitir por la red operaciones, cursos y otros actos, con un grado de calidad aceptable, adaptando el flujo de transmisión a las características de la red disponible.

Arquitectura de sistemas de telemedicina

Un sistema de telemedicina se puede describir como un conjunto de redes de telecomunicación, servidores de datos y terminales de usuario en los cuales se ha instalado una aplicación de telemedicina que tiene acceso a los servicios que proporcionan los operadores de red y los proveedores de servicios.

Con el desarrollo de las nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones se ha desarrollado una amplia variedad de terminales, redes y servicios de telecomunicación, lo que ha dado lugar a múltiples configuraciones de estos sistemas de telemedicina.

Por las características intrínsecas de la telemedicina, las tecnologías de red de comunicaciones adquieren una gran importancia en las prestaciones y capacidades de las aplicaciones en este sector.

En función de la tecnología utilizada, las redes de acceso se pueden clasificar en:

- **Redes fijas.** Son las que utilizan un medio físico para el transporte de la señal:
 - Par de cobre. Utilizan el par de cobre tradicional de telefonía:
 - Red telefónica básica.
 - Red digital de servicios integrados (RDSI).
 - *Asymmetric digital subscriber line* (ADSL).
 - *PowerLine communications* (PLC).
 - Cable. Utilizan cable coaxial.
 - Fibra óptica. Utilizan fibra óptica monomodo o multimodo:
 - Red ATM.
 - Red híbrida fibra-coaxial.

- **Redes inalámbricas.** Son las que utilizan el espectro radioeléctrico para el transporte de la señal:
 - Redes Móviles:
 - GSM
 - GPRS
 - UMTS
 - LMDS:
 - Banda 3.5 Ghz
 - Banda 26 Ghz
 - WLAN:
 - 802.11 b (WiFi)
 - 802.11 a
 - HiperLan
 - MMDS.
 - Satélite:
 - TV digital
 - VSAT
 - TDT.
 - Láser.

El segundo aspecto importante para la especificación de un sistema de telemedicina es el tipo de terminal que el usuario va a tener y a través del cual va a acceder a la aplicación. Los terminales de usuario pueden ser:

- **Ordenador o PC con módem.** Ha sido el tipo de terminal más utilizado, pero va siendo sustituido por otros tipos.
- **Set Top Box (STB) con pantalla de televisión.** Utilizado por el alto grado de penetración del televisor en los hogares.
- **Equipos móviles GSM/GPRS.** En auge con el desarrollo de la nueva generación de telefonía móvil.
- **PDA con conexión a redes inalámbricas o redes móviles.**

A cada uno de estos terminales se le pueden conectar diferentes equipos, como cámaras de vídeo, equipos de medida de parámetros biológicos y otros.

Independientemente del tipo de terminal de que se trate se puede establecer una arquitectura común para todos ellos y que puede verse en la Figura 14.14.

Desde un punto de vista funcional se puede diferenciar entre los sistemas usuario-usuario y los sistemas usuario-servidor. En los primeros existe una comunicación entre dos usuarios, generalmente en tiempo real, que intercambian información en forma de voz, vídeo o datos. En los sistemas usuario-servidor, la información la almacena un usuario en un servidor, y un segundo usuario accede a esa información; generalmente la comunicación no se realiza en tiempo real. En la actualidad están en auge los sistemas denominados *Peer-to-Peer* (P2P) en los cuales los ordenadores acceden unos a otros en igualdad de condiciones, actuando como cliente o como servidor en función de la acción que se desarrolle.

Una última clasificación se establece en función del tipo de comunicación que se realiza, en cuanto a número de usuarios conectados. Los sistemas pueden ser punto a punto, cuando la comunicación tiene puntos únicos de generación y puntos únicos de recepción; (p. ej., en una consulta a distancia), o punto a multipunto, cuando hay un punto de generación pero existen múltiples puntos receptores (como en el caso de un curso de formación *on-line*).

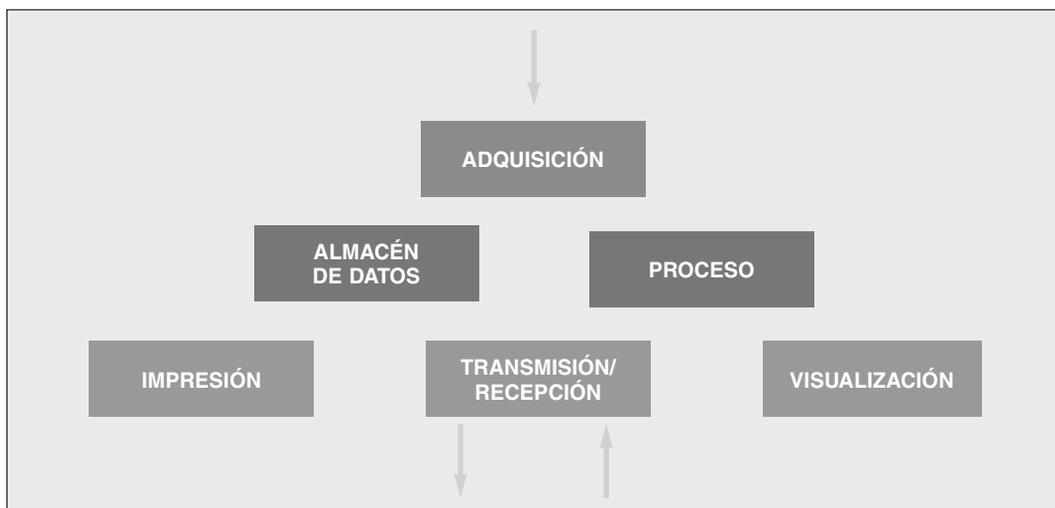


Figura 14.14. Diagrama de bloques del terminal.

Un aspecto muy importante cuando se define la arquitectura de un sistema de telemedicina es (establecer) las medidas de seguridad. Todos los sistemas de telemedicina tienen que garantizar protección de datos con arreglo a la LOPD, y en el caso de que existan transacciones comerciales tienen que cumplir la Ley 34/2002, de 11 de julio, de Servicios de la Sociedad de la Información y de Comercio Electrónico, para lo cual se deben aplicar una serie de medidas que garanticen la confidencialidad de los datos. Lo más frecuente es la instalación de un *firewall* o cortafuegos para restringir el acceso a los usuarios autorizados y, además, controlar los puntos de acceso. Últimamente, y debido al desarrollo de los sistemas PKI (*Public Key Infrastructure*) también se está generalizando la utilización de lectores de tarjetas inteligentes donde se almacenan los certificados, a través de los cuales se proporcionan los servicios de autenticación y confidencialidad.

La telemedicina y la transmisión de imágenes

Esta funcionalidad exige, por un lado, la capacidad de procesar la información en tiempo real, es decir, sin retrasos apreciables, y por otro, la capacidad de transmitir imágenes de alta calidad. Ambos requerimientos son obvios en un entorno donde el tiempo de respuesta es esencial y donde es precisa una alta calidad de las imágenes para poder tomar decisiones y obtener la documentación necesaria.

Desde el punto de vista técnico, la transmisión de imágenes de alta calidad supone unos altos requerimientos de los equipos y de las redes de comunicación. Ello se debe a la gran cantidad de datos que hay que procesar y transmitir, manteniendo en muchos casos flujos de datos de alta velocidad. El almacenamiento de esta información es otro aspecto fundamental del sistema y que exige a su vez grandes capacidades de disco o sistemas removibles de almacenamiento que permitan guardar las imágenes y acceder a ellas cuando sea necesario (Tabla 14.4). Todo esto es posible gracias a la existencia de tecnologías que, por un lado, comprimen la información para reducir el volumen sin pérdidas de calidad, y por otro lado ofrecen redes de banda ancha que aumentan la velocidad máxima de transmisión. Este aspecto, que en el ámbito local no es problemático gracias a la utilización de redes de área local de alta velocidad, se hace más com-

plejo cuando se tiene que transmitir por una red pública de comunicaciones, donde el ancho de banda de la red generalmente está limitado. Es necesario llegar a un compromiso entre calidad de las imágenes y coste de los sistemas. No obstante, el desarrollo de estándares de vídeo, ampliamente aceptados por los fabricantes de equipos y la industria, hace posible el intercambio de este tipo de información a través de la red.

Es importante calcular adecuadamente el ancho de banda de las conexiones hacia el exterior en función del número de usuarios y del volumen de datos que se vayan a transmitir. Una configuración adecuada de prioridades determinará en cada momento qué datos son los más importantes y, por tanto, aquellos cuya transmisión tiene prioridad.

La transmisión de las imágenes se realiza según diferentes estándares. Los formatos digitales de vídeo de mayor calidad son el D1 y Betacam digital. Los formatos DV, DVCAM y DVCPRO proporcionan una calidad ligeramente inferior, pero generan un flujo de datos de vídeo más manejable. El estándar MPEG es el definido por ISO para la transmisión y almacenamiento.

DV es un formato de flujo de vídeo y de compresión basado en codificación *intra-frame* y que guarda cada *frame* por separado. Utiliza compresión fija 5:1 y proporciona un flujo de datos de 25 Mb/seg (2.98 MB/s.) (36 Mbps con audio y otros datos). La señal de vídeo PAL es muestreada a 4:2:0. El DVCAM y el DVCPRO son variantes profesionales del formato DV desarrolladas por Sony y por Panasonic, respectivamente. Ambas tienen idénticas características que el formato DV y difieren en las características de las pistas de almacenamiento. DVCPRO50 es una variante profesional del formato DV desarrollado por Panasonic y que utiliza un flujo de datos de 50 Mb/s (5.96 MB/s).

El estándar MPEG es un estándar de compresión de vídeo que define diferentes perfiles y soporta rangos de transferencias de datos de 1.5 Mb/seg (0.2 MB/s) en MPEG1, y hasta 100 Mb/seg (12 MB/s) en MPEG2. El MPEG1 fue definido como formato para CDROM y Vídeo CD. MPEG2 proporciona vídeo de alta calidad y se utiliza en DVD, DVB, HDTV y SVCD. MPEG4 está diseñado para comunicaciones de baja velocidad, y puede codificarse a diferentes flujos para adaptarse a la red disponible, consiguiendo calidades aceptables entre 128 y 500 Kbit/s.

Estos flujos de datos, como es lógico, no son válidos para la transmisión por las redes públicas de datos, como en el caso de que se quiera utilizar Internet como canal de comunicación. Esto no es incompatible con el empleo de un modelo de descarga de ficheros por la red si no hay necesidad de tiempo real en la transmisión, en cuyo caso el tiempo de transmisión del fichero dependerá de su tamaño y de la velocidad máxima de red disponible.

Cuando se quiere transmitir vídeo por Internet con calidad, las soluciones más extendidas en la actualidad son la videoconferencia por IP y la tecnología *streaming* (Fig. 14.15).

La tecnología *streaming* es la transferencia simultánea de audio, vídeo y datos desde un servidor de aplicaciones hasta clientes que reciben un flujo continuo de datos y

TABLA 14.4 *Volumen de información.*

Volumen de datos por modalidad

Estudio de RM (30 im/est) 256*256*8: 2 MB
Radiografía de tórax. 2048*2048*8: 4 MB
Estudio de CR (30 im/est) 512*512*8: 6 MB
Patología. 2048*2048*24: 12 MB

Flujo de datos según estándar

MPEG1: 1.5 Mbps
MPEG2: 6 Mbps
Vídeo B/N (640*480): 8.79 MB/sec–Vídeo
4:2:2 17.58 MB/sec
Vídeo 4:4:4. 26.37 MB/sec (aprox. 200
Mbps)

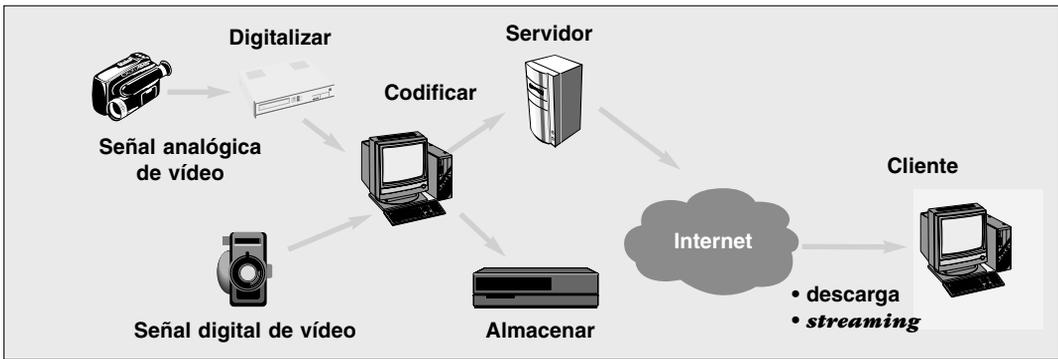


Figura 14.15. Arquitectura de un servicio de *streaming*.

que pueden reproducir el audio y el vídeo tan pronto como se dispone de suficientes datos en el *buffer* de recepción.

Existen diferentes formatos de audio y vídeo que se utilizan en *streaming*. Los más extendidos en la actualidad son MPEG, y RealNetwork y Windows Media Technology con algoritmos propietarios.

El servidor de *streaming* transmite los datos a la máxima velocidad posible en cada momento, y es el decodificador del usuario el que, utilizando un *buffer* intermedio de recepción, va reproduciendo las imágenes a una velocidad constante. El papel del *buffer* es corregir las fluctuaciones de velocidad de datos que se producen en una red de transmisión de paquetes, intentando que nunca se quede el *buffer* vacío, lo que produciría saltos en las imágenes. Los servidores pueden dar acceso continuo a archivos almacenados (*streaming* bajo demanda) o bien transmitir un acto en directo en lo que se denomina una *Webcast* (*streaming* en vivo).

Las soluciones de videoconferencia IP más utilizadas son las basadas en Netmeeting y en H.323. Ambas proporcionan una calidad variable en función de los recursos de red disponibles, pero son adecuadas para mantener una conferencia audiovisual con una calidad aceptable.

Aplicaciones

Las aplicaciones de la telemedicina se clasifican teniendo en cuenta las funciones que realizan y el usuario al que van dirigidas:

- Consulta a distancia.
- Teleasistencia en domicilio.
- Cirugía a distancia.
- Teleformación médica.
- Alertas.

Consulta a distancia

La aplicación más conocida de la telemedicina es la consulta a distancia en cualquiera de las especialidades médicas susceptibles de utilizar esta tecnología, que fundamentalmente son aquellas que emplean diagnóstico por imagen: radiología, dermatología, anatomía patológica, oftalmología, etcétera. En este tipo de aplicaciones, el profesional médico puede analizar las imágenes tomadas a un paciente que le son enviadas por una red de comunicaciones a cualquier punto remoto; al mismo tiempo

se puede mantener una audioconferencia y videoconferencia entre médico y paciente, aunque esta función no es imprescindible en todos los casos.

La consulta se puede realizar en lo que se ha denominado tiempo real, es decir, médico y paciente mantienen una consulta virtual, o bien puede hacerse en diferido. En esta última modalidad, el paciente envía la información a un servidor de datos y el médico accede después a la información.

La principal utilidad de esta aplicación consiste en proveer el servicio entre centros sanitarios de distinto nivel de atención y, por tanto, con distintos equipos de profesionales, así como en aquellos casos en que no hay especialistas en un lugar en el que son necesarios sus conocimientos, como ocurre en las urgencias, la atención sanitaria en lugares remotos o que han quedado aislados, en caso de desastres naturales, etcétera.

Actualmente se está desarrollando la teleconsulta privada a través de Internet, en la que especialistas médicos proporcionan un diagnóstico y tratamiento, previo pago de una determinada cantidad, que generalmente se puede realizar a través de una plataforma de pago electrónico.

Teleasistencia en domicilio

Esta aplicación permite proporcionar en el propio domicilio la atención sociosanitaria que un ciudadano pueda necesitar en un momento dado. La atención se proporciona desde un centro que cuenta con personal cualificado para ello. El servicio puede consistir en los siguientes módulos (Fig. 14.16):

- Módulo de audioconferencia o de videoconferencia que permita una comunicación audiovisual entre el centro de atención y el domicilio.
- Módulo de transmisión de datos o señales biológicas, que son tomados mediante un equipo adecuado (glucómetro, electrocardiógrafo, pulsioxímetro, etc.) en el domicilio y son enviados al centro.
- Módulo de descarga de información al domicilio, que puede consistir en guías de salud, aviso de citas, dietas habituales, etcétera.
- Módulo de acceso a información clínica del centro por parte del ciudadano o por parte de un profesional sanitario que tenga que acudir al domicilio.

Cirugía a distancia

La cirugía a distancia consiste en transmitir las imágenes de la zona de operación a otro lugar fuera del quirófano donde un especialista recrea virtualmente éste y puede controlar a distancia un elemento robotizado que lleva a cabo la operación en el quirófano.

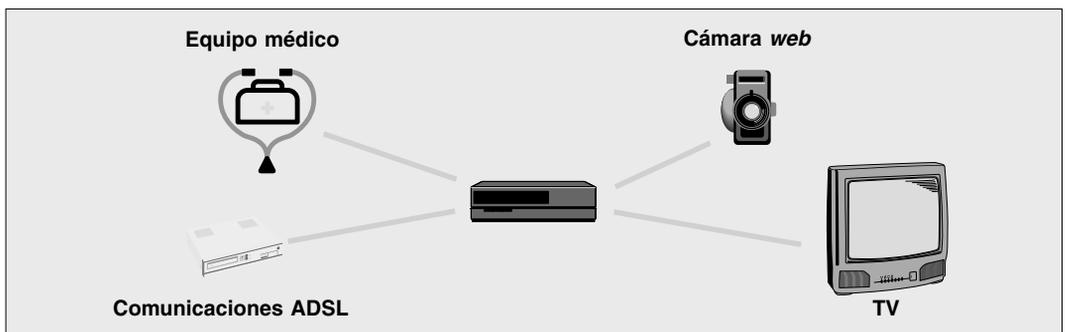


Figura 14.16. Terminal de teleasistencia.

Los requisitos más importantes de esta aplicación son:

- Alta calidad de las imágenes.
- Retrasos mínimos en la transmisión de las imágenes y de las señales de control.
- Sistemas tolerantes a fallos.

Uno de los pioneros en estas técnicas fue el Dr. Haim Weinberg, que en 1999 realizó varios trasplantes de ganglios, desde su Escuela de Medicina de la Universidad de Washington, a pacientes que se encontraban en Tel Aviv, Israel, Singapur y Jeddá.

Desde el hospital de Johns Hopkins de Baltimore se realizaron, entre 1998 y 2000, 17 teleoperaciones guiando un brazo robótico situado en el Hospital Universitario romano Policlínico Casilino. Catorce de ellas fueron laparoscópicas, y 7 de las 17 las terminaron los cirujanos locales. El aprendizaje del control del brazo fue la tarea más ardua.

También en los años noventa se llevó a cabo en España una experiencia de este tipo, entre Palma de Mallorca y Barcelona, utilizando enlaces RDSI.

En septiembre de 2001 tuvo lugar otra experiencia entre el Instituto de Telecirugía de Estrasburgo y el Departamento de Cirugía Laparoscópica del hospital Monte Sinaí de EEUU: se realizó una colecistectomía laparoscópica utilizando comunicación por fibra óptica, con lo que se consiguieron retrasos de 155 milésimas de segundo. En una escala de 1 a 10, los cirujanos otorgaron un 9.1 a la calidad de la imagen, un 8.5 al retraso que se observa en la transmisión, un 9.2 a la coordinación de los robots, y un 8.7 a la seguridad del procedimiento.

La base de esta tecnología no es tan novedosa: se trata de la misma tecnología que se emplea en la cirugía laparoscópica que se practica diariamente en muchos hospitales. La diferencia estriba en que la distancia entre el paciente y el médico es mucho mayor y en que, en vez de ser una única fibra, es una red de comunicaciones.

Últimamente se está analizando la posibilidad de utilizar microrobots introducidos en el cuerpo humano, que transmiten imágenes y pueden ser manejados por control remoto. Un primer intento ha sido la utilización de cápsulas endoscópicas para realizar exploraciones digestivas en zonas a las que no se puede acceder con las técnicas habituales. La cápsula mide 2.8 cm de largo y 1.1 cm de ancho, y durante el recorrido toma dos fotogramas por segundo que se registran en un grabador.

Teleformación médica

La aplicación para la formación médica es mucho menos estricta en cuanto a sus requisitos que la anterior, ya que puede utilizarse material grabado o imágenes de menor calidad. Esta aplicación utiliza habitualmente Internet como medio de transmisión y técnicas de *streaming* para el envío de las imágenes y el sonido, que se puede combinar con el envío previo de información.

Por medio de videoconferencias, integradas con otro tipo de formato, como transparencias, vídeos, etcétera, se pueden transmitir de forma interactiva operaciones con una finalidad esencialmente formativa.

Alertas

Se trata de una aplicación que está empezando a extenderse a raíz del desarrollo de las redes de telefonía móvil, y que va asociada a algún tipo de envío de información periódica a un centro sanitario. Cuando se produce una situación de alarma, la aplicación se encarga de enviar una alerta al paciente informándole de la situación y de lo que tiene que hacer.

Implantación de sistemas de telemedicina

La implantación de un sistema de telemedicina en un entorno sanitario tiene tres componentes esenciales que debe tener en cuenta el responsable de la gestión del servicio donde se implanta (Fig. 14.17):

- Integrar la telemedicina con las otras partes del sistema.
- Formar a los usuarios del sistema.
- Adaptar la organización al nuevo modelo de funcionamiento.

Las aplicaciones de telemedicina tienen que estar integradas con las demás partes del sistema. El núcleo del sistema constará básicamente de una base de datos de tarjeta sanitaria, una base de datos de historias clínicas, un conjunto de aplicaciones de gestión y una aplicación de relación con los usuarios. La integración consistirá fundamentalmente en asegurar que todas las partes del sistema se comunican, intercambiando información entre las aplicaciones y alimentándose de los datos necesarios. Uno de los principales problemas que siempre ha existido en este sector es la incompatibilidad entre aplicaciones; que hace imposible el desarrollo de sistemas eficientes. Es preciso considerar los siguientes aspectos:

- Equipos, redes y sistemas: seguimiento de estándares e integración de sistemas. Redundancia de redes.
- Costes: evaluación coste-beneficio; selección de tecnología.

La formación de los usuarios debe distinguir dos categorías: usuarios y administradores del sistema.

La adaptación de la organización implica modificar los procesos existentes. Cuando se introduce la telemedicina aparecen problemas nuevos y otros que no son nuevos, pero que se modifican. Así, se producen cambios en distintas parcelas, desde el modo de trabajo de los profesionales hasta los canales de relación con los ciudadanos.

Desde el punto de vista legal y jurídico, todos los sistemas de telemedicina tienen que cumplir lo establecido en la Ley Orgánica de Protección de Datos (LOPD), y en el caso de que existan transacciones comerciales, tienen que cumplir la Ley 34/2002, de 11 de julio, de Servicios de la Sociedad de la Información y de Comercio Electrónico, para lo cual se deben aplicar una serie de medidas que garanticen la confidencialidad de los datos. La LOPD, aprobada el 13 de diciembre de 1999 y en vigor desde enero de 2000, consagra la protección de los datos personales como un derecho fundamental de todos los españoles, según ratificó el Tribunal Constitucional en Sentencia de 30 de noviembre de 2000, y de todos los ciudadanos comunitarios, en virtud del artículo 8 de la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea.



Figura 14.17. Factores en la implantación.

En cuanto a la Ley de Servicios de la Sociedad de la Información y de Comercio Electrónico, el objetivo es «la incorporación al ordenamiento jurídico español de la Directiva 2000/31/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 8 de junio, relativa a determinados aspectos de los servicios de la sociedad de la información, en particular, sobre el comercio electrónico». Su fin es la regulación del régimen jurídico de los servicios de la sociedad de la información y de la contratación por vía electrónica.

En resumen, los aspectos que es preciso considerar en este campo son los siguientes:

- **Gestión:** desarrollo de protocolos específicos.
- **Aspectos legales:** definición de responsabilidades; adaptación al marco jurídico.
- **Seguridad:** cumplir la LOPD; implantar la firma digital.

Líneas de investigación en telemedicina

La telemedicina es ya una tecnología relativamente madura en algunas áreas en las que se han desarrollado muchos proyectos. No obstante, existen muchos campos abiertos a la investigación. Los más activos en la actualidad son los relacionados con:

- Movilidad.
- Realidad virtual y 3D.

Uno de los ámbitos más activos en la actualidad, y donde mayores fondos se dedican a la investigación, son los programas marco de Investigación y Desarrollo de la Unión Europea.

En el Programa *e-europe* 2005 las prioridades en salud pública son:

- Tarjeta sanitaria electrónica, incluido el intercambio de HCE.
- Redes de información sanitaria, incluidas las redes de alerta europea.
- Servicios sanitarios en línea para el ciudadano (información, asistencial, etc.).

En la reunión del Consejo de Ministros de la Unión Europea celebrada en Luxemburgo el 3 junio de 2002 se aprobó el VI Programa Marco de la Comunidad Europea para la investigación, desarrollo tecnológico y actividades de demostración, para contribuir a la creación del área de investigación europea y la innovación, en el período 2002-2006. El presupuesto del Programa es de 16 270 millones de euros, de los cuales 646 millones están dedicados a sistemas y servicios para los ciudadanos, entre ellos los sanitarios. Las áreas de especial interés son los sistemas de información a los ciudadanos, la asistencia en los domicilios y la aplicación de la transmisión vía satélite a la sanidad.

El Programa realizó la primera convocatoria de proyectos a comienzos del año 2003, después de la Conferencia de lanzamiento del Programa celebrada en Bruselas del 11 al 13 de noviembre de 2002.

Proyectos de telemedicina

Con objeto de poder evaluar el alcance que hoy en día tiene la telemedicina en España, ofrecemos a continuación una relación por Comunidades Autónomas de algunos de los proyectos de telemedicina que se han desarrollado durante los últimos años. No es una relación exhaustiva, y por ello es probable que existan o hayan existido otros proyectos de telemedicina además de los aquí mencionados.

Igualmente, existen múltiples ofertas de servicios de teleconsulta y de formación a través de Internet que tampoco incluimos en esta breve relación.

ANDALUCÍA**PROYECTO****DESCRIPCIÓN**

CLÍNICAS

Proyecto de Telerradiología en Andalucía entre clínicas privadas. En 1984 se crea una red de Telerradiología en las provincias de Jaén y Cádiz para prestar un servicio de tomografía computarizada (CT, *Computed Tomography*). Hasta entonces, los pacientes debían viajar a Córdoba, a más de 100 km de distancia, para someterse a un examen de TC. Un acuerdo con el servicio de salud pública local afianzó una sólida base de servicios de remisión, y funcionan ya en la provincia cuatro sistemas de resonancia magnética (RM), y dos de TC. Éstos están conectados a través de una red RDSI al centro administrativo de diagnóstico e información de Jaén. La instalación de este sistema incrementó la eficacia administrativa general, permitiendo un máximo aprovechamiento de los equipos y del personal disponible. El personal de Jaén y de Cádiz realiza alrededor de 12 000 exámenes por año. Estos sistemas son fáciles de utilizar, han dado resultados excelentes y son muy fiables.

Telemedicina EPES

Proyecto de Telemedicina Integral. Coordinado por la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía (EPES), el proyecto define un sistema para radiología, TC y ecografía. Los centros integrados en el proyecto son: Centro de Salud de Olula del Río, Centro de Salud de Serón, Centro de Salud de Vélez Rubio, Centro de Salud de Albox, Centro de Salud de Vera, Centro de Salud de Cuevas de Almanzora, Centro de Salud de Sorbas, Centro de Salud de Níjar, Centro de Salud de Abia, Hospital Comarcal la Inmaculada Huércal Overa, Hospital de Especialidades Torrecárdenas, Servicio Provincial de Emergencias 061 (ALMERÍA); Centro de Salud de Orce, Centro de Salud de Santiago de la Espada, Centro de Salud de Villacarrillo, Centro de Salud de Peal de Becerro, Centro de Salud de Beas de Segura, Centro de Salud de Villanueva del Arzobispo, Centro de Salud de Cazorla, Centro de Salud de Jódar, Centro de Salud de Baeza, Hospital Comarcal San Juan de la Cruz de Úbeda, Hospital de Especialidades Ciudad de Jaén, Servicio Provincial de Emergencias 061, Residencia de la Tercera Edad de Linares (JAÉN); Centro de Salud de Estepona, Centro de Salud de Las Lagunas de Mijas Costa, Hospital Costa del Sol de Marbella, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Hospital Regional Carlos Haya, Servicio Provincial de Emergencias 061 (MÁLAGA).

Mundo de Estrellas

Desarrollo de mundos virtuales para los niños hospitalizados. Comenzó en el Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla) en 1998 para poner a disposición de los niños hospitalizados las nuevas tecnologías TIC con objeto de facilitarles mundos virtuales de felicidad compartida en clave de salud positiva. La experiencia continuó en el Hospital Virgen de Valme y actualmente se lleva a cabo en los 33 hospitales del sistema sanitario público de Andalucía.

Estrella Educativa

Integrado en el proyecto Mundo de Estrellas, se basa en un servicio de videoconferencia que permite a los niños hospitalizados seguir sus estudios. Hospital Virgen del Rocío de Sevilla y Centro Educativo El Visor de Alcor (Sevilla).

(Continúa)

(NOTA: En muchos casos los nombres sirven únicamente a efectos de identificación, y no son los nombres oficiales de los proyectos.)

ANDALUCÍA (Cont.)

PROYECTO	DESCRIPCIÓN
TASS	Proyecto de informatización de AP en Andalucía. Utilización compartida por el SAS y la SSSS de la tarjeta sanitaria, el equipamiento informático y la infraestructura de comunicaciones.
Teleasistencia Andalucía	Proyecto de consulta virtual que permite proporcionar atención médica y de enfermería a niños que pueden estar en sus domicilios y que pueden ser atendidos a través de Internet para la supervisión y seguimiento de programas específicos. El proyecto ha comenzado en el Hospital Universitario Virgen del Rocío, y se ha denominado Atención Virtual a la Fibrosis Quística.
DIRAYA	Evolución del proyecto TASS. Hacia una Historia Clínica Digital.
Teleasistencia Promi	Proyecto de teleasistencia para la telemonitorización de señales entre Promi (Cabra, Córdoba) y el Hospital Infanta Margarita.
Algeciras	Proyecto de telerradiología en el Hospital Punta de Europa (Algeciras). El radiólogo se conecta al servidor desde un ordenador portátil y un módem por línea telefónica. El hospital está conectado con el Hospital Universitario Puerta del Mar, en Cádiz, para interconsulta.
WIDENET (IST-1999-14203)	Sadiel S.A. Historia clínica según el modelo PROREC. (1/12/2000-30/11/2003).
PICNIC (IST-1999-10345)	Desarrollo de la próxima generación de redes regionales de salud para dar soporte a nuevas formas de provisión de servicios sociosanitarios (1/1/2000-30/6/2002).
Receta21	Desarrollo de un proyecto de receta electrónica, que abarca la prescripción y la dispensación.
PISTA 1	Aplicación en el área asistencial para la creación de una Intranet que se ha desarrollado en las Comunidades Autónomas de Madrid, País Vasco y Cataluña, y una aplicación en el Área de Salud Pública, en colaboración con el Instituto de Salud Carlos III, que crea una Intranet que incluye un Sistema de Información Epidemiológica, un Sistema de Gestión de Laboratorios de Salud Pública y un Sistema de Información de las Agencias de Evaluación de Tecnologías, y en el que han participado inicialmente las Comunidades Autónomas de Madrid, Andalucía y La Rioja.

BALEARES

PROYECTO	DESCRIPCIÓN
Pitiusas	Entre el Hospital Can Misses de Ibiza y el Centro de Salud de Formentera. Es un proyecto diseñado para resolver la problemática de acceso de la población residente en Formentera a los servicios sanitarios especializados del hospital de Ibiza. Para ello se ha decidido implantar una aplicación de telemedicina que permita el intercambio de información clínica (informes) y de apoyo al diagnóstico.

(Continúa)

BALEARES (Cont.)

PROYECTO	DESCRIPCIÓN
Manacor	Proyecto de telerradiología en la Fundación Hospital de Manacor para ofrecer un servicio de guardias localizadas. El radiólogo se conecta al servidor desde un ordenador portátil y un módem por línea telefónica. El proyecto comenzó en 1997.
Cardiología	Proyecto de telecardiología, para el envío de electrocardiogramas a distancia para su valoración. El proyecto se encuentra en fase de evaluación entre el Centro de Salud de Formentera y la UDT en Cataluña.
Ibiza-Formentera	Proyecto de telerradiología para el envío de radiografías a distancia para su valoración desde Formentera a Ibiza.
HECTOR	Se centra en proporcionar servicios de emergencias sanitarias apropiados a los ciudadanos europeos, en un plazo mínimo, con alta calidad y capaz de proporcionar en el lugar de la emergencia, o en el medio de transporte, la atención necesaria. Los escenarios son los Centros de Coordinación de Emergencias Sanitarias, los lugares de atención al paciente, las unidades móviles de transporte, el hospital o el centro receptor en el que se realiza la atención sanitaria. Entre los participantes en el mismo se encuentra el Gobierno balear (http://www.caib.es). http://www.ibit.org/hectors_es.html
TEM&TEM	«Towards an European Medical and Teleworking Network» (http://www.ibit.org/temeten_es.html). El Proyecto TEM&TEM está enmarcado dentro del Programa Europeo para la Cooperación Internacional y la Innovación de las Economías Regionales. Se crea una Red regional de Telemedicina en las Islas Baleares, entre los hospitales de Muró, Clínica Juaneda y Clínica Rotger (1998-2000).
Portal de compras	Implantación de un portal de compras para homogeneizar las políticas de los 7 centros sobre los que tiene competencias (3 hospitales de gestión tradicional, 2 fundaciones y 2 empresas públicas). www.acdos.com

CANARIAS

PROYECTO	DESCRIPCIÓN
Telemedicina 2000	El proyecto Telemedicina 2000 constituye una experiencia piloto que aproxima tanto a la población como a los profesionales sanitarios de la isla de El Hierro, la isla menos poblada del archipiélago, a los recursos sanitarios especializados del Hospital Nuestra Señora de la Candelaria, en Tenerife. Este proyecto incluye tres disciplinas médicas (radiología, dermatología y psiquiatría) seleccionadas a partir de dos criterios. El primero de ellos es la frecuencia de traslados interinsulares y el segundo es la capacidad de los instrumentos y de la telemática para satisfacer los requerimientos de transmisión de información e imágenes que permitan la interacción de calidad entre médico y paciente o entre el médico y otros

(Continúa)

CANARIAS (Cont.)

PROYECTO	DESCRIPCIÓN
	<p>profesionales sanitarios. El objetivo general es mejorar el grado de equidad en el Sistema Canario de Salud mejorando la accesibilidad de la población residente en El Hierro a los servicios de dermatología, psiquiatría y radiodiagnóstico del Hospital N.S. de la Candelaria de Tenerife, a un coste razonable.</p> <p>Extensión Telemedicina 2000. Implantación de servicios de telemedicina, entre ellos teleoftalmología y oncología, a las Islas de Gran Canaria y Fuerteventura.</p>
REVISa	<p>Telemedicina en áreas aisladas (Islas Canarias). Las Islas Canarias tienen una red de telemedicina denominada REVISa (<i>Red de videoteléfonos para la atención sanitaria</i>) instalada desde 1990. Aunque todos los hospitales están interconectados directamente, la mayoría prefiere derivar las consultas, ya sean urgentes, de remisión o científicas, al CATAI (<i>Centro de Tecnologías de Avanzada en Análisis de Imágenes</i>), un instituto especializado en Telemedicina con sede en Tenerife. El centro evalúa las remisiones en términos de urgencia y disponibilidad de especialistas en la red o en algún lugar de Europa; asimismo, vela por la compatibilidad de las diferentes normas y sistemas utilizados.</p>
Cita Previa Canarias	<p>Proyecto de Cita Previa Sanitaria Centralizada. Por cita previa telefónica centralizada entendemos el conjunto de medios técnicos y humanos que, desde una central de comunicaciones en el área de salud y a través de un número único, permite al usuario obtener consulta con un profesional (médico, enfermero, trabajador social, matrona, etc.), sea cual sea su centro de salud, quedando la cita simultáneamente reflejada en él. Por tanto, la aplicación Cita Previa Sanitaria consiste en un sistema de gestión de Agenda Sanitaria y Cita Previa Centralizada para los servicios de salud del área de asistencia primaria y también de asistencia especializada. En el momento de realizarse la solicitud de cita, el operador del servicio tiene acceso inmediato a los datos de la tarjeta sanitaria del ciudadano con objeto de facilitar el proceso de citación.</p> <p>El Instituto Canario de I+D, junto con Técnicas Competitivas y Centrisa, desarrollaron, en estrecha colaboración con el Servicio Canario de Salud y Telefónica, el primer Sistema de Cita Previa con agenda Centralizada que se instaló en España. El sistema está orientado a la asistencia primaria, y actualmente presta servicio a 13 centros de salud y un hospital (La Candelaria), de la isla de Tenerife; paulatinamente se irán incorporando los 120 centros de salud y el resto de los hospitales. En la actualidad se encuentran conectados 13 centros de asistencia primaria que dan servicio a una población de 250 000 habitantes.</p> <p>El sistema parte de un primer módulo de base de datos que contiene toda la información de la tarjeta sanitaria de toda la población, en el caso de Tenerife 750 000 personas registradas (se incluyen residentes no nacionales). Sobre esta base se sustenta el resto de las aplicaciones.</p>
HC Canarias	<p>Proyecto de Historia Clínica Electrónica. Desarrollo de un modelo de historia clínica para todos los centros sanitarios de las Islas. Se ha seleccionado SMS.</p>

(Continúa)

CANARIAS (Cont.)

PROYECTO	DESCRIPCIÓN
Pista 2. Receta Electrónica	El sistema permitirá que, a través de Internet, el médico grabe en una base de datos la prescripción, y el farmacéutico capture los datos y añada aquellos complementarios, de forma que sea posible reconstruir todo el ciclo del medicamento, desde la prescripción del médico hasta su dispensación por parte del farmacéutico, así como las observaciones de ambos. El proyecto está encabezado por el MCyT, junto con el Colegio de Farmacéuticos de Madrid, el Consejo General del Colegio Oficial de Farmacéuticos, el Servicio Catalán de Salud, el Instituto Catalán de Salud, el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco y el Servicio Canario de Salud. Se baraja la posibilidad de hacer un proyecto piloto en Villalba (Madrid) y en la isla de La Palma.
TeleInVivo	Proyecto europeo para el desarrollo de una estación portátil de telemedicina que pueda ser utilizada en zonas rurales o en situaciones de crisis, integrando un PC con capacidad de comunicación por red, y una estación de ultrasonidos 3D portátil. En España participaron en el proyecto CATAI (Islas Canarias) y el hospital de La Laguna de Tenerife. Esta estación permite a un doctor completar una serie de análisis (desde ginecología a cardiovascular) y transmitir inmediatamente los datos a un experto. El proyecto ha ganado el European IST Grand Prize 2001.

CASTILLA LA MANCHA

PROYECTO	DESCRIPCIÓN
Hospicasa	Proyecto de teleasistencia para niños con enfermedades crónicas. Es el desarrollo de un proyecto piloto de hospitalización en casa para niños con enfermedades crónicas o de larga duración y que se considera pueden estar en sus domicilios. El sistema les proporciona las atenciones que necesitan y controla su estado. El proyecto pretende evaluar un modelo de asistencia dirigida en el hogar de los pacientes. A través de las redes públicas de Telefónica (RDSI), el hospital se conecta periódicamente con los hogares para realizar un seguimiento de los pacientes. Si se produce una alarma o empeoramiento del paciente, el sistema activa una alarma a través de la red. Es un sistema que puede ser utilizado en otros entornos en los que es necesario un seguimiento de pacientes en el domicilio. El proyecto se realiza en colaboración con el Hospital del Niño Jesús de Madrid.
Recoletas	Proyecto de telecardiología mediante <i>routers</i> RDSI y captura de imágenes de hemodinámica. Clínicas Recoletas de Albacete, Toledo y Ciudad Real, Hospital General de Albacete, Hospital de Alcázar de San Juan.
Cardio	Proyecto de Teleelectrocardiografía. El sistema está implantado en Guadalajara (17 unidades periféricas de centros de salud). El proyecto contempla la transmisión de electrocardiogramas por la red a un centro en el que hay un especialista.

CASTILLA LA MANCHA (Cont.)

PROYECTO	DESCRIPCIÓN
Cruz Roja	La Cruz Roja es el principal proveedor de servicios de teleatención en España, ya que tiene 17000 clientes de Teleatención y 50 centros especializados.
Hospitales	Conexión para intercambio de información clínica. Lo integran los hospitales de La Mancha Centro en Alcázar de San Juan, Virgen de la Salud y Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo y el Hospital Universitario de Guadalajara.

CASTILLA Y LEÓN

PROYECTO	DESCRIPCIÓN
IOBA	El Instituto de Oftalmobiología Aplicada (Ioba) de la Universidad de Valladolid desarrolla en Angola (http://www.ioba.med.uva.es/angola.html) un nuevo proyecto de telemedicina que permitirá que, a través de Internet, lleguen imágenes de los ojos de los pacientes desde Angola a este Instituto con el fin de ayudar al diagnóstico de los problemas oculares. Este proyecto, financiado por la Agencia Española de Cooperación Internacional (http://www.aeci.es/), tiene dos fases: en una primera, un oftalmólogo angoleño acudirá al Ioba para entrenarse, durante tres meses, en la lectura y manejo del aparato que capta imágenes del fondo de ojo y las digitaliza. Una vez que haya aprendido su manejo, el siguiente paso será enviar el equipo a Angola, montarlo allí y comprobar que su funcionamiento es correcto. Entonces se procederá a la conexión entre el Instituto Oftalmológico Nacional de Angola (Iona) y el Ioba, que se realizará a través de teléfonos que envían la señal mediante satélite.
Río Hortega	Proyecto de telerradiología entre el Hospital Clínico Río Hortega y el Centro de Salud de Medina de Rioseco, situado a 50 kilómetros aproximadamente. Mediante un equipamiento basado en estaciones de trabajo de gama alta dotadas de escáner láser de radiografías y monitores de grises de alta luminosidad y alta resolución, los médicos del Centro de Salud pueden estar en contacto con los radiólogos del Hospital.
Paliativos CyL	Proyecto de cuidados paliativos. Videoconferencia multicast multidireccional por MCU vía RDSI. Centro Regional de Medicina Paliativa de Salamanca y las unidades de Medicina Paliativa de Ávila, León y Soria.
Radiología Zamora	Proyecto de telerradiología entre el Hospital de Zamora como centro de referencia y los centros sanitarios de Benavente (Zamora) y Medina de Pomar (Burgos).
Dermatología Ávila	Proyecto de teledermatología entre el Hospital de Ávila y el Centro Sanitario de Cistierna.

(Continúa)

CASTILLA Y LEÓN (Cont.)

PROYECTO	DESCRIPCIÓN
Cruz Roja	La Cruz Roja es el principal proveedor de servicios de teleatención en España, ya que tiene 17 000 clientes de teleatención y 50 centros especializados.
Retinografía en AP	Realización de retinografías en el Centro de Salud de El Barco de Avila y envío de las mismas para su informe por especialistas del IOBA (Valladolid) a través de una Intranet.
Digitalización archivos médicos	El Hospital de Medina del Campo (Valladolid) está llevando a cabo una digitalización integral de los servicios hospitalarios productores de imagen diagnóstica. Se realiza con la empresa IRE, que ha instalado su PACS en el hospital. Además de radiología, se ha incluido endoscopia, anatomía patológica y cardiología. Todos los informes e imágenes producidos en esos servicios comparten un mismo archivo digital.

CATALUÑA

PROYECTO	DESCRIPCIÓN
Carmen	Suministra a especialistas, tanto en hemodinámica como en cirugía del corazón, un sistema innovador de comunicaciones y herramientas tecnológicas de información. El principal objetivo es facilitar y racionalizar intercambios remotos de información clínica mientras se reproducen, en la medida de lo posible, las características de una consulta real. El objetivo del sistema es reducir el número de transferencias de pacientes y doctores de un hospital secundario a un hospital terciario, y hacer consultas remotas como si los doctores estuvieran trabajando en la misma mesa. Ahorrará tiempo y viajes al personal médico involucrado manteniendo el proceso de cooperación, aspecto importante desde el punto de vista clínico y de diagnóstico. Durante la consulta, todos los especialistas tienen acceso al mismo material multimedia, comparten las mismas imágenes y anotaciones y pueden expresar sus comentarios utilizando el sistema de videoconferencia integrado.
GPRS domicilio	Atención domiciliaria. Permite, a través de un sistema móvil GPRS monitorizar a los pacientes desde sus hogares, enviando los principales parámetros médicos al hospital de referencia.
DIXAR	Aplicación de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) a la sanidad. Se encuentra enmarcado dentro del Plan Estratégico Catalunya en Red. Tiene como base la digitalización de historiales médicos y la realización de diagnosis a distancia, entre otras aplicaciones.
Tres Torres	Telemedicina en radiología computarizada mediante RDSI. Clínica Tres Torres y domicilio de los médicos.
Parc Tauli	Proyecto de telerradiología en el Consorcio Hospitalario del Parc Tauli de Sabadell. El radiólogo se conecta al servidor desde un ordenador portátil y un módem por línea telefónica.

(Continúa)

CATALUÑA (Cont.)

PROYECTO	DESCRIPCIÓN
VIC	En el hospital General de Vic se ha establecido un sistema de comunicación con el Servicio de Neurocirugía del Hospital Valle de Hebrón para el envío de TC con objeto de que sean valoradas por el hospital de referencia.
Maresme	La Corporació de Salut del Maresme i la Selva, a la cual pertenece el Hospital Sant Jaume de Calella (Barcelona), junto con otros siete centros hospitalarios repartidos por las dos comarcas catalanas que representa, ha lanzado un proyecto de integración de la gestión documental y administrativa hacia el desarrollo de un modelo de historia clínica accesible a través de su Intranet con tecnología <i>web</i> .
Receta electrónica	Proyecto de receta electrónica entre médicos del sector privado y farmacias. Iniciativa del Colegio de Médicos y Farmacéuticos de Barcelona. Un centenar de médicos del ámbito privado y 25 farmacias participan en la iniciativa, que se iniciará en dos farmacias de Manresa y con la participación de tres facultativos. El médico realizará la prescripción a través de su ordenador y el paciente acudirá a la farmacia a obtener su medicamento. El farmacéutico accederá al documento mediante un código personal. Uno de los requisitos indispensables es que el paciente acuda a la farmacia con su tarjeta sanitaria individual.
Pista 2. Receta electrónica	El sistema permitirá que, a través de Internet, el médico grabe en una base de datos la prescripción y el farmacéutico capture los datos y añada aquellos complementarios, de forma que sea posible reconstruir todo el ciclo del medicamento, desde la prescripción del médico hasta su dispensación por parte del farmacéutico, así como las observaciones de ambos. El proyecto está liderado por el MCyT, junto con el Colegio de Farmacéuticos de Madrid, el Consejo General del Colegio Oficial de Farmacéuticos, el Servicio Catalan de Salud, el Instituto Catalán de Salud, el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco y el Servicio Canario de Salud. Se baraja la posibilidad de hacer un proyecto piloto en Villalba (Madrid) y la Isla de La Palma.
FEST	Como parte del Proyecto Europeo de Investigaciones FEST (Framework for European Services in Telemedicine - <i>Marco para Servicios Europeos de Telemedicina</i>), el GBT-UPM ha diseñado y desarrollado una herramienta para la toma de decisiones. Esta herramienta permite al cardiólogo, tras visualizar las imágenes recientemente obtenidas, debatir el caso con el especialista en hemodinámica, la que le ayudará a establecer un diagnóstico y a decidir la terapia más conveniente en tiempo real, es decir, mientras el paciente se encuentra aún en el laboratorio de cateterización, y es aún posible proceder a un tratamiento quirúrgico. Los límites de tiempo que impone esta operación (menos de 30 minutos) son muy estrictos. Participan en este proyecto el Hospital General Vall d'Hebrón (HVH), como centro de remisión, y el Hospital de Manresa (HM), situado a 35 kilómetros de Barcelona.

(Continúa)

CATALUÑA (Cont.)

PROYECTO	DESCRIPCIÓN
MEDSALUS	(http://www.chc.scs.es/chc/esp/projeurop.htm#proj1) Su principal objetivo es construir una red de telecolaboración alrededor del Mediterráneo, basada en Euro-RDSI, cubriendo todos los aspectos que necesitan los profesionales de la atención sanitaria: información –teleinformación–, educación –teleducación– y consulta –teleconsulta–. Abarca los países del área mediterránea y pretende equilibrar las diferencias existentes entre los países ribereños intercambiando experiencias clínicas e información. Pretende crear una solución definitiva que permita la integración de aplicaciones y componentes, incorporando componentes estándares.
EMERALD	El Proyecto Europeo EMERALD (<i>European Multimedia Services for Medical Imaging</i>) es un proyecto de tres años de duración (1996-1999) centrado en la introducción de tecnología ATM (<i>Asynchronous Transfer Mode</i> , transferencia asíncrona de datos) en la atención sanitaria. Su objetivo es desarrollar un servicio general de banda ancha para atención sanitaria en el que participe un gran número de hospitales, con objeto de evaluar su rentabilidad y viabilidad. El servicio permitirá la transmisión de imágenes médicas en tiempo real, utilizando la norma DICOM 3.0. Comprende un conjunto de módulos básicos: videoconferencia, trabajo en cooperación, transmisión y recepción de ficheros de datos, digitalización de imágenes y de documentos, gestión de la base de datos DICOM, petición de imágenes DICOM, almacenamiento, recuperación, visualización y tratamiento de imágenes, correo multimedia y seguridad. Dentro del proyecto se incluyen cuatro escenarios: radiología general, mamografía, cardiología intervencionista y radiocirugía. Participan el Hospital Universitario Príncipe de Asturias, el Hospital Infantil Vall d'Hebrón en Barcelona, el UKRV Strahlenklinik und Poliklinik y el Institut für klinische Radiologie en Alemania, el Centro per lo Estudio e la Prevenzione Oncologica en Florencia, el hospital Puerta de Hierro, la ETSIT de la UPM de Madrid y Telefónica.
CHRONIC (IST-1999-12158)	Centro Español de Servicios Telemáticos. Entorno de adquisición y procesamiento de información para pacientes crónicos. CSIC, Telemedicine World S.I, Corporacio Sanitaria Clinic, UPM (1/1/2000-30/6/2002).
INTERPRET (IST-1999-10310)	Red internacional para la recogida de patrones tumorales usando RM. (1/1/2000-31/12/2002). Centre Diagnostic Pedralbes, Institut de Diagnostic per la Imatge.
MOEBIUS (IST-1999-11591)	Plataforma de servicios móviles. UPC (1/1/2001-31/12/2001).
WARD-IN-HAND (IST-1999-10479)	Piloto en Barcelona para permitir el acceso a datos clínicos y mantener la información actualizada usando dispositivos móviles. El piloto permite la prescripción y recogida de signos vitales, que recoge la prescripción, validación, reacciones y efectos de los fármacos. Proyecto europeo constituido por seis instituciones de cinco países (1/1/2000-30/3/2002). Corporacio Sanitaria Clinic.
ATENEA	Elaboración de una historia clínica electrónica del paciente e integración de los servicios informáticos de un hospital. Participa el Hospital de Sant Pau de Barcelona.

(Continúa)

EXTREMADURA

PROYECTO	DESCRIPCIÓN
Cirugía Mínima Invasión	Red de videoconferencias de centros de cirugía de mínima invasión.
Cruz Roja	La Cruz Roja es el principal proveedor de servicios de teleatención en España, ya que tiene 17 000 clientes de teleatención y 50 centros especializados.
Hospital Olivenza	Telemedicina entre el Centro de Salud de Olivenza y el Hospital Provincial de San Sebastian (Badajoz) en diversas especialidades: cardiología, dermatología, radiología y cirugía vascular. Utiliza un enlace dedicado de 2 Mbps y estaciones de MedVizer de la empresa ViTel Net.

GALICIA

PROYECTO	DESCRIPCIÓN
Urgencias Sanitarias 061	Permite reunir de forma inmediata la información obtenida a partir de cada llamada y tener constancia de la más mínima actuación llevada a cabo desde su recepción. Por tanto, se puede conocer en tiempo real la situación de un recurso en cada momento y el tiempo invertido en la realización del servicio.
Telerradiología Galicia	En la actualidad se encuentra en funcionamiento un sistema de telerradiología en 19 puntos de la Comunidad de Galicia, que comprenden el Hospital Juan Canalejo de La Coruña/Centro de Salud de Betanzos, Hospital Gil Casares de Santiago/Centro de Salud de Lalín y el Hospital Provincial de Pontevedra/Centro de Salud de Baltar (Sanxenxo)/Centro de Salud de La Estrada, el hospital Xeral-Cies de Vigo. El sistema establece conexiones entre el Servicio de Radiología del Hospital y el centro de salud, transfiriendo imágenes radiológicas para su informe. Desde 1994 hasta mediados de 2002 han sido diagnosticados 40 000 pacientes. La tecnología empleada se basa en el sistema de teleconsulta STM-20 y en la utilización de enlaces punto a punto de 128 Kbps o 256 Kbps de la red del SERGAS. En 2002 la telemedicina se ha extendido también a las consultas de dermatología y oftalmología en las que ya se han diagnosticado 513 pacientes.
Telemedicina Vite-Santiago	Desarrollo de la telemedicina entre el centro de salud de Vite y el complejo hospitalario universitario de Santiago. Comprende las especialidades de teledermatología y teleoftalmología.
Teleatención gerontológica	Proyecto de teleatención gerontológica a domicilio en Vigo en el que participa Telefónica (Fundación y Telefónica de España) y la Xunta de Galicia. La experiencia se realizará en la Residencia Asistida de la Tercera Edad de Vigo con los siguientes objetivos: fomentar y elaborar los autocuidados preventivos de tipo físico y cognitivo a través de técnicas propuestas y supervisadas por un equipo de gerontólogos, haciendo uso de la plataforma

(Continúa)

GALICIA (Cont.)

PROYECTO	DESCRIPCIÓN
	tecnológica que instalará Telefónica; detectar y atender las necesidades de salud psicofísica de las personas mayores teleasistidas por médicos y enfermeros geriátricos; elaborar programas de mejora de la salud y condiciones físicas, así como del estado cognitivo de las personas mayores participantes en el proyecto piloto; monitorizar variables de salud personal, situaciones y factores de riesgo individual; controlar las condiciones del entorno domiciliario y detectar situaciones de riesgo.
Receta electrónica	Proyecto de receta electrónica que permita el acceso a toda la información relacionada con la receta a través de la Intranet.
Videoconferencias	Proyecto de videoconferencias con países iberoamericanos para la interconexión de hospitales de ambos lados del Atlántico. Se retransmiten operaciones y se imparten cursos de formación y conferencias. Participa la Fundación Telefónica y el Foro Gallego Iberoamericano de la Salud.

MADRID

PROYECTO	DESCRIPCIÓN
ALCORCÓN	Proyecto de telemedicina entre la Fundación Hospital de Alorcón y el área 8 de atención primaria. Se ha establecido un proyecto entre la Fundación Hospital de Alorcón y los centros de salud de su Área. La Fundación dispone de un sistema de gestión asistencial que abarca todas las áreas de actividad del hospital y la cita previa centralizada; los médicos utilizan la historia clínica informatizada y existe integración de las aplicaciones mediante un gestor de peticiones. En el centro de salud se ha llevado a cabo la informatización de los puestos médicos de consulta desde, los que se puede acceder a la historia clínica del paciente, solicitar pruebas, elaborar parte de interconsultas electrónicas..., y existe un adecuado nivel de informatización de los puestos administrativos.
CÁRCELES	Proyecto entre el Hospital Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares (http://www.msc.es/insalud/hospitales/hupa/default.htm) y el Centro Penitenciario Madrid II. Se trata de un proyecto de desarrollo e implantación de sistemas de telemedicina por medio del cual el Hospital Príncipe de Asturias prestará asistencia especializada remota a los internos del Centro Penitenciario, excepto en los casos que requieran hospitalización.
Summa 061 Madrid	El Servicio de Urgencias 061 de Madrid gestiona directamente 18 centros asistenciales y se relaciona con otros 21, lleva a cabo visitas domiciliarias, asistencia en centros, el transporte no asistido y además cuenta con varias UVI móviles y helicópteros sanitarios. Todo ello se coordina desde el Centro Coordinador de Urgencias. El Servicio de Electrocardiografía Transtelefónica (ECGT), empezó a funcionar en 1998 y permite la lectura y transmisión de un electrocardiograma desde el domicilio del paciente, a través de una

(Continúa)

MADRID (Cont.)

PROYECTO	DESCRIPCIÓN
	línea telefónica, hasta el Centro Coordinador de Urgencias. A finales de 2000 el Servicio había realizado casi 17 000 electrocardiogramas por teléfono.
Airmed-Cardio	Proyecto para el seguimiento de los pacientes de riesgo cardiovascular desarrollado por la Fundación Airtel Móvil y el Instituto de Salud Carlos III. Los pacientes/usuarios tienen un teléfono móvil a través del cual, y empleando WAP, pueden enviar parámetros cardiológicos a los médicos, los cuales a su vez están conectados al sistema mediante un PC portátil con navegador <i>web</i> . Existe un proyecto piloto de 8 meses con 80-100 pacientes en el Hospital Puerta de Hierro de Madrid que comenzó a finales de enero de 2001.
SATÉLITE	El proyecto SATÉLITE para ayuda a los pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) consiste en la aplicación de las modernas tecnologías de telefonía móvil GSM. Básicamente se trata del envío de un electrocardiograma ECG mediante telefonía móvil GSM desde donde se produce la atención inicial del paciente con IAM a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Severo Ochoa de Leganés. Trabajo de un consorcio integrado por el Hospital Severo Ochoa de Leganés, Servicio de Urgencias 061 y otros patrocinadores.
DERMA7	Proyecto piloto de dermatología del Área 7 de Madrid. Con este proyecto se pretende establecer la interconexión entre atención primaria y especializada con vistas a facilitar el asesoramiento por parte de especialistas en problemas dermatológicos. En este caso se trata de favorecer el flujo de imágenes dermatológicas entre dos centros de atención primaria del Área 7 (Espronceda y General Fanjul) con el Servicio de Dermatología (Unidad de Tele dermatología) del Hospital Clínico San Carlos. Con ello se pretende evitar desplazamientos, agilizar la resolución de problemas dermatológicos y evitar duplicidad de consultas; en definitiva, mejorar la calidad de la atención dermatológica en el Área. El proyecto DERMA aborda el desarrollo de una red de TELEDERMATOLOGÍA en un área sanitaria de Madrid, teniendo como hospital de referencia el Hospital Clínico San Carlos.
CMA Clínico	Proyecto de teleasistencia en cirugía mayor ambulatoria del Hospital Clínico. Es el desarrollo de un proyecto piloto de teleasistencia en el campo de la cirugía mayor ambulatoria, patrocinado por Telefónica. Los pacientes que son operados en el Hospital Clínico en CMA, son enviados a su domicilio y sometidos a un seguimiento y control durante varios días. El proyecto pretende evaluar un modelo de asistencia dirigida en el hogar de los pacientes, lo que disminuye el período de hospitalización. A través de las redes públicas de Telefónica (RDSI), el hospital se conecta periódicamente con los hogares para realizar seguimiento de los pacientes. Si se produce una alarma o empeoramiento del paciente, el sistema activa una alarma a través de la red.
Hospicasa	Proyecto de teleasistencia para niños con enfermedades crónicas del Hospital Niño Jesús de Madrid. Es el desarrollo de un proyecto piloto de hospitalización en casa para niños con enfermedades crónicas o de larga

(Continúa)

MADRID (Cont.)

PROYECTO	DESCRIPCIÓN
	duración y que se considera pueden estar en sus domicilios. El sistema les proporciona las atenciones que necesitan y controlan su estado. El proyecto pretende evaluar un modelo de asistencia dirigida en el hogar de los pacientes. A través de las redes públicas de Telefónica (RDSI), el hospital se conecta periódicamente con los hogares para realizar un seguimiento de los pacientes. Si ocurre una alarma o empeoramiento del paciente, el sistema activa una alarma a través de la red. Es un sistema que puede ser utilizado en otras situaciones en las que es necesario un seguimiento de los pacientes en el domicilio. El proyecto se realiza en colaboración con el Hospital del Niño Jesús de Madrid.
Hogar.es	Proyecto Hogar.es (Programa PROFIT). Dentro del proyecto de la vivienda del futuro, la teleasistencia sanitaria es una de las aplicaciones con mayor interés para los ciudadanos en general. Telefónica y el Hospital Clínico de San Carlos participan, entre otros colaboradores en el desarrollo de una experiencia para llevar servicios de teleasistencia sanitaria al hogar.
Cruz Roja	La Cruz Roja es el principal proveedor de servicios de teleatención en España, ya que tiene 17000 clientes de teleatención y 50 centros especializados.
Mujeres maltratadas	Terminal móvil con un sistema de localización GPS. El Proyecto se desarrolla en el año 2001 en Madrid y otros lugares Participa la Fundación Telefónica.
Aula Virtual San Rafael	Desarrollo de un aula virtual para facilitar apoyo escolar a los niños hospitalizados. Es un acuerdo entre el hospital, IBM, Dirtsia y la ETSII. ATE.net facilita SW, así como el acceso a través de www.atenet.edu, al aula virtual. Los alumnos pueden mantener la comunicación con sus amigos y compañeros de colegio a través del <i>mail</i> o del <i>chat</i> .
CNIO	Es el desarrollo de un banco de datos que se alimenta de la información procedente de los hospitales y que es utilizada por el Centro Nacional de Investigación Oncológica en sus trabajos de investigación contra el cáncer. El proyecto incluye también aplicaciones de videoconferencia y de trabajo en grupo. El objetivo del proyecto es recibir información de los hospitales asociados al programa, referente a enfermos tratados en el hospital, y que el Centro les remita información que ayude a la planificación y tratamiento. El proyecto tiene previsto crear un entorno seguro de comunicaciones para la transmisión y almacenamiento de historias clínicas.
PISTA 1	Aplicación en el área asistencial para la creación de una Intranet que se ha desarrollado en las Comunidades Autónomas de Madrid, País Vasco y Cataluña, y una aplicación en el Área de Salud Pública, en colaboración con el Instituto de Salud Carlos III, que crea una Intranet que incluye un Sistema de Información Epidemiológica, un Sistema de Gestión de Laboratorios de Salud Pública y un Sistema de Información de las Agencias de Evaluación de Tecnologías, y en el que han participado inicialmente las Comunidades Autónomas de Madrid, Andalucía y La Rioja.
La Paz	Proyecto de Telemedicina entre el Hospital de La Paz y el Centro de Especialidades de Colmenar. Actualmente existe una videoconferencia para

MADRID (Cont.)

PROYECTO	DESCRIPCIÓN
IT-EDUCTRA	<p>desarrollar sesiones clínicas y en el futuro se piensa instalar una aplicación de teledermatología.</p> <p>(http://api.isciii.es/it-eductra/index.html). Nace con el objetivo de crear un amplio programa de educación y formación para los profesionales del sector sanitario, utilizando las TI. El proyecto, que empezó en 1996, pretende crear 80 módulos educativos y formativos, usando distintos idiomas para su difusión, en 14 enclaves de difusión para la fase de demostración, con 10 cursos y 8 seminarios por enclave. El material didáctico multimedia, www, videoconferencia y CD-ROM son las tecnologías en las que se sustenta.</p>
EMERALD	<p>El Proyecto Europeo EMERALD (<i>European Multimedia Services for Medical Imaging</i>) es un proyecto de tres años de duración (1996-1999) centrado en la introducción de tecnología ATM (<i>Asynchronous Transfer Mode</i>, Transferencia asíncrona de datos) en la atención sanitaria. Su objetivo es desarrollar un servicio general de banda ancha para la atención sanitaria en el que participe un gran número de hospitales, con objeto de evaluar su rentabilidad y viabilidad. El servicio permitirá la transmisión de imágenes médicas en tiempo real, utilizando la norma DICOM 3.0. Comprende un conjunto de módulos básicos: videoconferencia, trabajo en cooperación, transmisión y recepción de ficheros de datos, digitalización de imágenes y de documentos, gestión de la base de datos DICOM, petición de imágenes DICOM, almacenamiento, recuperación, visualización y tratamiento de imágenes, correo multimedia y seguridad. Dentro del proyecto se incluyen cuatro escenarios: radiología general, mamografía, cardiología intervencionista y radiocirugía. Participan el Hospital Universitario Príncipe de Asturias, el Hospital Infantil Vall d'Hebrón de Barcelona, el UKRV Strahlenklinik und Poliklinik y el Institut für klinische Radiologie en Alemania, el Centro per lo Estudio e la Prevenzione Oncologica de Florencia, el hospital Puerta de Hierro, la ETSIT de la UPM de Madrid y Telefónica.</p>
ATTRACT	<p>(<i>Applications in Telemedicine Taking Rapid Advantage of Cable Television Network Evolution</i>) (http://gm.upv.es/tele/guia-tele.html). Proyecto europeo con participación de Italia, Grecia, Alemania, Irlanda y España, para el estudio de aplicaciones telemáticas de interés para los ciudadanos europeos. Trata de analizar las posibilidades del empleo, como soporte, de aplicaciones multimedia e interactivas en el campo de la telemedicina, de forma que se puedan desarrollar sistemas para comunicación de los profesionales sanitarios con los pacientes en sus domicilios. Participan en el proyecto diferentes compañías y organizaciones europeas, universidades, hospitales y servicios de salud/servicios sociales. Por parte española participaron la Universidad Politécnica de Madrid (ETS de Telecomunicación (GBT)) la Universidad Politécnica de Valencia, el Hospital Severo Ochoa de Leganés (Madrid) (su Unidad de Cuidados Intensivos) y Telefónica. Actualmente se ha seleccionado un total de 15 pacientes de tres grandes bloques de patología: pacientes en diálisis crónica peritoneal domiciliaria (Nefrología), pacientes en tratamiento de dolor crónico (Anestesia-Clinica del dolor) y pacientes cardiológicos, tras haber sufrido un IAM (UCI).</p>

(Continúa)

MADRID (Cont.)

PROYECTO	DESCRIPCIÓN
	El proyecto ha definido categorías para interactuar con estos pacientes: <i>televisita, teleeducación y teleurgencia.</i>
ADEQUATE (IST-1999-10837)	Proyecto EUROPEO. Valoración y diagnóstico en ecocardiografía utilizando técnicas cuantitativas (1/3/2000-30/3/2002). Hospital Gregorio Marañón.
DYNCT (IST-1999-10515)	Proyecto EUROPEO. SEMA Group. Reconstrucción en tiempo real para TC dinámica. Participa la Clínica Puerta de Hierro (1/1/2000-31/12/2003).
M2DM (IST-1999-10315)	Proyecto EUROPEO. Servicios multiacceso para la gestión telemática de la diabetes mellitus (1/1/2000-31/12/2002).
MTM (IST-1999-11100)	Proyecto EUROPEO. Desarrollo de terminales. Sistemas Expertos SA, Matla System SL, UPM (1/1/2000-30/12/2002).
SALUT (IST-2000-25026)	Proyecto EUROPEO. Diseño de sistemas expertos para el soporte y diagnóstico de enfermedades relacionadas con la alimentación (bulimia, anorexia, obesidad). CSIC, Hospital 12 de Octubre (1/1/2001-31/12/2003).
Mobi-Dev (IST-2000-26402)	Proyecto EUROPEO. Proporcionar nueva generación de equipos móviles para los profesionales de la salud. Hospital Gregorio Marañón, Fundación Airtel Móvil e ISCIII (1/1/2001-30/6/2003).
Pista 2. Receta electrónica	El sistema permitirá que, a través de Internet, el médico grabe en una base de datos la prescripción y el farmacéutico capture los datos y añada aquellos complementarios, de forma que sea posible reconstruir todo el ciclo del medicamento, desde la prescripción del médico hasta su dispensación por parte del farmacéutico, así como las observaciones de ambos. El proyecto está liderado por el MCyT, junto con el Colegio de Farmacéuticos de Madrid, el Consejo General del Colegio Oficial de Farmacéuticos, el Servicio Catalán de Salud, el Instituto Catalán de Salud, el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco y el Servicio Canario de Salud. Se baraja la posibilidad de hacer un proyecto piloto en Villalba (Madrid) y la Isla de La Palma.
Farmacia TV	Servicio de información a los clientes de las farmacias y a los propios farmacéuticos, instalando un equipo de recepción vía satélite en las farmacias, junto con una pantalla de plasma. La información a los clientes es del tipo de recordatorios sobre fechas de vacunación, campañas de prevención, recomendaciones sobre el autocuidado de la salud, etc. A los farmacéuticos les permite incorporar contenidos dirigidos a dicho sector profesional de carácter informativo y documental. El proyecto es fruto de la colaboración entre TSA y ADEFARMA, la Federación de Farmacéuticos de Madrid y ANEFP.
M. Defensa	Proyecto de videoconferencia del Ministerio de Defensa. En 1996 el Ministerio de Defensa lanza un proyecto de telemedicina entre el Hospital Militar Gómez Ulla de Madrid y un hospital de campaña establecido en Bosnia-Herzegovina, con objeto de prestar apoyo médico a unidades de vanguardia en operaciones militares.

PAÍS VASCO

PROYECTO	DESCRIPCIÓN
OSABIDE	Proyecto Osabide para el entorno de atención primaria: integración de bases de datos de pacientes y recursos profesionales, administración de citaciones, gestión de planes de enfermería, emisión-recepción de volantes a laboratorios, etcétera, facilitando el trabajo de los profesionales en tareas de enfermería, tareas de consulta médica y tareas de gestión y dirección.
Pista 2. Receta electrónica	El sistema permitirá que, a través de Internet, el médico grabe en una base de datos la prescripción y el farmacéutico capture los datos y añada aquellos complementarios, de forma que sea posible reconstruir todo el ciclo del medicamento, desde la prescripción del médico hasta su dispensación por parte del farmacéutico, así como las observaciones de ambos. El proyecto está liderado por el MCyT, junto con el Colegio de Farmacéuticos de Madrid, el Consejo General del Colegio Oficial de Farmacéuticos, el Servicio Catalán de Salud, el Instituto Catalán de Salud, el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco y el Servicio Canario de Salud. Se baraja la posibilidad de hacer un proyecto piloto en Villalba (Madrid) y en la isla de La Palma.
e-OSABIDE	Proyecto e-Osabide para atención especializada (red de 20 hospitales de Osakidetza). Define una base de datos única y común, historiales clínicos únicos y homogéneos y el diseño de funcionalidades-componentes comunes en AP y AE, y propios de cada una de las áreas de atención.
Mujeres maltratadas	Terminal móvil con un sistema de localización GPS. El Proyecto se desarrolló en el año 2002 en Vitoria. Participa la Fundación Telefónica. Se distribuyen 10 terminales. Es continuación de la experiencia realizada en Gijón.

VALENCIA

PROYECTO	DESCRIPCIÓN
Teleasistencia UPV	Teleasistencia médica para alumnos, profesores y personal auxiliar y de servicios de la Universidad Politécnica de Valencia, englobado dentro del proyecto ATTRACT de la Unión Europea. Los servicios que ofrece son los siguientes: 1) Petición de cita previa: cualquier persona de la comunidad universitaria de la UPV puede solicitar hora con antelación para ser atendido directamente en el gabinete médico o a distancia, suministrando información sobre el motivo y sintomatología. 2) Control de acceso a la sala de teleconsulta: se ha implementado un control de accesos y registro basado en el carnet de la UPV, de tal forma que la puerta se abre automáticamente tras verificar la identidad del usuario. 3) Agenda: el personal médico puede, bien a través de un navegador de Internet o por mediación de la aplicación de teleconsulta, acceder a la lista de pacientes que tiene que atender cualquier día, en la que aparecen reflejados los datos introducidos por el paciente. 4) Acceso al historial clínico del paciente: se tiene acceso al historial clínico informatizado de todos los

(Continúa)

VALENCIA (Cont.)

PROYECTO	DESCRIPCIÓN
	<p>pacientes que han sido atendidos en el gabinete médico, tanto de manera tradicional como utilizando el Servicio de Telemedicina. 5) Videoconferencia: es el entorno en el que se desarrolla toda la consulta entre médico y paciente, y que proporciona la sensación de presencia virtual, aspecto clave en la creación de la empatía necesaria, y que exige una gran calidad de imagen y sonido. 6) Adquisición, tratamiento, transmisión y recepción de señales biomédicas, para facilitar el diagnóstico o el seguimiento de un paciente: el médico puede tomar registros de ECG, presión sanguínea, realizar auscultaciones y recibir esta información mientras continúa hablando con su paciente. 7) Impresión de recomendaciones y prescripciones: el médico hará las recomendaciones, prescripciones o modificaciones de tratamiento que considere oportunas, y el paciente las podrá ver en su pantalla o recogerlas en una hoja impresa automáticamente. 8) Acceso al vademécum, posibilidad de consultar desde la aplicación el vademécum realizando búsquedas de medicamentos de manera más eficaz.</p>
GAIA. Receta electrónica	Un sistema de información integrado de recetas que permitirá conocer en tiempo real la prescripción y la dispensación y avanzar hacia la receta electrónica.
Teleasistencia CA Valencia	La Comunidad Valenciana cuenta con un sistema informatizado de hospitalización domiciliaria, que es un dispositivo asistencial enfocado a la asistencia especializada de los pacientes que por las características de su enfermedad es preferible que permanezcan en su domicilio. El registro del trabajo realizado por el sistema de hospitalización domiciliaria viene agrupado en cuatro módulos: registro de admisión y altas, registro de hojas de ruta diarias, registro de consumos y módulo informe social. Este procedimiento permite conocer en cada momento la actividad de los profesionales que integran las unidades de hospitalización domiciliaria.
ALCIRA	Proyecto para el desarrollo de un modelo de gestión que contemple la utilización de la historia clínica electrónica y en el que participa el Hospital de La Ribera, de Alcira, gestionado por ADESLAS.
VEPSY-UPDATED (IST-2000-25323)	Proyecto EUROPEO. Desarrollo de herramientas de realidad virtual para el tratamiento de pacientes psiquiátricos. PREVI SI, UPV, Universidad Jaime I de Castellón (1/1/2001-30/6/2003).

LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES EN LA DECISIÓN CLÍNICA

Antonio Artés Rodríguez

Las noticias que aparecen en los medios de comunicación sobre los avances de las denominadas tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC) pueden hacernos pensar que la ciencia ficción se ha quedado corta en alguna de sus elucubraciones: electrodomésticos «inteligentes» con acceso a Internet; un «Gran Hermano» vigilando, como en la novela de Orwell a través de *web-cam*; acceso a cualquier hora y en cualquier lugar a una cantidad ingente de información personalizada. La práctica clínica tampoco escapa a esta visión futurista: hospitales «digitales», en los que todos los equipos están conectados a una gran red de comunicaciones, sin que exista otro soporte para la información que no sea electrónico; diagnóstico accesible a cualquier hora y en cualquier lugar, etcétera.

Sin embargo, la realidad cotidiana es tozuda, y demuestra que aún estamos lejos de hallarnos en una situación como la descrita. Por una parte, los avances que se han producido a lo largo de las últimas décadas en áreas como el tratamiento de señales y de información, posibilitan la aparición de nuevos métodos diagnósticos, así como la automatización de tareas habituales en el diagnóstico; el perfeccionamiento de avance en la tecnología de los ordenadores permite realizar tareas cada vez más complejas y manejar un mayor volumen de información; y el desarrollo de las comunicaciones que hace posible el acceso a la información y a los recursos informáticos desde cualquier lugar. Ahora bien, estos avances llevan aparejado indefectiblemente un aumento de la complejidad de los sistemas y procedimientos que conduce, a su vez, a una mayor fragilidad de éstos, fragilidad que se manifiesta de distintas formas: disminución de la fiabilidad de los sistemas, aumento del riesgo de pérdida de información, disminución de la seguridad en la protección de datos confidenciales, etcétera. Esta fragilidad, admisible en determinados ámbitos, como el doméstico (todo el mundo acepta con mayor o menor resignación que se interrumpa una conversación telefónica o que se bloquee el ordenador personal), es inaceptable en un entorno como el hospitalario, en el que existen vidas en juego.

La fragilidad de los sistemas y procedimientos, unida a otros factores como la poca naturalidad de los interfaces hombre-máquina o la prácticamente inexistente planificación, produce cierto rechazo hacia las tecnologías de la información y las comunicaciones, que hace que numerosas experiencias piloto se queden simplemente en eso, en experiencias piloto, o que tras cuantiosas inversiones, estas tecnologías estén infrautilizadas.

Nos encontramos, en suma, ante la disyuntiva de «ni contigo ni sin ti»: las posibilidades de las TIC en la praxis clínica, y más concretamente en las herramientas de ayuda al diagnóstico, deben ser exploradas por las muchas ventajas que pueden reportar pero, al mismo tiempo, una adopción temprana y sin las debidas precauciones puede acarrear múltiples problemas, lo que obliga a ser cautelosos. En este apartado trataremos de iluminar este panorama mostrando las posibilidades que ofrecen las TIC en el diagnóstico clínico y analizando los problemas que plantea su aplicación. El apartado se estructura en torno a las herramientas que proporcionan las TIC; así, abordaremos en primer lugar las técnicas de captación y representación de la información y después los métodos de compresión de señales e imágenes, los sistemas de decisión y las comunicaciones. Por último, ofrecemos algunas conclusiones y varias referencias bibliográficas que permitirán profundizar en los distintos temas tratados.

Captación y representación de la información

Un diagnóstico siempre se realiza a partir de unos datos, que en muchos casos se obtienen como medida de algún parámetro fisiológico (actividad eléctrica, actividad mecánica, respuesta a una determinada excitación), que denominaremos señales biológicas. En este epígrafe trataremos los problemas derivados de la captación y representación de esta información.

Existen numerosas modalidades de señales biológicas, que podemos clasificar en función del parámetro medido (electroencefalograma, electrocardiograma, radiografías, resonancia magnética, expresión génica, etc.), del tipo de señal obtenida (unidimensional monocanal o multicanal, imagen fija, conjuntos de imágenes, vídeo, textual, etc.), de la información que representa (directa, tomográfica, funcional, etc.), o de cualquier otro criterio razonable¹. La adquisición y representación de estas señales plantea una serie de problemas cuya solución (al menos en algunos casos, y al menos parcialmente) depende del propio equipamiento médico.

■ **Reducción de ruido.** La existencia de ruido o perturbaciones es un problema inherente a cualquier medida. En la captación de señales biológicas, este ruido puede deberse a la electrónica de medida, a la existencia de señales espurias (sean éstas biológicas o no), al propio sensor, o al proceso de digitalización (en su caso). El recurso fundamental para reducir el nivel de ruido es emplear múltiples medidas (diversidad). La diversidad puede lograrse bien directamente, realizando múltiples medidas sobre la misma magnitud (como se hace, por ejemplo, en la digitalización de radiografías), o bien aprovechando la medida en momentos distintos (como ocurre, por ejemplo, en los EEG y ECG), o bien empleando sensores adicionales (tal como se lleva a cabo, por ejemplo, para la supresión de las interferencias de la red eléctrica).

Las herramientas para lograr la reducción de ruido provienen del campo del tratamiento estadístico de señales, y podemos dividirlos en dos tipos: reductores de ruido propiamente dichos y canceladores de interferencias. Entre los primeros se encuentran los filtros de Wiener y Kalman, y entre los segundos, las técnicas de identificación de sistemas (lineales y no lineales, adaptativos y fijos). La principal limitación de estas soluciones estriba no en los métodos, sino en la riqueza de información proporcionada por las múltiples medidas.

■ **Aumento de resolución.** Del proceso de muestreo y digitalización se deriva el problema de la falta de resolución. Esta falta de resolución puede ser de tres tipos: temporal, espacial y de calidad. La falta de resolución temporal se da principalmente en casos de muestreo irregular (por ejemplo, en la realización de análisis clínicos); la falta de resolución espacial se produce en los procesos de digitalización y formación de imágenes (por ejemplo, en la digitalización de radiografías), y la falta de resolución de calidad, en la digitalización de todo tipo de señales como consecuencia de la limitación de la precisión (medida en número de bits) de los convertidores analógico-digitaes. El método fundamental para conseguir el aumento de resolución se basa en dos hechos (que pueden ser simultáneos o no): el conocimiento previo de las propiedades de la señal que se va a digitalizar y, como ya hemos señalado, la existencia de diversidad en el proceso de medida.

¹ La enumeración exhaustiva de todos los tipos de señales biológicas o de todos los criterios de clasificación queda fuera del alcance de este apartado.

Las herramientas para lograr el aumento de resolución se encuentran en los campos del análisis y tratamiento estadístico de señales, que dan lugar a las denominadas técnicas de superresolución. Mediante una combinación de métodos deterministas (remuestreo, resolución de sistemas inversos, etc.) y estadísticos (estimación de parámetros por métodos bayesianos y de mínimo error cuadrático medio) estas técnicas permiten resolver el problema, siempre dentro de las limitaciones impuestas por el conocimiento que se tenga de las características de las señales y la riqueza de las medidas disponibles.

- **Realce y segmentación.** Las señales biológicas, tal y como son captadas, ofrecen a veces un contraste muy bajo entre elementos necesarios para el diagnóstico. Aunque esta limitación puede evitarse recurriendo a tipos distintos de señales (p. ej., sustituyendo imágenes radiográficas por imágenes de resonancia magnética, que ofrecen un mayor contraste entre tejidos blandos), el tratamiento de señales proporciona alternativas de reducido coste que pueden, al menos en parte, reducir los efectos del bajo contraste y facilitar la labor diagnóstica. El principio fundamental que hace posible este tipo de técnicas es el hecho de que el contraste, aunque débil, existe y puede ser potenciado.

Las herramientas para evitar el bajo contraste se hallan en los campos de análisis de señales y modelado de sistemas, y dan lugar a métodos que podemos dividir de forma genérica en dos tipos: métodos de realce y métodos de segmentación. Los primeros se basan en transformaciones no lineales que trabajan muestra a muestra (píxel a píxel en el caso de imágenes) de manera determinista y fija (pseudocolor, igualación de histograma, compresores de rango dinámico, etc.). Los segundos aprovechan la dependencia estadística entre muestras adyacentes (generalmente, empleando modelos de generación de señal) para, agrupando estas muestras, identificar regiones (segmentos) temporales o espaciales. A partir de la identificación de estos segmentos pueden realizarse medidas sobre ellos. Las principales limitaciones de este tipo de métodos provienen, en primer lugar, como en el caso anterior, de la existencia real del contraste que pretendemos realzar y, en segundo lugar, como limitación y más grave, del principio derivado de la Teoría Matemática de la Información que dice que la información mutua entre una fuente de información y su clasificación no puede ser incrementada mediante ninguna operación determinista, lo que en otras palabras viene a significar que, con transformaciones como las descritas, existe la posibilidad de pérdida de información relevante para el diagnóstico, siendo imposible aumentar el volumen de este tipo de información (cuestión distinta es que esta información se haga más o menos discernible a simple vista).

- **Corrección de aberraciones.** La captación de señales biológicas está sujeta en algunos casos a distorsiones o aberraciones que pueden derivarse bien de la naturaleza de los sensores o bien, cuando las medidas se realizan en momentos distintos, de la modificación no deseada de las características de la magnitud que se desea medir (es el caso, por ejemplo, de los movimientos controlables o no de órganos en adquisición de imágenes). Los recursos fundamentales para la corrección de aberraciones se basan, en el primero de los casos, en modelar la medida obtenida como salida de un sistema que contiene a su entrada la medida deseada, y hacer pasar la medida obtenida por un sistema con características inversas al que produce la aberración; en el segundo de los casos, la solución se obtiene combinando sistemas inversos (como anteriormente) con sistemas que determinan la posición e instante en que han de realizarse las medidas.

Las herramientas para corregir estas aberraciones las encontramos en los campos del tratamiento determinista de señales y de control, y dan lugar a métodos conoci-

dos como igualadores y predistorsionadores (dependiendo del lugar en que se realice la corrección) para solucionar el primero de los problemas, y esquemas de adquisición dinámicos, realimentados o no. Las principales limitaciones en la corrección de aberraciones provienen, como siempre, de la posibilidad de pérdida real de información en las aberraciones, y de la predictibilidad o no de las modificaciones no deseadas de la magnitud que se desea medir.

Estos problemas, así como sus soluciones no son los únicos que se presentan en la adquisición y representación de información para la realización de labores diagnósticas: existe un gran número de soluciones cada vez más específicas para cada tipo de medida. Nuestro objetivo no es tanto la enumeración exhaustiva de estos problemas y de sus posibles soluciones, cuanto poner de manifiesto la existencia y los principios básicos de funcionamiento de las numerosas herramientas que nos proporcionan las TIC, que pueden ayudar a reducir las limitaciones en la adquisición y representación de la información.

Como hemos señalado antes, parte de estas soluciones pueden encontrarse ya en el equipamiento médico disponible comercialmente. No obstante, hay que tener en cuenta: 1) que los sistemas de adquisición y representación de que disponemos no deben considerarse sistemas cerrados sin posibilidad alguna de mejora; 2) que los sistemas existentes no tienen por qué ser necesariamente la mejor solución para obtener la información para realizar el diagnóstico (no debemos olvidar que el fin último de todos estos sistemas es aumentar la fiabilidad diagnóstica y facilitar la labor de diagnóstico), y 3) que debemos plantearnos con talante crítico y de manera continua la idoneidad de los métodos y sistemas utilizados y su posible mejora, tanto por la posibilidad de poner en práctica estas mejoras de forma inmediata, como por la posibilidad de que, si estas mejoras resultan efectivas, podamos obtener recursos adicionales de las firmas que comercializan estos sistemas.

Para solucionar los problemas mencionados existe un conjunto de herramientas que si bien actualmente no pueden considerarse satisfactorias, con el continuo desarrollo de técnicas y métodos es previsible que puedan llegar a ser aceptables a corto o medio plazo. Otros problemas relacionados con la adquisición y representación de la información, cuya solución está y estará permanentemente en entredicho, son los que vamos a exponer a continuación:

- **Reducción de la agresividad en la adquisición.** Una exposición prolongada a rayos X es claramente nociva para el paciente; no obstante, si esa exposición permite obtener la información necesaria para el diagnóstico de una determinada patología, el balance riesgo-beneficio es claramente favorable a este último. Este ejemplo no es un caso aislado; existen muchos otros procedimientos de adquisición de información para el diagnóstico que pueden considerarse agresivos para el paciente. La reducción de la agresividad es un reto que exige, necesariamente la búsqueda de magnitudes físicas alternativas a las que actualmente se utilizan, en las que se manifieste de manera similar la existencia o no de la patología objeto de estudio. Como ejemplo, mencionaremos dos técnicas topográficas, actualmente en desarrollo, que suponen un importante avance en cuanto a reducción de la agresividad: la primera de ellas es la tomografía por impedancia eléctrica, en que la adquisición se realiza mediante un array de electrodos que miden la respuesta a una excitación eléctrica (mucho menos agresiva que los procedimientos de excitación actualmente utilizados en las exploraciones tomográficas), y que además de reducir la agresividad obtiene mayor resolución temporal como consecuencia de la medida simultánea en los electrodos del array en lugar de una

exploración secuencial. La segunda es la tomografía óptica difusa, en que la agresividad se reduce aún más por tratarse de un método de exploración pasivo que mide la respuesta natural del cuerpo humano en las longitudes de onda de la luz infrarroja.

- **Fusión de información.** Frecuentemente, la información necesaria para establecer un diagnóstico proviene de distintas fuentes (señales biológicas), y es el médico el que se encarga de realizar la fusión de toda esa información (nos referimos a situaciones tales como la comparación de analíticas sucesivas, o la comparación entre análisis radiológicos realizados en períodos distintos; es decir, mecanismos simples de combinación de señales biológicas)². Estas tareas son muy sencillas para un observador humano convenientemente entrenado, como lo es el médico. Ahora bien, esta aparente simplicidad no debe llevarnos a engaño: no todo lo que es sencillo para un ser humano resulta sencillo para una máquina, y viceversa. La realización eficiente de una tarea como la fusión de información, tal como la estamos considerando aquí, requiere un procesado masivamente paralelo (precisamente, el que es capaz de proporcionar el cerebro humano) y se adapta mal a un procesado secuencial como el que proporcionan los dispositivos de cálculo automático (procesadores). Ello hace que en este tipo de problemas sólo existan soluciones parciales para casos específicos (que requieren, en la mayor parte de los casos una enorme capacidad de proceso) y que los avances que aquí se producen sean lentos en comparación con los que se dan en otros casos aparentemente más complejos.
- **Ciclos de desarrollo.** El plazo que transcurre desde que se diseña una solución técnica satisfactoria para un problema de adquisición y representación de información hasta que esa solución está accesible en un dispositivo o una aplicación informática sigue siendo excesivamente largo. Aunque es cierto que estos ciclos se van acortando cada vez más, y que, en comparación con otros ciclos de desarrollo (por ejemplo, el de fármacos) son breves, no es menos cierto que podrían reducirse con herramientas de prototipado rápido y con dispositivos más flexibles y abiertos. Tales soluciones, sin embargo, casan mal con las estrategias comerciales de los fabricantes de dispositivos médicos (que siempre argumentarán numerosos inconvenientes, sean éstos reales o no) y, por tanto, resulta poco probable que se produzcan avances significativos hacia la solución de este problema.
- **Capacidad de los soportes.** El paso de las señales biológicas a soporte digital resulta conveniente por muchas razones, como la facilidad para manejarlas, el acceso a ellas independientemente de la ubicación. En cuanto a los inconvenientes, hay que señalar que para representar estas señales es preciso convertir los números en magnitudes observables (p. ej., en la pantalla de un ordenador), lo que nos enfrenta al problema de la capacidad de los soportes para observar las señales. Pensemos, por ejemplo, que para hacer indistinguibles en cualquier circunstancia una mamografía en soporte convencional y su versión digitalizada, es necesario que esta última tenga una resolución espacial mayor de 4000×4000 píxeles, cada uno de ellos con una precisión mayor de 12 bits; pensemos que las pantallas más avanzadas alcanzan a representar en torno a la cuarta parte de la imagen (sin reducir la resolución), y que para obtener una precisión similar es necesario además recurrir a un control de la iluminación y a calibraciones frecuentes de la pantalla. Supongamos ahora que queremos comparar simultáneamente más de una imagen, y finalmente imaginemos la complejidad del sistema de

² Más adelante analizaremos mecanismos más complejos de fusión de la información.

imagen necesario para realizar esta tarea. Afortunadamente, el problema puede mitigarse recurriendo a ampliaciones y reducciones de la imagen, manipulando la función de contraste, o estableciendo previamente las capacidades necesarias para cada tipo de fuente y diagnóstico, pero no debemos olvidar que, aunque podamos sortearlo, el problema de fondo persiste.

- **Pérdidas de información.** Al hablar de las técnicas de realce y segmentación hemos dicho que la información presente en una fuente no puede aumentarse mediante ningún tipo de tratamiento y que, antes bien, existe el riesgo de perder información relevante para el diagnóstico. Este problema aconseja, en primer lugar, emplear siempre el principio de máxima transferencia de información en cualquier tratamiento que se realice y, en segundo lugar, almacenar la fuente de información original para poder recurrir a ella en caso de pérdida de información.

La existencia de todos estos problemas no debe retraernos de emplear las TIC; únicamente debemos ser conscientes de que existen y evitar entusiasmos prematuros a la hora de hacer uso de ellas.

Compresión de señales e imágenes

La información (señales biológicas) captada ha de ser, además de procesada, almacenada y transmitida. Para facilitar esta labor existen estándares como el DICOM (acrónimo de *Digital Imaging and Communications in Medicine*) que proporcionan procedimientos para el almacenamiento, acceso e intercambio de este tipo de información y aseguran la operabilidad entre equipos, aplicaciones informáticas y redes de comunicaciones. El volumen de información que hay que almacenar o transmitir es muy variable dependiendo del tipo de señal (véase la Tabla 14.4). Así, unos pocos kilobytes son suficientes para almacenar toda la información correspondiente a una exploración si nos referimos a señales unidimensionales monocal o multicanal, pero en algunas modalidades de imagen médica pueden ser necesarias algunas decenas de megabytes por exploración. Para reducir el impacto que este volumen de información tiene sobre los dispositivos de almacenamiento y las redes de comunicaciones, existen los denominados métodos de compresión de señales e imágenes.

Los métodos de compresión pueden ser divididos en dos tipos: los métodos sin pérdidas y los métodos con pérdidas. Los métodos sin pérdidas garantizan que, al aplicar sucesivamente los procesos de compresión (o codificación) y descompresión (o descodificación o reconstrucción), la señal resultante será idéntica a la original. Los métodos con pérdidas, por el contrario, no cumplen esta propiedad, sino que, fijando un criterio para medir la discrepancia entre la señal original y la reconstruida, intentan hacer lo más pequeña posible esta discrepancia.

Entre los métodos reversibles encontramos los siguientes:

- Codificadores sustitucionales, que basan la compresión en la eliminación de patrones repetitivos mediante el uso de diccionarios (sustituyen el patrón por un número que indica la posición del patrón en el diccionario). Son poco utilizados para codificación de señales por la baja tasa de compresión que alcanzan con ellas, y más en información textual. La mayor parte de los compresores de ficheros de ordenador (como todas las variantes de ZIP –WinZip, gzip, etc.–) pertenecen a este tipo.
- Codificadores basados en la predicción lineal, que basan su capacidad de compresión en la similitud entre las muestras adyacentes, intentando predecir el valor de una

muestra a partir del valor de las anteriores y codificando únicamente el error de predicción. Habitualmente consiguen tasas de compresión de entre 2:1 a 4:1 (entre la mitad y la cuarta parte del tamaño original) dependiendo del tipo de fuente. Existen numerosos métodos no estándares para compresión de señales unidimensionales basados en esta técnica; el más representativo para imágenes es la variante sin pérdidas del popular JPEG (JPEG-LS), y para secuencias de imágenes, MJPEG-LS.

- Otros codificadores empleados frecuentemente como parte de otros compresores, como los probabilísticos (Huffman, aritmético), o los basados en transformaciones *bit-plane*.

El principal inconveniente de los codificadores sin pérdidas es la reducida capacidad de compresión. En cambio, los codificadores con pérdidas pueden conseguir tasas de compresión de entre 8:1 a 30:1 dependiendo del tipo de fuente y de la calidad de la señal reconstruida. La inmensa mayoría de los codificadores de este tipo hace uso de algún tipo de transformada (DCT, *wavelet*, etc.) para compactar la energía de la señal; los más representativos de este tipo son los codificadores de imágenes JPEG y el nuevo JPEG2000 (el uso de ambos está contemplado dentro de estándares como DICOM, antes mencionado). JPEG es suficientemente conocido, de manera que nos limitaremos a detallar aquí sus características más significativas frente a JPEG2000 por lo que respecta a la compresión de imágenes médicas:

- JPEG2000 consigue, en promedio, un 20% de compresión más que JPEG en igualdad de condiciones, evitando al mismo tiempo los conocidos efectos de bloque JPEG y la calidad de gráficos y texto contenido en la imagen.
- JPEG2000 es un codificador capaz de reconstruir, a partir de la imagen codificada, imágenes de menor resolución o imágenes de menor calidad, lo que resulta de interés a la hora de transmitir por canales de bajo régimen binario imágenes de calidad inferior o para acceder de forma rápida a una imagen almacenada.
- JPEG2000 permite definir regiones de interés (ROI), lo que hace posible codificar con mayor calidad las zonas de la imagen de interés diagnóstico y con una calidad menor el resto de la imagen.
- Es muy flexible en la definición de las características de la imagen, lo que permite incluso definir las distintas imágenes de una secuencia (p. ej., de una secuencia tomográfica) como bandas de una misma imagen, aprovechando la similitud entre las imágenes de la secuencia para obtener mayor compresión.
- Por último, contempla el uso de técnicas de protección contra errores que puedan producirse en la transmisión o el almacenamiento.

A pesar de todas estas ventajas potenciales de un método de compresión con pérdidas como JPEG2000, el mayor inconveniente de su uso para imágenes sobre las que ha de realizarse un diagnóstico reside en el criterio de calidad empleado para realizar la compresión (la relación señal a ruido de codificación o error cuadrático medio entre la señal original y la de salida del decodificador es una medida de calidad visual que puede tener poco que ver con la que realmente importa: la fiabilidad del diagnóstico realizado a partir de la imagen reconstruida).

Éste es realmente el talón de Aquiles de todos los métodos de compresión con pérdida de señales, y obliga a realizar costosos protocolos clínicos para validar la fiabilidad diagnóstica sobre las señales reconstruidas (protocolos que deben de repetirse para cada modalidad de señal y cada tipo de diagnóstico) o adoptar una estrategia conservadora en la compresión, con lo que el resultado, en cuanto a tasa de compresión, es sorprendentemente cercano al obtenido con codificadores sin pérdidas.

Por otra parte, los dispositivos de almacenamiento masivo (es decir, discos duros o cualquier dispositivo de almacenamiento por medios magnéticos u ópticos) aumentan su capacidad aproximadamente según una ley exponencial, y las redes de comunicaciones ofrecen cada vez mayor ancho de banda. En estas circunstancias, la pregunta que cabe realizarse es: ¿son necesarias las técnicas agresivas de compresión de señales e imágenes? La respuesta, a nuestro juicio, es que no, por los aspectos antes señalados. Sin embargo, podríamos plantear la cuestión al revés: dado que existen métodos eficientes que facilitan la labor de almacenamiento y transmisión de señales e imágenes, ¿puede ser de utilidad aplicar estos métodos a las señales biológicas con vistas a facilitar la labor diagnóstica? La respuesta a esta pregunta ha de ser necesariamente afirmativa, y no sólo por las facilidades que ofrecen los nuevos métodos de compresión de señales e imágenes (como hemos expuesto en el caso del estándar JPEG2000), sino porque permite tomar en consideración la información relevante para establecer un diagnóstico como información multimedia que puede ser tratada, almacenada y organizada con arreglo a métodos y estándares previamente desarrollados (un caso es DICOM previamente, mencionado (página 511), pero existen otros como MPEG-7, proveniente del mundo de los contenidos multimedia).

Sistemas de decisión

La práctica clínica entraña una continua toma de decisiones. En algunos casos, estas decisiones son el resultado de aplicar unas determinadas reglas o protocolo sobre un conjunto de datos, y es precisamente en estos casos donde los sistemas de ayuda para la toma de decisiones, o simplemente sistemas de decisión, resultan de gran utilidad.

Dependiendo del nivel de intervención del sistema de decisión, podemos distinguir varias situaciones:

- **Automatización de tareas habituales.** En este caso el volumen de datos para procesar es muy grande, y los fenómenos o situaciones de interés diagnóstica, muy escasos. El sistema de decisión tiene como fin seleccionar las situaciones de interés, o clasificar los datos en tipos o situaciones sencillas. Ejemplos de este tipo son el examen de un registro cardíaco de tipo Holter, la monitorización de estudios de sueño (distinguiendo entre distintos estados de sueño a partir de un conjunto de señales biológicas), la detección de genes, etcétera.
- **Diagnóstico o prediagnóstico.** Aquí el sistema debe, a partir de un conjunto de datos, proporcionar un diagnóstico o una lista de posibles diagnósticos, bien sean estos globales o parciales (prediagnóstico). Un ejemplo paradigmático de éstos tipos podemos encontrarlos en los sistemas automáticos de detección y clasificación de calcificaciones y microcalcificaciones en mamografías.
- **Diagnóstico y administración de terapia.** Estas situaciones se dan cuando un sistema de monitorización automático no susceptible de ser sustituido por un sistema de atención humana debe poder administrar una terapia en determinadas circunstancias. Un ejemplo de este tipo es el desfibrilador implantable, que debe monitorizar continuamente los electrogramas y aplicar una terapia (descarga) cuando existe riesgo para la vida del paciente.

Es necesario tener en cuenta que incluso los sistemas de decisión más intervencionistas, como el caso de administración de terapias, son simplemente herramientas *de ayuda* que son manipuladas y programadas por el médico especialista. Así, por ejemplo, en el caso

de la administración automática de terapias, es el médico el que fija los parámetros que gobiernan los métodos y algoritmos que determinan cuándo y de qué forma hay que administrar la terapia.

Aunque el núcleo de estos sistemas es un clasificador o estimador, generalmente se complementa con sistemas de captación, representación y tratamiento de señales, imágenes y datos como los vistos anteriormente. Las prestaciones en cuanto a sensibilidad y especificidad diagnóstica de estos sistemas dependerán del tipo de clasificador o estimador que emplee, pero también, dependerán en gran medida de la naturaleza de los datos a partir de los cuales realice el diagnóstico. Un error relativamente frecuente consiste en comparar la fiabilidad diagnóstica de sistemas (e incluso de sistemas frente a especialistas) cuya información de partida es distinta: no se pueden llegar a las mismas conclusiones si no se parte de la misma información.

Centrándonos en las técnicas para clasificación y estimación (puesto que el resto de los elementos ya han sido analizados), el principal problema que se plantea aquí es cómo realizar la asociación entre la entrada (los datos a partir de los cuales se realiza la decisión) y la salida (un conjunto finito de hipótesis en el caso de la clasificación, o un valor real en el de la estimación). Esta asociación debe reflejar todo el conocimiento sobre la resolución del problema en cuestión. Aunque las técnicas para plasmar ese conocimiento son muchas, vamos a centrarnos en las dos familias más significativas: la de los denominados «sistemas expertos» y la de los métodos basados en el aprendizaje a partir de ejemplos.

Los sistemas expertos (también denominados sistemas de inteligencia artificial) son sistemas en los que el conocimiento sobre cómo resolver un determinado problema se plasma en una serie de reglas lógicas dictaminadas por un experto o un grupo de expertos. Estas técnicas tuvieron un gran desarrollo en los años setenta y ochenta y fueron profusamente utilizadas en sistemas de decisión clínica, pero hoy día sus carencias son demasiado patentes: en primer lugar, la plasmación en reglas supone una rígida limitación en la representación del conocimiento poco acorde con el razonamiento empleado muchas veces en medicina; en segundo lugar, esas mismas reglas inducen funciones entrada-salida poco versátiles y que se traducen en bajas tasas de sensibilidad y especificidad; además, es difícil modificar o actualizar las reglas (sobre todo si los expertos que han de modificarlas son distintos de los que las crearon); por último, estas reglas y el orden en que se aplican están supeditados al tipo de razonamiento del experto o el grupo de expertos, que rara vez suele ser unánimemente aceptado (en otras palabras, pocas veces se utilizan estos sistemas en sitios distintos de aquel en que fueron creados).

Los métodos basados en el aprendizaje a partir de ejemplos, por el contrario, tratan de establecer la relación entrada-salida mediante el ajuste, a partir de ejemplos entrada-salida, de un conjunto de parámetros que definen una función específica. Este paradigma se encuentra más cerca de la forma de aprendizaje de un especialista en medicina, pero tampoco se halla libre de problemas, por una parte, existen problemas de decisión y estimación complejos, los ejemplos disponibles suelen ser escasos y, el aprendizaje es, en consecuencia, deficiente; por otra parte, las soluciones que suelen proporcionar estas técnicas son de tipo «caja negra», es decir, que realizan aceptablemente la función para la que fueron diseñadas, pero aportan poco conocimiento sobre el mecanismo que las rige.

Los elementos que definen una solución basada en aprendizaje son los siguientes: el conjunto de ejemplos entrada-salida (generalmente, en nuestro caso, una base de datos de casos clínicos), el problema por resolver (que abarca la forma de evaluar la calidad de la solución), una arquitectura o familia de funciones que realizan la relación entrada-salida (lineal, polinómica, redes neuronales, etc.) y un modelo estadísti-

co. Este modelo estadístico puede ser paramétrico o fisheriano (basado en distribuciones como, por ejemplo, la normal o gaussiana) o bien no paramétrico.

Las principales ventajas de los modelos estadísticos paramétricos son su facilidad de interpretación y la facilidad de ajuste cuando la familia de funciones se define con un conjunto reducido de parámetros, ventaja esta última que se torna en inconveniente si la familia de funciones es rica y posee un gran número de parámetros, porque es necesario un gran conjunto de ejemplos para ajustar las funciones (lo que se conoce técnicamente como la «maldición de la dimensionalidad»). El otro problema significativo de los modelos paramétricos es precisamente la adopción de un mal modelo (una distribución estadística que no se ajuste a los datos), hasta el punto de que puede ser preferible no asumir ningún modelo, tal como ocurre en los modelos no paramétricos. Estos modelos no paramétricos pueden presentar dificultades de interpretación de la solución, pero están siendo cada vez más aceptados porque son más versátiles.

Entre los métodos basados en modelos no paramétricos destacaremos aquí dos tipos, que describiremos a continuación con cierto detalle. El primero está constituido por las redes neuronales o redes neuronales artificiales, y el segundo son las máquinas de vectores soporte.

Una red neuronal es un sistema no lineal entrenable, compuesto por un número elevado de unidades no lineales sencillas (neuronas, elementos procesadores) dispuestas en capas conectadas entre sí. Tal composición las dota no sólo de alta capacidad expresiva, sino de elevada velocidad de procesamiento y de gran resistencia a fallos. La arquitectura más tradicional es la conocida como perceptrón multicapa (*multi-layer perceptron*, MLP).

En un MLP, cada unidad recibe como entrada una combinación lineal extendida de las salidas de la capa previa, la cual es sometida a una transformación de tipo tangente hiperbólica. Los coeficientes de estas combinaciones lineales, (pesos de la red) son los que se entrenan para la resolución del problema de que se trate: normalmente, mediante la minimización de una medida de la diferencia entre la salida conocida para cada ejemplo y la respuesta de la red ante la entrada correspondiente, empleando un eficaz algoritmo de gradiente denominado retropropagación. Se ha demostrado por distintas vías que la capacidad expresiva de un MLP es ilimitada (puede resolver cualquier problema); pero no hay métodos analíticos para su dimensionamiento (número de nodos por capa), y los pocos ejemplos disponibles pueden limitar éste, y, en consecuencia, limitar su potencia expresiva. Por otro lado, hay muchos factores que reducen su capacidad de generalización: entradas irrelevantes, dimensión excesiva, objetivo inadecuado, subentrenamiento (caída en óptimos locales, parálisis...) o sobreentrenamiento, etcétera. No obstante, los buenos diseñadores, recurriendo muchas veces al dimensionado automático mediante crecimiento o poda, logran extraer de estos esquemas máquinas muy aptas para la decisión global: esencialmente, la construcción de fronteras de separación entre subespacios de tamaño infinito correspondientes a las diversas decisiones.

Características opuestas a esta última tienen las redes de funciones de base radiales (*radial basis functions neural networks*, RBFNN): son clasificadores locales, es decir, apropiados para asignar a las diversas hipótesis subespacios de tamaño finito. Su estructura es en apariencia similar a la de los MLP, pero en este caso los valores de las muestras se alimentan en unidades que miden su semejanza con unas muestras de referencia o centroides, típicamente mediante la aplicación de una transformación gaussiana a menos una distancia de Mahalanobis (euclídea ponderada por una matriz de covarianzas asociadas a cada nodo); tales semejanzas pasan a una capa de salida compuesta de perceptrones elementales. Los parámetros son aquí los pesos de salida, los centroides y

las matrices de covarianza: su entrenamiento por gradiente es complicado, pero existen muchos métodos simplificados (eligiendo centroides al azar o por agrupamiento previo, utilizando matrices de covarianza diagonalizadas, etc.), aunque ello no reduce significativamente su potencia expresiva. Por lo demás, sus limitaciones son semejantes a las de los MLP.

Una de las dificultades que plantea el uso de éstas y otras redes neuronales radica en la interpretación de una actuación: ¿qué quiere decir la combinación lineal comprimida de una serie de combinaciones lineales comprimidas? La tendencia actual de seguir los principios biológicos con el objetivo de combinar redes para resolver problemas complejos atenúa bastante tal dificultad, y además permite avanzar en los estudios interpretativos. No obstante, y siempre que no se trabaje con arquitecturas desmesuradamente grandes, hay una forma positiva de ver las cosas: las unidades de las capas anteriores a la de salida se encargan de extraer rasgos (de una forma guiada por el algoritmo de aprendizaje), y ello, como se ha indicado, es potencialmente ventajoso para obtener unos buenos resultados, a la vez que muestra lo que es importante en la información disponible (ejemplos entradas-salidas conocidos). Por tanto, hace falta:

- Primero, mantener bajo control de forma sencilla la capacidad de generalización (la capacidad de dar respuestas correctas ante valores de entrada nunca vistos).
- Segundo, tener la posibilidad de seleccionar las transformaciones realizadas por las neuronas para que esta extracción de características implícita sea lo más provechosa posible.

Pues bien: precisamente a estas dos finalidades se orientan los métodos de diseño de una de las familias de máquinas más potentes hasta hoy conocidas: las máquinas de vectores soporte (*support vector machines*, SVM), que vamos a presentar a continuación.

A pesar de que el nombre de «máquinas» puede sugerir una arquitectura del decisor similar a los MLP o las RBFNN, las SVM son métodos de diseño de clasificadores y estimadores que pueden aplicarse a distintas arquitecturas lineales y no lineales y, entre estas últimas en particular, a los MLP y a las RBFNN.

El principio de funcionamiento de las SVM es muy sencillo: construir clasificadores (estimadores) lineales que obtengan la máxima separación mínima entre salidas distintas o, lo que es lo mismo, imponiendo la condición de máxima separabilidad para las muestras de entrenamiento. La separación mínima entre salidas distintas es lo que se conoce como el margen de separación entre clases, o simplemente margen. Al hacer máximo este margen intentamos que la respuesta ante entradas nunca vistas sea buena (y es posible demostrar matemáticamente que es así). Al mismo tiempo forzamos también la dispersión de la solución; esto es, la solución queda definida sólo por un subconjunto de los ejemplos de entrenamiento, que son los denominados vectores soporte que dan nombre al método, lo que reduce la complejidad de la solución.

Hemos señalado que el clasificador que construye la SVM es de naturaleza lineal, y en muchas situaciones reales son necesarios clasificadores no lineales. Para conseguirlos es preciso aplicar una transformación a un espacio de mayor dimensionalidad que genere funciones no lineales en el espacio de entrada, y obtener el clasificador lineal en el espacio transformado. Este espacio de alta dimensionalidad, conocido como espacio de características, se genera de forma sencilla mediante funciones núcleo, evitando así el manejo de los vectores de alta dimensionalidad del espacio de características. La elección de la función núcleo que se vaya a emplear determinará la arquitectura del clasificador: si la función núcleo es un perceptrón, el resultado es un MLP con dos capas; si

es una función de base radial, una RBFNN; si es un núcleo polinómico, obtenemos un clasificador polinómico, y así sucesivamente.

En comparación con los métodos tradicionales de diseño de redes neuronales las SVM tienen varias ventajas: el número de vectores soporte determina el número de elementos de proceso de la red, por lo que el problema del dimensionamiento de la red queda (parcialmente) solucionado, si bien es cierto que proporciona, en general, soluciones sobredimensionadas³; aunque el clasificador lineal se construye en un espacio de alta dimensión (incluso infinita), el hecho de que su definición dependa de una parte (en general, pequeña) del conjunto de entrenamiento (los vectores soporte) supone una reducción de la dimensionalidad efectiva de los datos, reducción que no se da en los métodos tradicionales de diseño; el problema de optimización al que se reduce finalmente el proceso de diseño converge siempre en la solución que se pretende alcanzar.

Podríamos seguir analizando las ventajas y desventajas de ambos métodos, dar cabida a otros (redes bayesianas, lógica difusa, etc.), o incluso recurrir a combinaciones de arquitecturas y paradigmas (comités, redes modulares, redes jerárquicas, etc.), pero creemos que tiene más interés ocuparnos del paso de la teoría a la práctica.

Como señalamos al principio de este epígrafe existen distintos niveles de intervención del sistema de decisión; al estar compuesto éste por diversos módulos o subsistemas, puede tener distintas configuraciones, grados de complejidad, etcétera. Esta variedad no debe hacernos olvidar que cuestiones como la aplicabilidad de los sistemas de decisión, los criterios de diseño, la evaluación de su efectividad y otras, son prácticamente independientes de las características antes señaladas.

- Un sistema de decisión será de utilidad (para la automatización de tareas, aumentar la fiabilidad diagnóstica, ofrecer alternativas diagnósticas, etc.) cuando se identifique un proceso en el que, a partir de unos datos (que pueden ser escasos o numerosos, homogéneos o heterogéneos, etc.), se obtenga un resultado (un diagnóstico, un número, un conjunto de números, etc.) de manera sistemática (o no arbitraria, en el sentido de que la respuesta ante dos datos de entrada iguales sea idéntica). La identificación de estas situaciones y la especificación del problema que se trata de resolver deben estar siempre a cargo del personal médico.
- Identificada la situación, es necesario pasar al diseño técnico del sistema, para lo cual, han de determinarse, en primer lugar, todos los datos que son relevantes para solucionar el problema (establecer el diagnóstico). Generalmente, estos datos serán tratados para extraer de forma compacta la información relevante que contienen; ello puede plantear algún problema de fusión de datos cuando los datos son heterogéneos, o de cuantificación cuando son de naturaleza cualitativa (p. ej., el nivel absoluto de intensidad de una imagen de ecografía) por mencionar algunos de ellos, la mayor parte susceptibles de solución. El diseño del clasificador propiamente dicho debe contemplar el conocimiento *a priori* (y no contenido en los datos) que posee el personal médico, y que ayuda a reducir la incertidumbre del resultado del proceso de clasificación o estimación. Aunque el diseño técnico del sistema debe estar a cargo de personal experto en TIC, es muy importante en esta fase la cooperación entre los expertos en TIC y el personal médico, tanto para identificar problemas sin solución actual (y para plantear soluciones alternativas), como para obtener una herramienta que realmente sea útil al médico.

³ Existen diversos métodos para limitar la complejidad del resultado proporcionado por la SVM.

- Una vez diseñado el sistema, hay que proceder a su evaluación y realización. La evaluación debe realizarse por procedimientos ampliamente aceptados; por ejemplo, con los datos recogidos mediante protocolos previamente establecidos y reservando una parte de estos datos para la evaluación (con el fin de evitar sesgos en el diseño). En estas fases vuelve a ser crucial la cooperación permanente entre el personal experto en TIC y el personal médico.

Comunicaciones

En lo relativo a la decisión clínica, las comunicaciones permiten que la ubicación de todos y cada uno de los elementos que intervienen en un proceso de diagnóstico sea independiente. En el apartado anterior se ha visto con mayor detenimiento el uso de las comunicaciones en la telemedicina; aquí nos centraremos en un aspecto muy concreto: el análisis de las alternativas tecnológicas que posibilitan la interconexión de los elementos que intervienen en un proceso diagnóstico. Vamos a considerar tres tipos de comunicaciones: intrahospitalarias, interhospitalarias y de acceso a los servicios de diagnóstico. Nuestro análisis se centrará únicamente en las comunicaciones de datos, excluyendo todas las comunicaciones vocales.

Podemos distinguir dos tipos: de comunicaciones intrahospitalarias: fijas y móviles. Las fijas constituyen la infraestructura básica de comunicaciones del hospital y sirven para el intercambio masivo de datos entre cualquier dispositivo; la opción más empleada actualmente son las redes IP. Por comunicaciones móviles intrahospitalarias entendemos las tecnologías de comunicación por radio que se emplean bien para acceder a la red fija (p. ej., mediante un ordenador portátil o una agenda electrónica) o bien para comunicar distintos dispositivos (p. ej., unidades de monitorización de distintas constantes vitales). Para el primero de los usos, la opción más utilizada ahora son las denominadas redes de área local inalámbricas (*wireless local area network*, WLAN), cuya versión más popular es la denominada IEEE 802.11b o Wi-Fi (de *wireless fidelity*), que proporciona una velocidad de acceso de hasta 11 Mbps. Las WLAN constituyen no sólo una forma de dotar de movilidad a los ordenadores (en sentido amplio), sino una alternativa al acceso a redes IP mediante cable estructurado, debido al bajo coste de su instalación. Para la comunicación inalámbrica de dispositivos existen las denominadas redes de área personal (*personal area network*, PAN), cuyo exponente más popular es *Bluetooth*, que proporciona una velocidad de hasta 2 Mbps.

En las comunicaciones intrahospitalarias, el principal inconveniente de las WLAN y las PAN no es, como ocurre en otros entornos, su velocidad o incluso su alcance, sino la posibilidad de interferencia (*electro magnetic interference*, EMI) sobre el equipamiento médico y los dispositivos clínicos. El problema está en que IEEE 802.11b y *Bluetooth* emplean la banda de 2.4 GHz, y a esa frecuencia prácticamente cualquier elemento metálico por pequeño que sea es una antena receptora. Actualmente está desarrollándose una tecnología denominada comunicaciones de banda ultra-ancha (*ultra wideband communications*, UWBC), que emplea niveles de emisión similares a los de cualquier aparato de electrónica de consumo y que puede resultar de interés para las comunicaciones inalámbricas intrahospitalarias. Esta tecnología está impulsada por el interés de acceder sin licencia (como en la banda de 2.4 GHz) al espectro radioeléctrico empleando las mismas bandas que otros sistemas de comunicaciones, basándose en el bajo nivel de emisión; sin embargo, este bajo nivel de emisión es una característica muy deseable para un entorno como el hospitalario. No obstante, aún será necesario esperar algún tiempo para que los primeros dispositivos comerciales vean la luz; además, aunque el nivel medio de potencia radiada es muy

bajo, la naturaleza pulsada de la transmisión hace necesario un análisis detallado del tipo de EMI que induce en los equipos.

En las comunicaciones interhospitalarias, cuyo interés para el diagnóstico reside en la posibilidad de acceder a facilidades de diagnóstico o a bases de datos, podemos dividir las alternativas tecnológicas (nos referimos como es lógico a comunicaciones fijas) en dos rangos de velocidades: banda ancha y banda estrecha. En la primera encontramos fundamentalmente redes ATM, redes IP y soluciones *frame relay*, y en banda estrecha las comunicaciones de datos a través de la red telefónica conmutada y a través de RDSI. La elección de una u otra tecnología no está determinada por las necesidades de los sistemas de diagnóstico, sino por otras, y por ello no nos detendremos a analizarlas.

En el acceso a los servicios podemos distinguir, al igual que en las comunicaciones intrahospitalarias, entre comunicaciones fijas y comunicaciones móviles. El objeto de este tipo de comunicaciones, desde el punto de vista del diagnóstico clínico, es poder separar físicamente la obtención de los datos para el diagnóstico del diagnóstico propiamente dicho (imaginemos, por ejemplo, el caso de un paciente que registra su electrocardiograma y lo envía al centro médico, situación que ya se da). Las opciones tecnológicas de acceso fijo son, de menor a mayor velocidad de transmisión, la red telefónica conmutada, la RDSI y la ADSL. Las opciones tecnológicas de acceso móvil⁴ son fundamentalmente, y de menor a mayor velocidad, GSM, GPRS y (si llega algún día) UMTS. Las opciones de acceso fijo siempre serán más económicas y de mayor velocidad que las de acceso móvil; por ello, si existe posibilidad de acceso permanente a comunicaciones fijas, éstas siempre serán preferibles a las móviles.

Conclusiones

Todo intento de resumir en unas pocas páginas las posibilidades que ofrecen las TIC como ayuda a la decisión clínica ha de ser necesariamente simplificador, y de ese supuesto se ha partido al abordar este apartado. No obstante, hemos intentado ofrecer una panorámica acerca de la aplicación de los métodos y técnicas de las tecnologías de la información y las comunicaciones en la decisión clínica. Más que explicar en detalle el fundamento de algunas técnicas o soluciones de las que se han mencionado, nuestro propósito principal ha sido transmitir la idea de que esas técnicas existen, y de que pueden ayudar a solucionar algunos problemas (nótese: «pueden» y «algunos») relacionados con la toma de decisiones en medicina. Para concluir, ofrecemos unas reglas muy simples y claras para abordar la incorporación de las TIC al ámbito de la decisión clínica:

- Las TIC proporcionan herramientas que pueden ser útiles para encontrar soluciones a algunos problemas en la decisión clínica. El uso de las TIC no es un fin en sí mismo.
- Para poner en práctica esas herramientas es necesario incorporar a expertos en TIC a la práctica clínica. Estos expertos deben cooperar con el personal médico, situándose en un punto de equilibrio entre lo técnico y lo clínico. Si no existe este equilibrio, la colaboración deja de ser productiva.
- Las soluciones basadas en las TIC están al alcance de casi todas las instituciones sanitarias: en la mayor parte de los casos no se necesitan grandes inversiones, pero sí es necesario introducir la cultura de la innovación.

⁴ Sólo consideramos las opciones de comunicaciones móviles con cobertura extensa (teóricamente universal) y no las coberturas eventuales (*hot spot*) como se da en las tecnologías WLAN o WPAN.

BIBLIOGRAFÍA

GESTIÓN DEL CAMBIO

- ACKOFF RL. The management of change and the changes it requires of management. *Syst Pract* 1990; 3(5):427-40.
- DONOVAN J, TULLY R, WORTMAN B. *The Value Enterprise*. McGraw-Hill, 1998.
- DRUCKER PF. *Management Challenges for the 21st Century*. New York; Harperbusiness, 1999.
- AIM A. 2014 GEHR – Good European Health Record. www.chime.ucl.ac.uk/Health/GEHR
- GOLEMBIEWSKI RT, BILLINGSLEY K, YEAGER S. Measuring change and persistence in human affairs: types of change generated by OD designs. *J Appl Behav Sci* 1976;12:133-57.
- KOTTER J. *Leading Change*. Harvard Business School Press, 1996.
- LORENZI NM, RILEY RT. *Organizational Aspects of Health Informatics: Managing Technological Change*. New York; Springer-Verlag, 1994.
- LORENZI NANCY M, RILEY RT. Managing Change. An Overview. *J Am Med Inform Assoc*, 2000; 7 (2):116-124.
- MILES R. *Leading Corporate Transformation*. Jossey Bass, 1997.
- MONTEAGUDO JL. *El Marco de la Salud en España*. Madrid, Ed. Instituto de Salud Carlos III, 2000.
- NADLER DAVID A, SHAW ROBERT B, WALTON AE. «Discontinuous Change». Harvard Business School Press, 2000.
- Price Waterhouse Coopers. *HealthCast 2010*. PWC, 1999.
- REDWOOD R, GOLD WASSER C, STREET S. *Action Management*. Wiley, 1999.
- THOMPSON JAMES D. *Organizations in Action*. New York, McGraw-Hill, 1967.
- WARREN G, BENNIS KENNETH D. *The Planning of Change* (2nd Edition). Benne, and Robert Chin: Holt, Rinehart and Winston. New York; 1969.
- WATZLAWICK P, WEAKLAND JH, FISCH R. *Change: Principles of Problem Formation and Problem Resolution*. New York; Norton, 1974.
- WIND JY, MAIN J. *Driving Change*. Free Press, 1998.

NUEVAS TECNOLOGÍAS: HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

- AIMA. 2014 GEHR – Good European Health Record. www.chimeucl.ac.uk/Health/GEHR
- CEN/TC251/N99-040 Prevn 13606-1/4. Health Informatics Electronic Healthcare Record Communication. www.centc252.org/TCMeet/doclist/199.htm
- COMBS D. *Managing Change with Knowledge Management Systems. Proceedings of Towards Electronic Patient Records*. Medical Records Institute, Newton, MA 2000, 577-578.
- DICK RS, STEEN EB. *The Computer-Based Patient Record, Institute Of Medicine*. National Academy Press, Washington, 1991.
- DICK RS, STEEN EB. *The Computer-Based patient Record. An Essential technology for Health Care*. Washington DC; Institute of Medicine, 1991: 15-9.
- DICOM: <http://medical.nema.org>

- Esmalri RA, Navathe SB. *Fundamentos de Sistemas de Bases de Datos*. 3.ª ed. Addison Wesley, Pearson Educación, S.A., 2002
- FERRARA FM. *The CEN Healthcare Information System architecture standard and the DHE middleware*. Barcelona, HANSA seminar. CHC, 1998.
- For the Record. *Protecting Electronic Health Information*. Washington National Academy Press, 1997.
- GOLDFARB CF, Precod. *Manual de XML*. Prentice Hall.
- HAMMOND WE, STEAD WW. Computer-Based medical records: the centerpiece of TMR. *MD Comput* 1988, 147-56.
- IAKOVIDIS I, VAN BEMMEL JH, REIG REDONDO J. *Computer based Health Records. Internet, Telematics and Health N°36 Series Health Technology and Informatics*. Amsterdam, IOS Press-Ohmsha, 1997; 191-196.
- JONSON JL. *Bases de datos, modelos, lenguajes y diseño*. Western Washington University, Oxford University Press, 2000.
- LAÍN ENTRALGO P. *Historia clínica*. Madrid, Triacastela, 1998: 763.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica: BOE del 15 de noviembre de 2002.
- MARIMÓN S. *La Sanidad en la Sociedad de la Información*. Ediciones Díaz de Santos, S.A., 1999.
- REHMAN. *XML Programming (Core Reference)*. Editorial McGraw-Hill, 2001.
- WWW.hl7.org

NUEVAS TECNOLOGÍAS: TELEMEDICINA

- ALONSO LÓPEZ FA, GANCEDO GONZALEZ. Telemedicina. Cuadernos de Gestión, 1998.
- BALAS EA, JAFFREY F, KUPERMAN GJ y cols. Electronic communications with patients. Evaluation of distance medicine technology. *JAMA*, 1997; 278:152-159.
- BRUCE A, HOUTCHENS, ACE ALLEN, TERRY P, CLEMMER. Telemedicine Protocols and Standards: Development and Implementation. *Journal of Medical Systems*, 1995;19:2.
- Caracterización de tráfico de la plataforma multimedia ATM de telemedicina del proyecto BONAPARTE. P.J. Caballero, E.J. Ortiz, F. Del pozo. XVI Congreso de la Sociedad Española de Ingeniería Biomédica. CASEIB 98. Sep. 1998, pp. 283-286
- CASTELLS M. La economía informacional y el proceso de globalización en la era de la información: Economía, Sociedad y Cultura, vol 1, la sociedad red. Alianza Editorial. Madrid, 1997.
- CURREL R, URQUART C, WAINWRIGHT P, LEWIS R. Telemedicine versus face to face patient care. Effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane review). The Cochrane Library 4, 2001, Oxford.
- Estudio sobre «El marco de desarrollo de la e-salud en España». Área de investigación en Telemedicina y Sociedad de la Información del Instituto de Salud Carlos III. Febrero 2001. ISCIII/AITY-SI/20010213.

- For the Record. Protecting Electronic Health Information. National Academy Press. Washington D.C. 1997.
- Guest Editorial Special Issue on Emerging Health Telematics Applications in Europe. I. Iakovidis, C.S. Pattichis, C. N. Schizas IEEE transactions on Information Technology in Biomedicine, vol. 2, n.º 3, septiembre, 1998, pp. 110-115.
- HealthCast 2010: Smaller World, Bigger Expectations. 1999 PricewaterhouseCoopers.
- HIROSHI N, HIROSHI M. A remote collaboration system for telemedicine using the Internet. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 1998; 4:89-94.
- HUNKELER EM, MERESMAN JF, HARGREAVES WA y cols. Efficacy of nurse telehealth care and peer support in augmenting treatment of depression in primary care. *Arch Fam Med*, 2000; 9:700-708.
- Informe SEIS. La Seguridad y Confidencialidad de la información clínica. Marzo 2001. www.seis.es.
- Internet/intranet access to a Multimedia Cardiology Information System. Th. Norgall, M. Rommel, M. Back, Chr. Zywiets. *Computers in Cardiology 99*. 1999; pp 81-84.
- JAMES E. CABRAL JR, YONGMIN KIM. Multimedia Systems for Telemedicine and their communications requirements. *IEEE Communications Magazine*, 1996; VII.
- JAMES E. CABRAL, YONGMIN KIM. Multimedia Systems for Telemedicine and their Communications Requirements. *IEEE Communications Magazine*, 1996; VII.
- La Sociedad de la Información en España N.º 1 y 2/2001. Revista del Instituto de Estudios Económicos.
- La Sociedad de la Información en España. Perspectiva 2001-2005. Telefónica. www.telefónica.es
- LATTIMER V, GEORGE S, THOMPSON F y cols. Safety and effectiveness of nurse telephone consultation in out of hours primary care. Randomised controlled trial. *BMJ*, 1998, 317:1054-1059.
- LATTIMER V, SASSI F, GEORGE S y cols. Cost analysis of nurse telephone consultation in out of hours primary care. Evidence from a randomised controlled trial. *BMJ*, 2000; 320:1053-1057.
- MAIR F, WHITTEN P. Systematic review of studies of patient satisfaction with Telemedicine. *BMJ*, 2000; 320:1517-1520.
- TAYLOR P. A survey of research in telemedicine. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 1998; 4:63-71.
- Patien 98. A component-based multimedia Workstation for Cardiac care and Research. N. van der Putten, S. Nelwan, S Meij, F. Smits, M. Slingerland, R. Suling, M. Morabit, F. Krom, M.H. Baljon. *Computers in cardiology 99*, 1999, pp 77-80.
- PEREDNIA DA, ALLEN A. Telemedicine technology and clinical applications. *JAMA*, 1995; 273:483-487.
- R. WOOFON. «The possible use of telemedicine in developing countries». *Journal of Telemedicine and Telecare*, 1997; 3:1.
- RISA P HAYES, ERIN B DUFFEY, JEFFREY DUNBAR. Staff perceptions of emergency and home-care telemedicine. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 1998; 4:101-107.
- Rural Applications of Telemedicine. A. Hassol. C. Irvin, G. Gaumer, D. Puskin, C. Mintzer, J. Grigsby, *Telemed Journal*, vol. 3, n.º 3. Otoño 1997, pp. 215-225.
- SANDRA DOZE, JENNIFER SIMPSON. Evaluation of a telepsychiatry pilot project. Alberta Heritage Foundation for Medical Research, 1997.
- Telecomunicación por cable para el desarrollo de servicios de telemedicina en el hogar: Proyecto ATTRACT. M.A. Valero, M.T. Arredondo, A. Mocholi, S. Guillén, V. Traver, F. Del Pozo. XVI Congreso de la Sociedad Española de Ingeniería Biomédica. CASEIB'98. Sep. 1998, pp. 287-290.
- Telemedicina. Aplicaciones en urgencias. Informe Técnico de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Soledad Benot, Eduardo Briones. Noviembre 1999. ISBN: 84-7670-540-9h
- THOMSON F, GEORGE S, LATTIMER V y cols. Overnight calls in primary care: randomised controlled trial of management using nurse telephone consultation. *BMJ*, 1999; 319.
- YAMADA J, REVIEW. telephone and computer communication improves healthcare process and patient outcomes. Evidence based Nursing, 1998.

LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES EN LA DECISIÓN CLÍNICA

Pequeñas enciclopedias sobre ingeniería biomédica

BRONZINO JD. *The Biomedical Engineering Handbook (vols. I and II)*, 2.ª ed., CRC Press, 1999.

KUTZ M (editor). *Standard Handbook of Biomedical Engineering & Design*, McGraw-Hill, 2002.

Tratamiento estadístico de señales en general y de señales biológicas en particular

BAURA G. *System Theory and Practical Applications of Biomedical Signals*. John Wiley, 2002.

BRUCE EN. *Biomedical Signal Processing and Signal Modeling*. John Wiley, 2000.

HAYES MH. *Digital Signal Processing and Modeling*. John Wiley, 1996.

KAY SM. *Fundamental of Statistical Signal Processing, vol. I: Estimation Theory*. Prentice Hall, 1993.

RANGAYAN RM. *Biomedical Signal Analysis: A Case-Study Approach*. John Wiley, 2001.

Codificación, compresión y JPEG2000

HANKERSON D, HARRIS GA, JOHNSON PD. *Introduction to Information Theory and Data Compression*. CRC Press, 1997.

MIANO J. *Compressed Image File Formats: JPEG, PNG, GIF, XBM, BMP*. Addison-Wesley, 1999.

TAUBMAN DS, MARCELLIN MW. *Jpeg2000: Image Compression Fundamentals, Standards, and Practice*, Kluwer, 2001.

Decisión, aprendizaje estadístico y redes neuronales

BISHOP CM. *Neural Networks for Pattern Recognition*. Clarendon Press, 1995.

DUDA RO, HART PE, STORK DG. *Pattern Classification*, 2.^a ed. Wiley, 2001.

HAYKIN S. *Neural Networks. A Comprehensive Foundation* 2.^a ed. Prentice-Hall, 1999.

SCHÖLKOPF B, SMOLA AJ. *Learning with Kernels*. M.I.T. Press, 2002.

VAPNIK VN. *Statistical Learning Theory* Wiley, 1998.

Introducción a las comunicaciones

FIGUEIRAS VIDAL AR. *Una Panorámica de lastelecomunicaciones periódicas* Prentice-Hall, 2001.

Publicaciones que recogen avances en este campo

IEEE Transactions on Information Technology in Biomedicine.

IEEE Engineering in Medicine and Biology Magazine.

CAPÍTULO 15

La gestión de estructuras y espacio físico

José León Paniagua

Introducción ■

El hospital como edificio. Variables que definen su modelo asistencial y físico ■

El proceso de producción del espacio hospitalario: desde la planificación hasta la evaluación posterior a la puesta en funcionamiento ■

- Planificación
- Programación funcional
- Diseño
- Construcción
- Equipamiento
- Puesta en funcionamiento
- Evaluación postocupación

La participación de los servicios clínicos en el desarrollo del programa funcional de un hospital ■

Criterios generales de organización y diseño de un hospital de agudos ■

- Área ambulatoria
- Hospitalización
- Servicios centrales de tratamiento y diagnóstico
- Docencia e investigación
- Servicios generales y de apoyo a la asistencia

Lugar y uso: arquitectura sanitaria en el siglo XX ■

Bibliografía ■

Introducción

El propósito de este capítulo es ofrecer criterios que permitan la participación de los profesionales de la sanidad en la creación y transformación del espacio físico del hospital.

En primer lugar, expondremos las características del hospital como edificio y su singularidad frente a otras tipologías arquitectónicas, que darán idea de su complejidad y de la necesidad de contar con una estrategia global sobre él.

Analizaremos las diversas variables que afectan a la definición del hospital, así como las dinámicas de cambio que intervienen en el funcionamiento de la asistencia especializada y en la forma y organización de los hospitales.

Otro objetivo es describir el proceso de creación del espacio hospitalario, sus distintas fases y los agentes que en ellas intervienen, con especial atención a aquellas en las que el papel del médico resulta esencial. A tal efecto ofrecemos una «guía» que puede servir como pauta para la participación de los especialistas en la definición de las necesidades asistenciales.

Asimismo, expondremos los criterios generales de diseño de un nuevo hospital y, por último, nos referiremos a los hospitales diseñados durante el siglo xx por grandes maestros de la arquitectura, y añadiremos una serie de consideraciones que respaldan el concepto de hospital como respuesta que integra criterios funcionales derivados de la prestación de la asistencia sanitaria con otros específicos de la arquitectura, (el contexto, lugar, orientaciones, tectónica, escala, dirección de la luz y consideración de la forma como elemento de ordenación de variables complejas).

Hemos pretendido que el contenido de estas páginas esté enfocado hacia el especialista, ofreciendo una visión global de los procesos y unas claves de lo que la arquitectura puede aportar a la definición del hospital, con objeto de que el profesional de la sanidad entienda los conceptos con los que trabaja el arquitecto.

La mayoría del personal clínico de un hospital posee un profundo conocimiento de la funcionalidad de sus propios espacios asistenciales (tal vez no tanto del hospital como hecho global), aspecto que es muy desconocido para casi todos los arquitectos. Cuando éstos se enfrentan por primera vez a un hospital, reconocen elementos nuevos que se relacionan con la complejidad y la incertidumbre, y la reacción inmediata de muchos de ellos es pedir unas «normas» que les indiquen lo que hay que hacer.

El problema no se resuelve con la mera revisión histórica de las diversas formas y tipologías que ha tenido la función del hospital a lo largo del tiempo si esa revisión no va acompañada de un análisis de la evolución de la asistencia especializada, de su desarrollo científico y de otra serie de variables que afectan a la prestación sanitaria.

Por otro lado, una vez planteado el complejo programa que constituye un hospital en sus aspectos asistenciales y funcionales, el personal clínico suele dudar de que «aquello» tenga solución, y eso sin tener en cuenta los aspectos relacionados con la arquitectura, la técnica, la ingeniería o la escala urbana de un edificio de tales dimensiones.

Todo ello explica en parte la escasez de profesionales, tanto del sector sanitario como de la arquitectura, implicados en los procesos de producción de hospitales, y sobre todo la poca colaboración que entre ellos se da en la práctica.

Uno de los objetivos de este capítulo es precisamente animar a esa colaboración, necesaria para el logro de hospitales orientados a los usuarios (pacientes y profesionales) y que además integren lo que se denomina la experiencia de la arquitectura.

El hospital como edificio. Variables que definen su modelo asistencial y físico

«Puede parecer un extraño principio enunciar que el primer requisito de un hospital es que no dañe a los enfermos». (F. Nightingale, Notes on hospitals, 1859)

«Una habitación normal es una habitación pensada para una persona en posición vertical; la habitación del paciente es una habitación que ha de acoger a una persona en posición horizontal, y los colores, la iluminación, la calefacción, etc., deben ser diseñadas teniendo esto en cuenta. En la práctica esto significa que el techo debería ser más oscuro, de un color escogido especialmente por ser la única visión que tiene el paciente, postrado durante semanas y semanas (...) la luz artificial no puede llegar desde un plafón normal de techo, sino que la fuente principal de luz ha de estar fuera del ángulo de visión del paciente...» (A. Aalto, 1939)

«Hay pocos tipos constructivos tan fecundos como los hospitales, si se quiere ver como el pensamiento funcional, o sea, las convicciones médicas y los descubrimientos, se reflejan en las plantas y en los alzados». (N. Pevsner, Historia de las tipologías arquitectónicas, 1979).

«Deben reconocerse las complejidades crecientes de nuestros problemas funcionales. Me refiero, desde luego, a esos programas característicos de nuestra época que son complejos por su campo de acción, tales como los laboratorios de investigación, los hospitales y, especialmente, los enormes proyectos a escala urbana (...). El programa complejo que es un proceso, continuamente cambiando y creciendo pero en cada etapa está relacionado a algún nivel con el todo, debería reconocerse como esencial a la escala del urbanismo. También el programa incompleto es válido para un edificio complejo aislado». (R. Venturi, Complejidad y contradicción en la arquitectura, 1966)

Las cuatro citas anteriores reflejan diversas miradas significativas al hospital como edificio, desde la asistencial (F. Nightingale), a la de la arquitectura (A. Aalto), pasando por la de la historia de la arquitectura (N. Pevsner) y, por fin, la de la crítica de la arquitectura (R. Venturi).

Es común a todas ellas la insistencia en la complejidad de un tipo de edificio, el hospital, en el que resulta evidente, salvo algunas excepciones, un profundo desconocimiento del componente programático, de cómo éste cambia al modificarse una serie de variables de todo tipo que son específicas del sector sanitario y del desarrollo de la medicina.

Ese desconocimiento se acentúa por el hecho de que con el término «hospital» hemos denominado a lo largo de la historia a instituciones y edificios que han variado significativamente, y que aún en época reciente lo están haciendo de forma acelerada.

Entre las principales características que hacen del hospital el edificio civil más complejo figuran las siguientes:

- El hospital mantiene una relación singular entre los costes de inversión y los costes de funcionamiento. En efecto, aun siendo muy importantes los costes de construcción y equipamiento de un hospital, que se realizan en un período de entre 3 y 7 años, éstos corresponden a los derivados del funcionamiento durante un solo año. Es de señalar que los costes de construcción de un hospital se encuentran en

el nivel superior del sector edificación, y que en España están muy alejados de los del resto de los principales países de la Unión Europea. Esta relación no se presenta en ninguna otra tipología edificatoria y pone de manifiesto la importancia e intensidad de las actividades que se realizan en el hospital, llevadas a cabo por profesionales muy cualificados (el 80% del coste de los servicios sanitarios corresponde a los gastos de personal) que emplean medios de diagnóstico, tratamiento y cuidados que son especializados y costosos. Una visión esquemática de este hecho ha conducido a algunos a defender el concepto de hospital contenedor: el edificio debería ser un mero contenedor cuya función exclusiva debería ser la de albergar las actividades de asistencia especializada.

- El período de creación del espacio «hospital» se sitúa en el medio plazo (7 años como promedio), y comprende las fases de planificación, programación funcional, diseño, construcción, equipamiento y puesta en funcionamiento; es un plazo muy superior al de cualquier otra edificación. Los largos plazos de producción son, por tanto, otra característica específica del hospital que refleja la complejidad tanto de su definición programática, modelo y recursos, como de su diseño, construcción civil y acondicionamiento de las instalaciones que forman parte del edificio.
- Al mismo tiempo, el hospital tiene una vida útil muy reducida en comparación con el resto de los edificios. Ello se deriva de los profundos cambios y de la amplitud de las variables que afectan a su dimensionamiento, organización y funcionamiento. Se estima que su vida útil, es decir, el período de amortización de un hospital, es de alrededor de veinticinco años, plazo a partir del cual sería necesario renovarlo completamente. Además, esa corta vida útil no es homogénea para todos los espacios, de manera que, por ejemplo, es menor en urgencias que en las unidades de enfermería.
- La complejidad del hospital también se pone de relieve en las instalaciones que son necesarias para su funcionamiento. Esas instalaciones representan entre el 40% y el 50% de la inversión necesaria para la construcción de un hospital de enfermos agudos, muy por encima de otras tipologías edificatorias. El hospital tiende a incorporar en un corto lapso de tiempo no sólo las innovaciones tecnológicas específicas del sector sanitario, sino también las relativas a otros sectores como el de las telecomunicaciones, con un desarrollo potencial muy grande y con un impacto claro sobre la organización de la asistencia sanitaria. Las instalaciones de un hospital de agudos son necesariamente complejas porque para cada zona, para cada local, se plantean unos requisitos especiales de temperatura, humedad relativa, número de renovaciones por hora, presión positiva o negativa, instalación eléctrica, de iluminación, de ventilación, dotación de gases medicinales, de telecomunicaciones, etcétera.
- El hospital es un equipamiento primario de la ciudad y del territorio. No sólo genera una gran afluencia de personas (pacientes y profesionales), creando horas punta que afectan a la movilidad urbana, sino que es una importante fuente de actividad económica. Las facilidades de acceso que exige la actividad asistencial implican el diseño y la adecuación de las redes viarias y de infraestructuras de la ciudad. Jean Labasse, en un libro clásico sobre la relación entre hospital y ciudad, escribió: *«De todos los edificios de alguna importancia que salpican el corazón de las ciudades, el hospital es sin duda, junto con la iglesia, el más antiguo»*. El hospital de complejidad media, por sus dimensiones y por el impacto de su actividad sobre la población, se relaciona con el urbanismo, de manera que su diseño debe considerarse como un fragmento de un todo que es la ciudad y el territorio.
- La visión del hospital como motor de economía se contrapone en ocasiones con su función estrictamente asistencial, lo que explica las tensiones que surgen en los

procesos de asignación de nuevos recursos. Hace unos años *The Economist* iniciaba así un artículo sobre el sector sanitario: «*Es un sector peculiar, el sanitario. Para empezar es colosal. Es el sector que reclama, con más fuerza el derecho a ser considerado como la mayor industria del mundo. La mayoría de los países ricos se gastan hoy en día la décima parte de su producto interior bruto en él. El servicio sanitario británico presume de superar como creador de puestos de trabajo al ejército chino. A un nivel más próximo, el hospital local es en muchas ciudades pequeñas la principal empresa de la ciudad.*»

- Las especiales características de la actividad del hospital se reflejan en ámbitos tan específicos como el de la normativa de edificación. Así, por ejemplo, y en relación con la normativa de protección contra incendios, los conceptos de sectorización y la evacuación en los hospitales, que sigue un diseño progresivo horizontal, lo diferencian del resto de las tipologías edificatorias.
- Por último, la actividad sanitaria especializada que reside en el hospital está rodeada de cierta incertidumbre que repercutirá sobre la forma en que esa asistencia se presta. Aspectos tales como la investigación sobre el genoma humano, el desarrollo de las telecomunicaciones, los nuevos modelos de gestión, las nuevas patologías, las nuevas modalidades asistenciales y otros, seguirán afectando profundamente al modelo y a la organización física de los hospitales, que durante el último decenio del siglo xx ya han sufrido una importante transformación.

Las características del hospital como edificio han estado influidas a lo largo del tiempo por una serie de factores del entorno que es esencial reconocer, porque son los que definen el hospital de cada época, su funcionalidad, su tecnología, su organización y su cartera de servicios.

Así, es posible relacionar el modelo de hospital y su configuración organizativa, funcional y física, con una serie de variables tales como:

- 1. Organización de la atención sanitaria (primaria y especializada) y social.** Sistema sanitario actual y políticas sanitarias futuras derivadas de los cambios en el entorno económico (contención del gasto público, liberalización y flexibilización del mercado laboral...).
- 2. Características, demandas y necesidades de la población.** Tendencias socio-demográficas, envejecimiento y sobre-envejecimiento, variaciones en los patrones de morbilidad y natalidad, patologías complejas (especialmente la oncológica), cambios culturales y expectativas de la población (libre elección de hospital y de médico, usuario y cliente, población más informada, estilos de vida, renta familiar disponible, población ocupada, y demandas de accesibilidad, confortabilidad y horarios de atención).
- 3. Organización de la atención sanitaria y modelo de gestión:** cartera de servicios, modalidades y sistema de prestación de la asistencia sanitaria, sistema de financiación, competitividad, complementariedad y cooperación, orientación al cliente, autogestión por servicios, autonomía y descentralización, sistema de financiación y provisión, la alta resolución, niveles de cuidados, etcétera.
- 4. Tecnologías clínica y general.** Tecnologías biomédicas, investigación farmacéutica, tecnología de la imagen, telemedicina. Las tecnologías generales de telecomunicación y de logística.
- 5. Organización y cultura de la actual organización hospitalaria,** como factores de resistencia al cambio. Actividad y rendimientos, nivel de atención de las demandas de la población. Modelos de gestión de las unidades y servicios (unidades clínicas), modelo profesional.

6. Organización de los servicios generales de apoyo a la asistencia. Cambios en las instalaciones, servicios y sistemas generales, tanto técnicos y normativos, como organizativos y de gestión: servicios dietéticos, sistemas de transporte, lavandería y lencería, energía, comunicaciones, informática y telemática, suministros y logística, producción de material estéril, medio ambiente hospitalario, gestión de mantenimiento.

7. Organización de la docencia y la investigación.

La evolución y alcance previsible de esas mismas circunstancias van a determinar el modelo de hospital del próximo futuro, y requerirán un nuevo tipo de hospital.

Como puede apreciarse esas variables son muy diversas, pero todas ellas comparten la rapidez e incertidumbre del cambio, que ya se han podido constatar durante los dos últimos decenios del siglo xx, durante los cuales se ha producido la transformación histórica más importante en el concepto de hospital.

La inestabilidad de esas variables explica que los estándares e indicadores de todo tipo que tradicionalmente se han empleado en los hospitales, sólo sean útiles para una aproximación general. Así, indicadores como los metros cuadrados construidos por cama o el porcentaje de superficie construida que se destina a camas, no sólo han sufrido variaciones muy importantes con el tiempo (p. ej., la superficie destinada a hospitalización, respecto a la total construida, ha pasado del 80% a principios del siglo xx, al 25% a comienzos del XXI), sino que incluso hospitales edificados por los mismos años pueden presentar variaciones excesivas en función de cómo se determinan dichas variables (así, la superficie construida por cama de un nuevo hospital, puede oscilar en el momento actual entre 120 y 220 m²/cama).

Como vemos, no existe una receta fácil para determinar las características, el modelo y las dimensiones de un hospital, antes bien, si existe algo que define el hospital en todos los tiempos, y especialmente en el presente, es el cambio, la inutilidad de esquemas preconcebidos, tanto asistenciales como físicos.

No es extraño, pues, que bajo la influencia permanente de variables tan complejas, la organización que denominamos hospital, así como la forma arquitectónica que alberga sus actividades se esté transformando constantemente. La evolución tipológica del hospital está profundamente relacionada con las funciones asistenciales, los conocimientos científicos y técnicos y el modelo de organización sanitaria que en cada momento se ha desarrollado.

El hospital ha revestido diversas formas a lo largo de la historia: estructuras griegas, romanas, lonja gótica, el maristán islámico, los hospitales medievales, las naves del palacio renacentista que desarrollan el modelo de Filarete para el Hospital Mayor de Milán (1456) (Fig. 15.1), y los hospitales de inválidos, incurables, inocentes, de militares, desamparados, peregrinos, expósitos, que se desarrollan profusamente a lo largo de los siglos xvii y xviii, con unas formas que difieren poco de otras tipologías de gran escala.

El incendio que el 29 de diciembre de 1772 arrasó el Hôtel-Dieu de París (Fig. 15.2), hospital situado entre la catedral de Nôtre Dame y el Sena y que era una institución cuyos orígenes se remontaban al siglo ix, proporcionó argumentos para abordar de manera científica cuál debía ser el diseño más adecuado para los nuevos hospitales, sobre la base de los conocimientos médicos de aquel momento y de una práctica que situaba la mortalidad hospitalaria durante los siglos xvii y xviii alrededor del 25%.

La relación entre función y forma se resuelve con la tipología de pabellón que en aquel entonces parecía ser la más adecuada a los conocimientos médicos ilustrados y a la organización sanitaria, pues satisfacía las necesidades de ventilación que se plan- teaban.

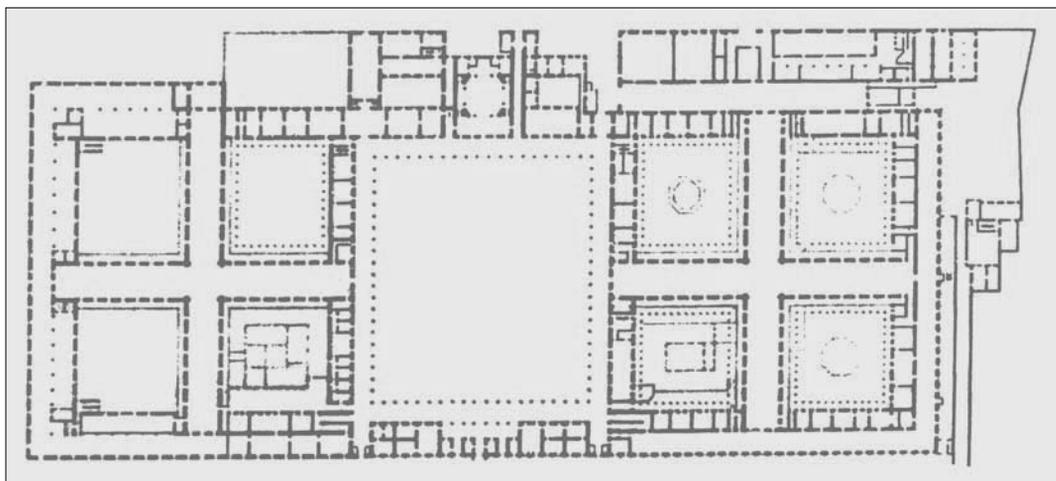


Figura 15.1. Hospital Mayor de Milán (1456). Filarete.

En efecto, tras el incendio del Hôtel-Dieu los teóricos higienistas proponen como modelo ideal el hospital de pabellones, que aunque finalmente no se adopta para la reconstrucción del hospital incendiado, establece definitivamente la tipología de los nuevos hospitales que se construyen a lo largo de todo el siglo XIX y hasta principios del siglo XX.

Las salas de hospitalización fueron consideradas por Le Roy como unas «*máquinas para tratar enfermos*» (un concepto ciertamente moderno), y se basaron en el mode-

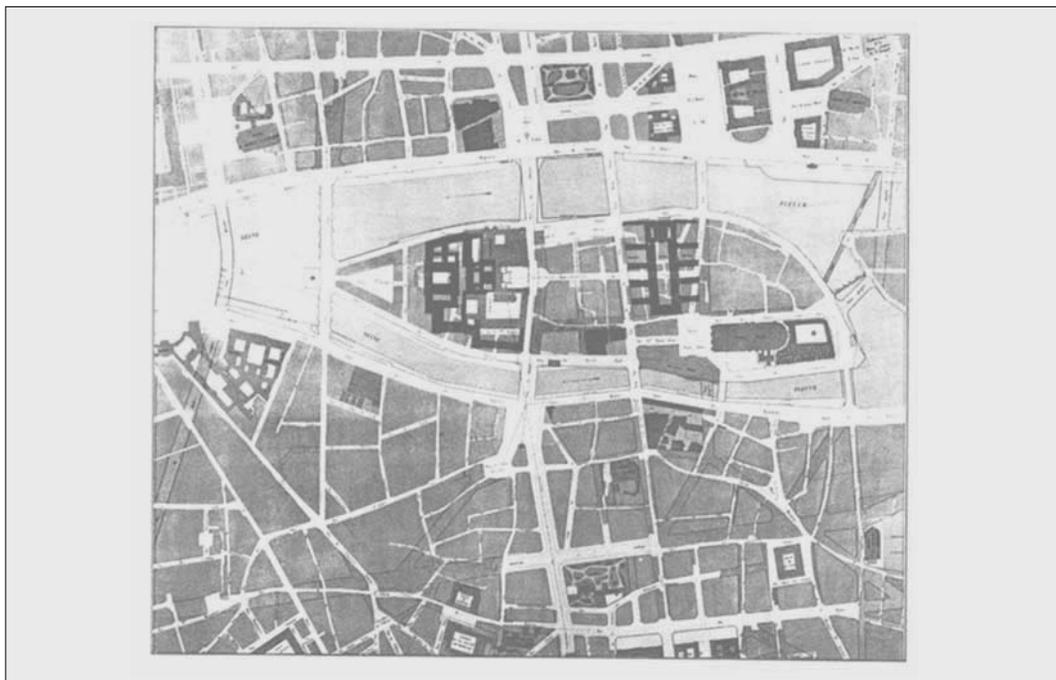


Figura 15.2. Hôtel-Dieu de París.



Figura 15.3. Real Hospital Naval, Greenwich (1702). Vista de la fachada principal. C. Wren.

lo del Real Hospital Naval de Greenwich (Figs. 15.3 y 15.4), construido en 1702 por Christopher Wren, arquitecto de la catedral de San Pablo en Londres.

Entonces se creía que la alta tasa de mortalidad del Hôtel-Dieu de París se debía a la falta de ventilación. En cambio las nuevas salas tenían amplias conducciones de ventilación en la cubierta. Los planteamientos higienistas, que reclamaban ventilación y espacio suficiente entre pabellones, coincidieron en el tiempo con el «*auge de la anatomía topográfica, la invención de las operaciones regladas y la creciente habilidad de los cirujanos*» (Laín Entralgo), que impulsan el desarrollo operatorio de la cirugía. A pesar de ello, la mortalidad media de las salas de cirugía de los hospitales alcanzaba el 50%.

En 1774, dos años después del citado incendio, el cirujano Antoine Petit publicó la *Memorie sur la meilleure manière de construire un hôpital des malades*, en la que proponía un gran círculo con seis salas, con un total de 2000 camas, y una cúpula en el centro que hacía de ventilador (Fig. 15.5). Se planteaba asimismo ubicar los hospitales fuera de las ciudades, y ya se empezaba a discutir también cuál era el número de camas más adecuado para un hospital.

Como consecuencia del incendio se nombró un comité de ocho ilustrados (Diderot escribió un capítulo sobre el «*Hôtel-Dieu*» para la *Enciclopedia*), entre los que se

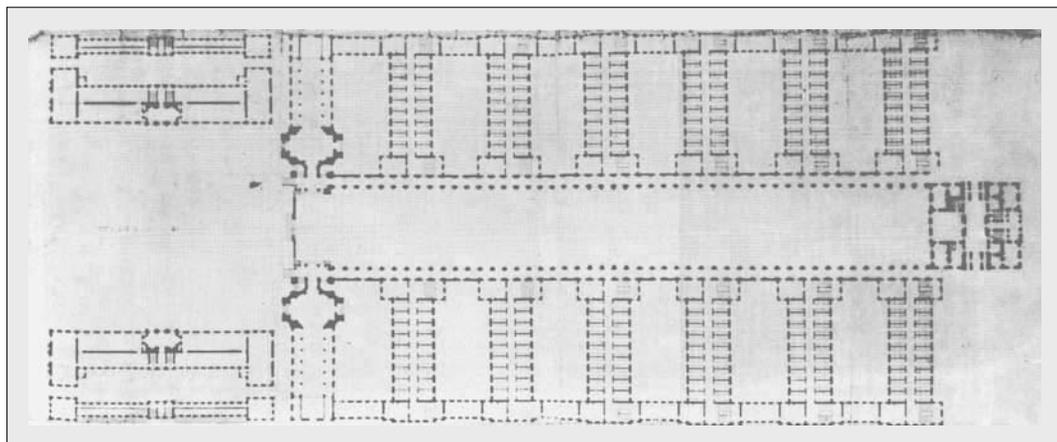


Figura 15.4. Real Hospital Naval, Greenwich (1702). Planta. C. Wren.

encontraban Lavoisier, La Place y Bailly; este comité emitió un informe en 1786 en el que se analizaba minuciosamente el que los pacientes quirúrgicos y los dementes estuvieran hospitalizados en zonas próximas, y que no se separase a los enfermos infecciosos.

En el informe se proponía un número máximo de camas por sala (36), la cama individual (entonces una auténtica revolución clínica para aislar, personalizar y singularizar cada patología, ya que hasta entonces era habitual que una cama estuviera ocupada por varios enfermos, mientras que hoy se plantea la discusión acerca de la conveniencia de la habitación individual), y la sustitución del antiguo hospital por otros cuatro de 1200 camas cada uno.

En 1781 y 1788 se emitieron sendos informes que defendían el hospital tipo pabellón, en el que *«la sala de enfermos debe estar aislada de toda construcción, a fin de que los muros queden continuamente expuestos a los vientos y a las corrientes de aire que la preserven de la humedad. Es preciso que estas salas estén abiertas en todos los lados y sujetas a la acción atmosférica de saneamiento y renovación de aire»*. La Academia decidió que el hospital debía componerse de cierto número de pabellones paralelos y orientados todos en el sentido más favorable. Los pabellones quedarían separados por medio de patios de 50 a 60 metros de amplitud, con una de las fachadas expuesta al norte y otra al sur. Las escaleras debían ser abiertas, de manera que el aire exterior circulara en toda su altura. En cuanto al número de pisos, propuso que los enfermos no ocupasen más que la planta baja, *«pero si hay falta de terreno, se puede construir una planta baja y dos pisos, instalando los enfermos en la planta baja y en el primer piso, y el personal de servicio en el segundo»*.

También en Francia otra comisión dictó en 1862 normas para la construcción de nuevos hospitales respetando los criterios anteriores y estableciendo una serie de indicadores: la superficie total por cama del terreno del hospital debía estar entre los 100 y 150 m², los pabellones deberían estar enlazados por medio de galerías de servicio, bien orientadas y separadas por patios cuyo ancho fuese, al menos, de una vez y media la altura del pabellón, contando cada uno como máximo, con una planta baja y un piso. Se consideraba entonces que el volumen de aire necesario era de 50 m³ por cama, con 20 camas para las salas de cirugía y 30 en las de medicina.

En 1788, J.R. Tenon, cirujano y miembro de la Academia de Ciencias, publicó *Mémoires sur les hôpitaux de Paris*, en el que analizaba igualmente la situación del Hôtel-Dieu y describía, entre otras, la sala en la que tenían lugar las operaciones quirúrgicas, en las que los pacientes que iban a ser operados al día siguiente yacían junto a los operados el día anterior. Tenon afirma que había 486 camas individuales y

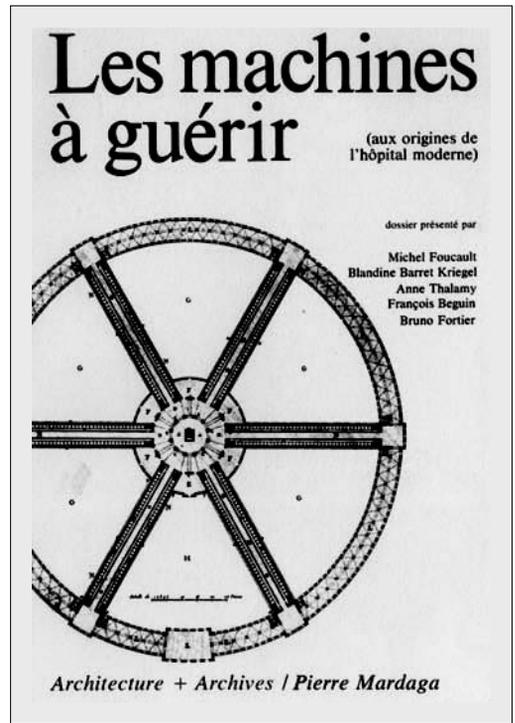


Figura 15.5. Proyecto de hospital (1774). A. Petit. Portada del libro «Les machines à guérir», Foucault.

otras 1230 camas para entre 4 y 6 pacientes cada una. La conclusión era que el hospital, «es un conjunto monstruoso, más apto para ampliar los males, para destruir, que para restablecer y conservar la salud». La última parte de su trabajo contenía diseños de hospital (Fig. 15.6) realizados en colaboración con el arquitecto B. Poyet.

La anestesia quirúrgica (Morton, Simpsom, Koller, poco antes de 1850), la hemostasia (Lister), la transfusión sanguínea (Landsteiner, 1900), la antisepsia (Lister, 1865), la asepsia (Bergmann, 1886, 1891), la perfección creciente del instrumental (Pravaz, Murphy, Trendelenburg, Mikuliz...), transformaron radicalmente el acto quirúrgico y tuvieron un impacto directo en el diseño de los nuevos hospitales, con la creación de salas específicas en pabellones *ad hoc* destinadas a actividades quirúrgicas.

Con la invención de la anestesia comienza la edad de oro de la cirugía, que coincide en el tiempo con el desarrollo de los hospitales de pabellones (de 1850 a 1917), los cuales incorporan áreas específicas para las funciones quirúrgicas dentro de la tipología hospitalaria.

Uno de los hospitales que se construyeron como consecuencia del debate planteado a finales del siglo XVIII sobre el hospital ideal, fue el de Lariboisière (Fig. 15.7), proyectado por el arquitecto M.P. Gauthier en 1839 y construido en París entre los años 1846 y 1854, con un total de 905 camas. Este hospital, aún en funcionamiento (con los nuevos servicios centrales de tratamiento y diagnóstico construidos en el hueco central del antiguo hospital), fue propuesto por Florence Nightingale como modelo de hospital frente a otros diseñados en Inglaterra.

Esta tipología se extiende hasta principios del siglo XX como modelo universal; y sus orígenes coinciden con el nacimiento de la clínica (Foucault), que tiene su espacio en el hospital. Es interesante el debate que, paralelamente a la reflexión sobre el hospital ideal, tuvo lugar en la Francia revolucionaria de finales del XVIII y comienzos del XIX, acerca de la necesidad del hospital como institución, lo que da idea de la valoración que en aquel momento se tenía de su eficacia. En un proyecto de ley sobre beneficencia pública presentado por el gobierno francés en 1838, y que fue aprobado en junio de ese mismo año, se expresaba lo siguiente: «En las capitales de provincia, y en todos los pueblos en que lo permitan los fondos propios, cuidará el Gobierno de que haya un hospital “público” para la curación de los enfermos que no puedan ser asistidos en sus casas por la casa de socorros; en el concepto de que la hospitalidad domiciliaria es la regla, y la pública es la excepción». Ecos de este debate lo podemos encontrar en España hacia 1871 (P. F. Monlau, *Elementos de Higiene Pública*).

En el último tercio del siglo XIX el hospital de pabellones era un signo de gobiernos y arquitectos progresistas. Kunch, en su *Handbuch der Architektur* (1897), deno-

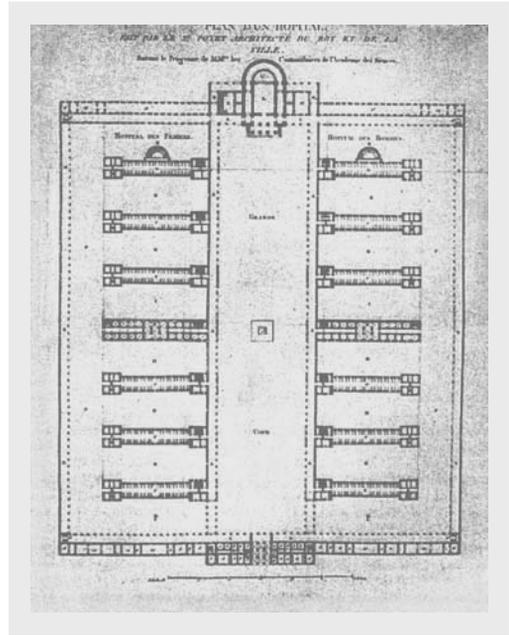


Figura 15.6. Proyecto de hospital (1788). Tenon y Poyet.

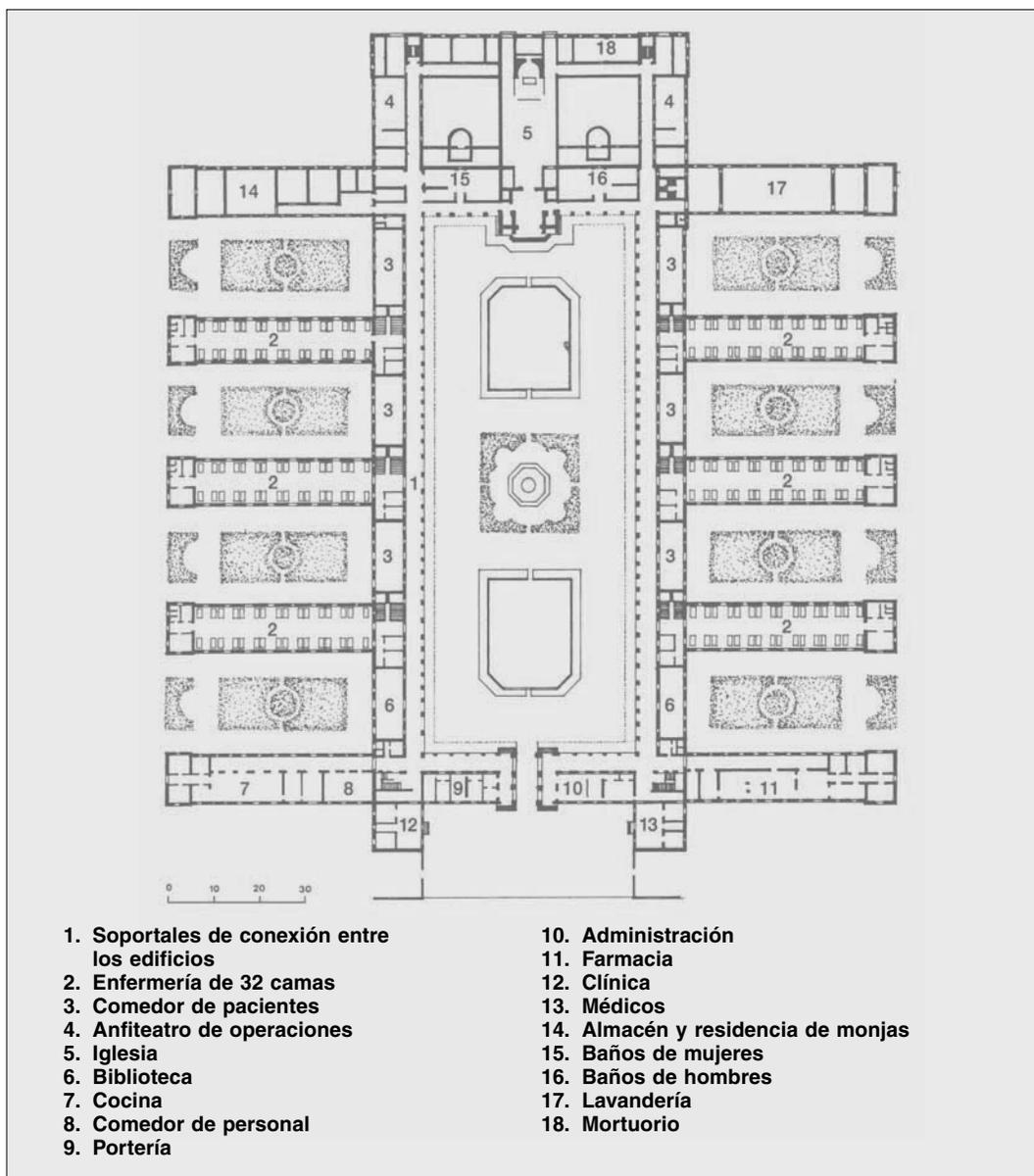


Figura 15.7. Hospital Lariboisière (1839-1854). Gauthier.

mina a este tipo de hospitales como «*la forma más perfecta de arquitectura para hospitales*», lo que en general era aceptado tanto por arquitectos como por profesionales sanitarios (Guadet, *Éléments et théories de l'architecture*, 1902).

Los cirujanos tuvieron un papel destacado en el diseño del hospital del siglo XIX, papel que en este momento desempeñan otros especialistas sanitarios con una visión más global del hospital y de los demás recursos asistenciales.

El descubrimiento realizado por Pasteur acerca de las bacterias como agente de las enfermedades y el tratamiento antiséptico de las heridas cambiaron completamente la

historia de la medicina y también el diseño de los hospitales. Si la bacteriología estaba en lo cierto, los pabellones no tenían razón de ser. En 1907, Ochsner y Sturn llegaron a la conclusión de que los pabellones «no podían utilizarse por más tiempo como base de la construcción hospitalaria» y afirmaron que la nueva tendencia era la de «compactos edificios de pisos». En 1910, Goldwater consideró el principio de los pabellones como «insostenible», y esta tendencia, con excepciones, se generalizó al poco tiempo.

Pero en realidad los primeros hospitales verticales (que fueron posibles también gracias al desarrollo del ascensor y de las estructuras de acero y hormigón armado) no eran más que pabellones colocados unos encima de otros, en los que predominaban las salas de hospitalización.

Después de la Primera Guerra Mundial, se desarrollaron y extendieron la antisepsia, la asepsia y la técnica quirúrgica. El Medical Center de Nueva York (1933) se convirtió en prototipo del hospital denominado monobloque.

Durante la Segunda Guerra Mundial se acelera el progreso técnico de la cirugía con la introducción de la penicilina y la cura oclusiva de las heridas, así como por el desarrollo de la anestesia, debido al mayor conocimiento de la fisiopatología del proceso anestésico, y gracias a la introducción de recursos farmacológicos e instrumentales.

En 1947, en España, el Instituto Nacional de Previsión publica una conferencia pronunciada por el arquitecto Juan de Zavala y Zafora, titulada *El hospital en bloque*, en la que se refleja el modelo oficial de las residencias sanitarias construidas dentro del Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias durante los años cincuenta y sesenta. Las ventajas y desventajas que entonces se atribuían a este modelo de hospital monobloque, que finalmente fue adoptado, hoy nos hacen sonreír y también reflexionar sobre lo cambiante de las circunstancias, que llevaron, por ejemplo, a eliminar radicalmente toda una tipología sanitaria, la del hospital antituberculoso, debido a la aparición de la rifampicina.

En 1954 el médico Siro Azcona publica *Residencias Sanitarias*, donde analiza el hospital monobloque y las experiencias de las primeras residencias entonces en construcción. Esa tipología hospitalaria ha condicionado, y está condicionando aún en algunos casos, el funcionamiento de los hospitales de este país, que por las condiciones de especial aislamiento en que vivió durante esos años mantuvo una tipología hospitalaria obsoleta, cuando en países como el Reino Unido se empezaban a desarrollar tipologías más horizontales (Fig. 15.8).

En una publicación relativamente reciente del extinto Insalud (*Hospitales: La Arquitectura del INSALUD 1986-2000*), mostramos la evolución nacional e internacional de los hospitales de agudos durante la segunda mitad del siglo xx.

Como se ha podido apreciar, la arquitectura hospitalaria se encuentra directamente vinculada a la función determinada por la medicina, hasta el punto de que el componente funcional ha ocultado en la mayor parte de los casos a la arquitectura.

Por otra parte, se puede comprobar que, al igual que la medicina, la arquitectura hospitalaria tiene un componente universal, global. En su aspecto funcional los hospitales contienen los mismos elementos en todos los países (incluso en España se han «copiado» modelos y estructuras de países como el Reino Unido), diferenciándose según la organización específica de cada sistema de salud y del nivel socioeconómico de cada país.

Finalmente, también se puede observar que en la inmensa mayoría de los casos la arquitectura de los hospitales se encuentra oculta por el aspecto funcional de la actividad sanitaria.

Ese proceso, necesariamente pluridisciplinar, siempre se está retroalimentando; no es lineal sino que cierra el ciclo, y sus conclusiones se pueden aplicar más allá del caso.

Sus fases no se encuentran «reguladas», por lo que los plazos de cada una de ellas pueden ser variables; hay que tener en cuenta también que entre cada fase existen períodos de tramitación administrativa y financiera que, dado el volumen de los recursos que se manejan, suelen ser los más largos establecidos por las normas en el caso del sector público. En cualquier caso, la duración total del proceso (considerando que alguna de las fases finales se solapan en el tiempo) no suele ser inferior a los 6 o 7 años.

Planificación

La planificación estratégica es un elemento esencial de cualquier organización y resulta decisiva en las que trabajan en el sector sanitario, con unos u otros objetivos.

Esa planificación se encuentra regulada, con mayor o menor precisión en función de cada país, tanto para organizaciones públicas como para organizaciones privadas, y los agentes que intervienen en ella son los directivos responsables de esas organizaciones, que definen los objetivos y las demandas que se pretende atender con la prestación necesaria que, en el sector público, pueden ser garantizar a toda la población la eficiencia, equidad y accesibilidad de esos recursos.

Un elemento esencial para el desarrollo de esta fase en España ha sido la Ley General de Sanidad de 1986, que establece un mapa sanitario de las áreas de salud que ha permitido acometer tareas de programación al contar con datos de población, recursos, actividad, rendimientos, etcétera.

Esta ley es el marco que ha hecho posible el desarrollo de las metodologías de programación funcional y de planes directores de hospitales que se elaboraron a finales de la década de 1980, y a los que se debe la reordenación, remodelación y renovación de los recursos hospitalarios heredados del antiguo Instituto Nacional de Previsión.

En la actualidad esta función estratégica con la que empieza el proceso de producción de cualquier hospital corresponde de manera exclusiva (y reforzada desde que se transfirieron las competencias sanitarias a todas las comunidades autónomas desde enero de 2002) a las comunidades autónomas, y en ella participan profesionales de diversas disciplinas relacionadas con la sanidad, la política socioeconómica, la demografía y la ordenación territorial, clave para definir la accesibilidad a los recursos y la viabilidad y eficiencia de éstos.

La fase de planificación es también decisiva en el sector privado. Aunque lógicamente parte de distintos objetivos, es idéntica en el método y en las fuentes de información, y tiene el mismo necesario rigor.

Programación funcional

Tradicionalmente la definición de un hospital, su modelo, su cartera de servicios y su dimensión se realizaban de una manera esquemática, elemental. Así, el Instituto Nacional de Previsión trabajaba con hospitales tipo en función de un número de camas, sistema que heredó el Instituto Nacional de la Salud hasta la mencionada promulgación de la Ley General de Sanidad de 1986. Desde entonces resulta posible y además necesario justificar el alcance de los recursos y sus características, en función del modelo asistencial y de la población a la que sirve.

Cuando en 1988 y 1989 el Insalud estudia cómo intervenir sobre hospitales existentes (una heterogénea red de edificios procedentes de las residencias sanitarias, hospitales clínicos universitarios, hospitales de diputaciones provinciales y de algún patronato municipal, de los que tan sólo el 24% de las camas procedían de hospitales

construidos a partir de 1980), se desarrolla la metodología del Plan Director (1988) y de Programación Funcional (1989). Los cinco nuevos hospitales (Alcorcón, Santiago de Compostela, Oviedo, Las Palmas de Gran Canaria y Palma de Mallorca-Son Llatzer) que se decide construir en 1989, se realizaron con esta metodología. Además, se iniciaron diversos planes directores de hospitales que en algún caso justificaron la remodelación de los recursos.

Para la redacción de esos programas funcionales se crearon diversas comisiones y grupos de trabajo con representación local, equipos técnicos pluridisciplinares y especialistas en gestión y clínica de la asistencia especializada.

El trabajo que hay que llevar a cabo en esa fase de programación funcional en la que resulta decisiva la participación del profesional clínico consiste en:

- La exploración del entorno físico y social.
- La exploración del entorno asistencial: análisis de las necesidades y demandas asistenciales de la población en un plazo de 10 años.
- La formulación de los fines y objetivos asistenciales: modelo funcional, cartera de servicios, definición de las unidades de que consta el hospital y dimensiones de éste.

El trabajo del personal clínico se centra en los dos últimos objetivos, con el contenido específico que se señala en el siguiente epígrafe.

En esencia, el trabajo que hay que realizar en esta fase de programación funcional, de establecimiento del programa de necesidades del hospital (sea nuevo o reformado), es la revisión y aplicación a un caso particular de las variables que, como hemos señalado, están definiendo en cada momento el modelo y la imagen del hospital, de manera que en esta fase del proceso se actualizan los conocimientos en todas las materias (tecnología, sistemas generales, biomedicina...) que afectan a la construcción del hospital.

La determinación del volumen de trabajo de los servicios y unidades del hospital, permite deducir, sobre la base de unos objetivos de actividad, rendimientos y gestión, la dimensión de los diferentes recursos asistenciales y no asistenciales. Ello hace posible el desarrollo posterior de un programa completo de locales del hospital, aspecto que no se ha mostrado tan necesario en la práctica y que, sin embargo, tiene implicaciones negativas en un tipo de diseño que se limite a «encajar» las superficies programadas en unidades mejor o peor relacionadas, pero ajenas al modelo definido de hospital.

Más que ese programa detallado de locales y superficies, resulta esencial investigar aspectos tales como:

- Los usuarios y las funciones que realizan, que sirven para definir las zonas y el tipo de locales que son necesarios en cada servicio y unidad del hospital. Es frecuente que el programa funcional incorpore, para cada servicio y unidad, diagramas y esquemas funcionales que reflejan las circulaciones y flujos de los distintos usuarios, como los que se muestran en otros apartados de este trabajo.
- Las relaciones y comunicaciones de cada una de las áreas con el resto de los servicios del hospital, es decir, las relaciones intrahospitalarias, que se expresan en la denominada matriz de relaciones del servicio, unidad y hospital, y que definen el nivel de integración o alejamiento entre esos servicios.
- Las incertidumbres tanto del sector sanitario como de otros sectores que afectan a la definición del modelo y dimensión del hospital.

Los programas funcionales editados, que sirvieron y servirán de referencia a otros, son los del «*Segundo Hospital de Palma*» (1992) y el «*Nuevo Hospital Universitario Central de Asturias HUCA*» (2003).

En el campo de la programación funcional de recursos se ha producido una transformación radical a la hora de acometer cualquier tipo de intervención sobre un recurso sanitario. Hasta hace relativamente poco tiempo, el diseño del hospital se llevaba a cabo con una mínima relación de necesidades, y se dejaban en manos del técnico (arquitecto) decisiones acerca de dimensiones y diseños funcionales que no le correspondían y que él resolvía aplicando estándares e indicadores que se han demostrado variables en función del modelo y sistema de gestión sanitaria (y que, por tanto, se han mostrado obsoletos en poco tiempo).

De esta fase se deduce que es necesario realizar un seguimiento de todo el proceso posterior de producción del espacio hospitalario, con objeto de revisar y actualizar objetivos, variables, incertidumbres, dimensionamiento, cartera de servicios, durante un período de tiempo que suele ser dilatado y durante el cual resulta inevitable que se produzcan modificaciones de las condiciones de entorno.

Como resultado añadido y colateral de estos trabajos locales de planificación y programación, la Dirección General de Planificación Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo, publicó unos *Criterios de Ordenación de Recursos* (1992), con indicaciones para su revisión y actualización, que no han llegado a ponerse en práctica.

En este sentido se consideran modélicas las guías de programación y diseño de unidades y servicios hospitalarios editadas por el *National Health Service*. Muy pocos países tienen algo parecido, lo que muestra la dificultad no ya de realizarlas, sino de mantenerlas actualizadas para que realmente sean útiles.

Diseño

La fase de diseño de un hospital parte del programa funcional elaborado antes. Una respuesta literal a ese programa, que no tenga en cuenta la arquitectura (entendida en sus aspectos no sólo organizativos y funcionales, sino perceptivos, sensoriales y tectónicos) ni los aspectos relacionados con el lugar (paisaje, orientaciones, vistas, topografía), explica la existencia de hospitales donde la arquitectura no sólo está oculta sino que realmente no ha hecho acto de presencia.

Resulta injustificable que los esquemas funcionales de las unidades, elaborados durante la fase de programación, acaben predominando, de manera que lo que podemos observar mayoritariamente son construcciones sin ningún mérito arquitectónico, que es el objeto de esta fase.

En cualquier caso, durante la fase de diseño se inicia el seguimiento continuado de la producción del hospital al que antes aludíamos, en el que el profesional sanitario tiene el papel de verificar el cumplimiento del programa y de analizar las sugerencias que le plantea el arquitecto durante la elaboración organizativa, espacial y arquitectónica del hospital.

Dadas las características del hospital como edificio, de la escala, el tamaño, los tiempos y la complejidad que supone, el diseño tiene en cuenta conceptos tales como flexibilidad, modulación (no necesariamente euclidiana) y adaptabilidad, que cuando se aplicaron de manera indiscriminada condujeron a soluciones que quedaron obsoletas al poco tiempo.

Construcción

Como es lógico, la fase de construcción de un hospital es muy importante, ya que no sólo se trata de un edificio de gran superficie, con instalaciones y soluciones constructivas complejas, sino que requiere obras de urbanización considerables no sólo en su propia parcela sino generalmente también en relación con la ciudad y el territorio

en el que se construye. A menudo es necesario realizar inversiones cuantiosas en infraestructuras urbanas (electricidad, abastecimiento de agua, saneamiento, gas...) y en obras relacionadas con los accesos públicos y privados.

La edificación de un hospital de tamaño intermedio (unas 600 camas) requiere en torno a 4 o 5 años, realizándose las inversiones mayores en los años finales de la construcción.

Normalmente, el arquitecto y el promotor del hospital se ocupan del seguimiento de esta fase del proceso, pero es importante la intervención de la comisión de seguimiento mencionada al hablar de la programación funcional siempre que se alteren las bases establecidas en aquella fase del proceso.

Equipamiento

Debido a la complejidad de los equipos e instalaciones necesarias para el funcionamiento de un hospital, es necesario considerar esta fase como independiente dentro del proceso de construcción de un hospital, si bien puede solaparse con la etapa final (1 año) de las obras de edificación.

La intervención del profesional sanitario en esta fase se circunscribe al procedimiento de compras que cada organización tenga establecido, y en el que resulta esencial su participación tanto para la determinación previa de las especificaciones, como para la evaluación funcional y de eficiencia clínica de los productos y equipos que el mercado ofrece en cada momento.

Puesta en funcionamiento

Un hospital entra en carga, en funcionamiento pleno, en un plazo mínimo de entre 6 meses y un año, y requiere un equipo de gestión que esté trabajando al menos un año antes de la terminación de las obras, dedicado a la programación de su puesta en funcionamiento, a la contratación y, en su caso, preparación de los profesionales y a la adquisición de equipos clínicos, sistemas de información y gestión, mantenimiento e ingeniería, suministros y contratación de los servicios necesarios para el funcionamiento habitual.

Como se deduce de todo ello, las tareas que se llevan a cabo en esta fase son decisivas para el funcionamiento posterior del hospital, por lo que es preciso dedicarles el tiempo y los recursos necesarios para evitar improvisaciones que pueden tener después repercusiones graves.

Evaluación postocupación

Ya hemos señalado que el proceso de producción de un hospital se retroalimenta, y en este sentido resulta esencial evaluar, una vez que está en funcionamiento, las decisiones y criterios empleados en las fases anteriores del proceso para aprender de la experiencia.

Algunos países, como el Reino Unido y Canadá, han desarrollado métodos de evaluación postocupación más o menos detallados, así como estudios de casos y análisis comparativos cuyas conclusiones se incorporan al actualizar sus guías de programación y diseño.

Aunque en España se ha trabajado intensa y modélicamente en el resto de las fases de producción del espacio hospitalario, esta fase se encuentra pendiente de desarrollar. Si el Sistema Nacional de Salud no se plantea este objetivo, que permitiría elaborar guías de programación y diseño que sirvieran de referencia a los Servicios Regionales de Salud de las diferentes comunidades autónomas, la extensa experiencia que en materia de hospitales se está desarrollando en todo su territorio no podrá utilizarse más que por los que están participando en ellas de forma individual.

En la metodología canadiense de evaluación postocupación de los distintos servicios y unidades de un hospital puede observarse la importancia que adquiere el personal clínico.

Como puede entenderse fácilmente, un proceso de la importancia, complejidad y duración que tiene el que hemos descrito no resulta lineal; los cambios de personas y criterios suelen ser frecuentes y afectan a los resultados de cada fase y al espacio que finalmente se obtiene. La construcción de un hospital es una tarea de aproximaciones sucesivas en un problema con un número importante de incógnitas, en el que cada fase no es la traducción literal de la anterior: se planifica un hospital que durante la programación funcional y el estudio detallado de las variables que lo definen sufre variaciones. Asimismo, el diseño no es una traducción literal de un programa agregado de locales, y la fase de construcción añade alteraciones que, en general, afectan sólo a aspectos económicos. Sin embargo, el equipo responsable del funcionamiento puede llegar a modificar de manera significativa los criterios establecidos por planificadores, programadores, diseñadores y constructores.

La participación de los servicios clínicos en el desarrollo del programa funcional de un hospital

«La comisión sanitaria inglesa que inspeccionó hace siete u ocho años los hospitales de su país dice, al hablar de la enfermería de West-Ham, de reciente construcción, que mucho mejor se hubiera invertido el dinero si, antes de levantar aquellas dependencias espaciosas, de hermoso efecto, pero impropias para el servicio de los enfermos, hubiesen sido previamente consultados los médicos. A bien que de muy antiguo deben de estar éstos acostumbrados a tales desaires. Han pasado ya los tiempos en que Felipe II no quiso principiar la construcción de San Lorenzo del Escorial, sin asesorarse antes con los médicos de la salubridad del país. Para la distribución material de un teatro, se consulta a los cómicos; para la distribución interior de una sala de tribunal, se consulta a los magistrados: mas para la distribución interior de una enfermería, se prescinde del dictamen de los médicos. ¿Qué saben de hospitales los médicos?».

La cita anterior, de un texto clásico de Felipe Monlau (*Elementos de Higiene Pública: arte de conservar la salud de los pueblos, 1871*), refleja lo antigua que es la queja de los médicos en relación con su participación en las decisiones sobre el diseño de sus servicios.

Como se ha apuntado, un hospital es un edificio complejo, con multitud de servicios clínicos y generales, y requiere una ordenación y una visión global de sus circulaciones interiores, de las relaciones entre esos servicios y unidades, y de las relaciones del hospital con su entorno inmediato, con la ciudad y con el territorio al que da servicio. Esa visión global del hospital no es responsabilidad del clínico, cuya participación, sin embargo, resulta esencial en la fase de definición de las necesidades de cada uno de los servicios, al menos en los aspectos relacionados con la organización y prestación de la asistencia sanitaria.

El hospital no es una mera suma de partes, ni en su aspecto arquitectónico ni en el asistencial. Dicho de otra manera, el dimensionamiento de los recursos del hospital no es el resultado de sumar las necesidades expresadas por los diferentes servicios, sino que se encuentra determinado además por el modelo asistencial adoptado, por los sistemas de organización y gestión, de información, de flujos de pacientes y por los niveles de relación e integración entre los distintos servicios y unidades.

Antes de establecer cuál debe ser la participación del clínico en la determinación de las necesidades de los servicios, es conveniente recordar el carácter universal de la ciencia médica, que hace que podamos comprender cualquier hospital de cualquier país, y que podría hacer pensar que la información «local» que aporta el personal clínico no es necesaria. De hecho, existen algunas guías de programación funcional y diseño de servicios clínicos (las *Health Building Notes*, editadas por el *National Health Service*, son el mejor exponente en este campo), cuyo carácter de «guía», de recomendación, y nunca de norma, no debemos olvidar (guías que, con un nivel de detalle no comparable, han publicado las comunidades autónomas en relación con la acreditación y autorización de centros sanitarios). Por eso siempre es necesario complementar esas guías con la información y los criterios de los diferentes servicios del hospital.

En este sentido sería conveniente que durante la fase de determinación de las necesidades asistenciales de un hospital, ya se trate de una nueva construcción o de la ampliación y reforma completa de uno ya existente (Plan Director), los distintos servicios clínicos se incorporasen al proceso de elaboración del programa funcional una vez adoptados criterios globales tales como el modelo de hospital, su tipo de organización y gestión, su nivel asistencial y el dimensionamiento básico de sus recursos en función de las demandas y necesidades de la población asignada, los criterios para los flujos de pacientes, su nivel de referencia y de tecnología, el desarrollo de sus funciones de docencia e investigación, su sistema de funcionamiento y financiación, etcétera.

Pese a que esos aspectos generales del hospital se hayan discutido y adoptado, la elaboración del programa funcional resultaría deficiente sin la participación de los distintos servicios clínicos en su definición.

Esa participación implica, al menos, las siguientes cuestiones:

- Análisis de la situación actual y de las tendencias de la especialidad.
- Evolución y tendencias de la demanda y actividad del servicio: pacientes urgentes, ambulantes e ingresados, atendidos en las diversas modalidades asistenciales. Estudio de patologías, tendencias, nivel de complejidad, demanda no atendida (lista de espera).
- Relaciones con otras especialidades afines que impliquen proximidad espacial en función de los procesos asistenciales de los pacientes o el empleo compartido de recursos de diagnóstico y tratamiento.
- Relaciones con otras unidades hospitalarias y extrahospitalarias.
- Organización de la especialidad y actividad del servicio en relación con la docencia y la investigación.
- Localización y ámbitos de la actividad de la especialidad dentro del hospital, así como los momentos en que ésta se realiza.
- Recursos humanos y físicos y equipamientos, actuales y propuestos, así como recomendaciones sobre su disposición interna.
- Avances previstos en tratamientos e innovaciones tecnológicas y clínicas susceptibles de ser adoptados.
- Propuesta de cálculo de los recursos sobre la base de la demanda y las tendencias analizadas.
- Circuitos de atención a los pacientes: situación actual y propuesta de mejora.
- Análisis de la actividad de los distintos usuarios, principales y secundarios (profesionales sanitarios, técnicos, pacientes, acompañantes, trabajadores de los distintos servicios generales del hospital), del servicio.
- Requisitos generales de la unidad o servicio.

Habitualmente, gran parte de la información antes relacionada que el médico aporta en la elaboración del programa funcional, se encuentra reseñada en las memorias anuales

de la actividad del servicio. Ahora se trata no sólo de trasladarla, sino de reflexionar sobre su actividad y la manera en la que piensa que se va a desarrollar en el futuro.

En este aspecto, esa información, clave para la conformación del hospital del futuro, sólo la puede proporcionar él, y resulta esencial en esta fase del proceso de construcción de un hospital, que precede a la redacción del proyecto arquitectónico.

Normalmente la elaboración de esta información suele estar repartida de manera desigual entre los diferentes servicios asistenciales de un hospital, y por ello es preciso una especial coordinación y seguimiento interno por parte de la dirección asistencial. Existe asimismo cierta tendencia a copiar la organización y funcionamiento (incluso en términos espaciales) de los servicios actuales, olvidando que la creación de un nuevo hospital (o el plan director de uno ya existente) es un proceso único en la vida laboral de un profesional sanitario debido a los plazos para su construcción y puesta en funcionamiento, y a su vida útil. Por ello, el esfuerzo del clínico en ese proceso de participación debería centrarse en proporcionar una visión futura de su especialidad, y de la forma en que la asistencia sanitaria (integral, hospitalaria y extrahospitalaria) se debe prestar a la población.

A continuación, se expone como muestra del contenido de un programa funcional de un hospital de tercer nivel y de referencia, la información relativa a la organización de los recursos que componen el área de Neurociencias, elaborada con la participación de los servicios, que ha de servir de base a los arquitectos para diseñar el área de manera integrada con el resto de los recursos del hospital (Cuadro 15.1).

Ejemplo: Elementos que componen el programa funcional de un área de neurociencias.

CUADRO 15.1 Área de neurociencias

NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA

Actividad prevista al año:

Consultas:

- Primeras: 8 479
- Totales: 27 500

NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA

Actividad prevista al año:

Exploraciones: 8 000

- 25% pacientes hospitalizados
- 47% pacientes ambulatorios hospital
- 14% otros hospitales
- 13% centros de especialidades
- 1% centros de salud

Cartera de prestaciones de referencia

- Neurocirugía: para toda Asturias
- Cirugía del Parkinson: nacional
- Trastornos del movimiento: nacional
- Cirugía de base de cráneo

Características específicas de un área de Neurociencias

1. Se considera una unidad multidisciplinar en la que se integran las carteras de servicios de neurocirugía, neurología, neurofisiología clínica, unidad del sistema nervioso periférico de cirugía plástica, unidad del sistema nervioso periférico de rehabilitación.
2. Otras unidades implicadas serán: psiquiatría, neuropsicología clínica, neuropediatría, neuroanestesiología, neurorradiología, UCI neurológica, neuropatología, neurooftalmología, inmunología, urología, genética, SPECT tridimensional.
3. La atención a niños se realizará en el área de consultas de pediatría.
4. La asistencia del sistema nervioso comprende todas las modalidades asistenciales: ambulatoria, urgente, hospitalización, hospital de día.
5. Se organizará en relación con los siguientes programas asistenciales: trastornos del control motor, trastornos del sistema nervioso periférico y autónomo, neurooncología, enfermedad cerebrovascular, epilepsia, neuroinmunología y enfermedades desmielinizantes, demencias, y procesos funcionales y abiotróficos, patología raquimedular y neuroergonomía, cefalalgias y dolor neurógeno, enfermedades del ciclo sueño-vigilia, neurología general, neurocirugía.
6. La atención ambulatoria de rehabilitación de los enfermos neurológicos se realizará en esta área; la fisioterapia y el hospital de día se deberán situar en una zona específica de Rehabilitación.
7. La actividad de neurofisiología se desarrolla de tres formas: interconsultas, multidisciplinar e interdisciplinar. Se puede llevar a cabo en la unidad, en domicilio (telemetría, Holter), en cama de hospitalización y en quirófano.
8. En esta área se situarán los espacios necesarios para la «psiquiatría de enlace» del hospital.

Organización física

El área ambulatoria de neurociencias comprenderá las siguientes zonas (Tablas 15.1 y 15.2):

1. Acceso. Recepción, Información, Citación.
2. Zona de consultas.
3. Zona de personal.
4. Hospital de día médico (hospital polivalente).
5. Neurofisiología. Se situará en gabinetes centrales, con fácil acceso desde las demás consultas y desde la hospitalización.
6. Fisioterapia y hospital de día de rehabilitación en el Área de Rehabilitación.
7. CMA y hospital de día quirúrgico compartido.

TABLA 15.1 Organización física del área de neurociencias.

Zona	Unidad/recurso	Número	Observaciones
Acceso, recepción	Unidad administrativa	1	Mostrador y zona de trabajo Capacidad para dos personas atendiendo al público
	Sala de Espera General Aseos Públicos	1	Sala para 30 personas Según disposición otros locales

(Continúa)

TABLA 15.1 (Cont.).

Zona	Unidad/recurso	Número	Observaciones
Consultas externas			
• Trastornos del control motor			
• S.N. Periférico			
• Neurooncología			
• Enfermedad cerebrovascular			
• Epilepsia			
• Neuroinmunología y enfermedades desmielinizantes			
• Demencias y procesos funcionales y abiotróficos	Consultas	8	Polivalentes
• Raquimedular y neuroergonomía			
• Cefalalgias y unidad del sueño			
• Enfermedades del ciclo sueño-vigilia			
• Neurología general			
• Neuropsicología clínica			
• Neurocirugía	Consultas	2	
	Sala de curas	1	
	Sala de espera	3-4	Según disposición para 8 personas cada una
• Rehabilitación	Consulta	1	Fisioterapia en rehabilitación
• Psiquiatría de enlace	Sala de grupos	1	Para 12 personas
• Control de enfermería y otros apoyos	Mostrador de zona de trabajo	1	Organización de consultas por AE
Personal			
	Despachos	11	1 Coordinador
	– Neurología		3 JS
	– Neurocirugía		6 para 4 médicos cada uno
	– Psiquiatría		1 supervisora (en módulo de consulta)
	Área de secretaría	1	Para 3 personas
	Sala de reuniones/zona de trabajo biblioteca/residentes	2	Capacidad para 20 personas, que se puedan comunicar
	Sala de reuniones salud mental	1	Para 15 personas
	Vestuarios/aseos	1	Para 8-12 personas
CMA y hospital de día quirúrgico			
	Quirófanos		Compartido con polivalente
	Puestos hospital de día		
Hospital de día médico			
			En polivalente

(Continúa)

TABLA 15.1 (Cont.).

Zona	Unidad/recurso	Número	Observaciones
Resumen neurofisiología	EEF y vídeo EEG	3	
	Magnetoencefalografía	1	
	Polisomnografía	2	
	Cinesiología	1	
	Potenciales evocados visuales y auditivos	1	En zona de gabinetes centrales
	Potenciales evocados cognitivos	1	
	Electromiografía y electroneurografía	4	
	<i>Qeeg</i> y <i>mapping</i>	1	
	Percepción del dolor	1	
	Sistema nervioso autónomo		

TABLA 15.2 *Resumen del área de neurociencias.*

Consultas polivalentes	10
Rehabilitación	1
Psiquiatría de enlace	1
Salas de curas	1
Gabinetes de neurofisiología	15
Hospital de día médico	COMPARTIDO
CMA y hospital de día quirúrgico	COMPARTIDO
Despachos	14 (13 médicos, 1 enfermería)
Salas de reuniones	4

Gabinetes especiales de neurofisiología (Tablas 15.3 y 15.4)

1. El servicio de neurofisiología clínica realiza anualmente entre 6 500 y 7 500 exploraciones, con una cartera de servicios completa, siendo de referencia nacional en algunas técnicas (neurofisiología aplicada a la cirugía de los trastornos del movimiento, a la del suelo pélvico...).
2. El 25% de los pacientes provienen de hospitalización, el 61% de la modalidad ambulatoria y el 14% de otros hospitales.
3. La actividad de neurofisiología se desarrolla en su propia área, a domicilio (Holter, telemetría), en hospitalización y en quirófano.
4. Para la correcta ejecución de las diferentes técnicas se exigen condiciones que pueden ser muy diferentes:
 - Algunas utilizan sonido.
 - Otras requieren silencio.
 - Otras necesitan aislamiento ambiental o electromagnético.
 - Algunas necesitan actividad.

TABLA 15.3 Organización física de los gabinetes especiales de neurofisiología.

Zona	Unidad/recurso	Número	Observaciones
Acceso, recepción	Mostrador y área de trabajo	1	Para dos administrativos, con zona de archivo
	Sala de espera ambulantes	1	Independizar zona de niños
	Aseos	1	Incluye minusválidos
	Salas de espera hospitalizados	1	Para 3 camas, 3 sillas, con tomas de oxígeno y vacío...
Salas o laboratorios	EEF y vídeo EEG	3	Dos para adultos, una para niños, con zona de preparación. La iluminación debe cuidar fuentes de interferencias
	Magnetoencefalografía	1	Aislamiento absoluto de fuentes magnéticas (como la RM pero a la inversa)
	Polisomnografía	2	Una para adultos, una para niños. Aislada, posibilidad de oscuridad global, con antecámara
	Cinesiología	1	
	Potenciales evocados visuales y auditivos	1	Zona de preparación, el paciente debe adaptarse o acomodarse a la oscuridad y a la luz
	Potenciales evocados cognitivos	1	
	Electromiografías y electroneurografía	4	Aislamiento eléctrico
	Qeeg y mapping	1	Zona de preparación
	Percepción del dolor	1	Aislamiento relativo
	Sistema nervioso autónomo		
Área de enfermería y apoyos	Zona de trabajo	1	Con farmacia y fungible Abierto
	Almacenes	2	Lencería y equipos
	Oficio sucio y residuos	1	
	Oficio de limpieza	1	
Zona de personal	Despachos	3	Uno para el jefe de servicio, dos para 4 puestos cada uno
	Sala de reuniones/biblioteca y residentes	1	Para un máximo de 20 personas
	Vestuarios/aseos	2	Para 12-16 personas
Otras instalaciones	Habitaciones hospitalización general	2	Acondicionadas
	Quirófanos	1	Neurocirugía funcional Especial cuidado con interferencias

TABLA 15.4 *Resumen de recursos de neurofisiología.*

Gabinetes	15
Despachos	3
Sala de reuniones	1

- Son importantes las infraestructuras para las tecnologías de la información y la comunicación: emisión-recepción telemática desde las habitaciones, desde los quirófanos, desde otros centros o desde el departamento de imagen.

Como muestran las tablas, el programa funcional llega a establecer la dimensión de los diferentes recursos físicos de cada unidad y servicio del hospital, así como los criterios básicos para su organización y las características específicas de su localización espacial y de su funcionamiento interno.

El funcionamiento de los servicios se puede apreciar con esquemas de flujos como el que más adelante se expone (Fig. 15.9), del servicio de Urgencias del Hospital Son Llatzer (Palma de Mallorca, 1992), y que expresan de manera más o menos detallada los circuitos de los diferentes usuarios de las unidades.

Paul Nelson (1895-1975), uno de los primeros arquitectos que abordó con rigor el sector de la arquitectura hospitalaria y que colaboró intensamente con profesionales sanitarios, elaboró los primeros diagramas de flujos, como el que se muestra en la Figura 15.10 referido al bloque quirúrgico, diagramas que resultan especialmente importantes para realizar un diseño que respete lo esencial de las necesidades asistenciales en lo relativo a la organización de las circulaciones y a la funcionalidad interna de los servicios.

En el ámbito de la colaboración entre técnicos y profesionales sanitarios es de destacar asimismo el trabajo modélico desarrollado por Harold Laufman, cirujano de Nue-

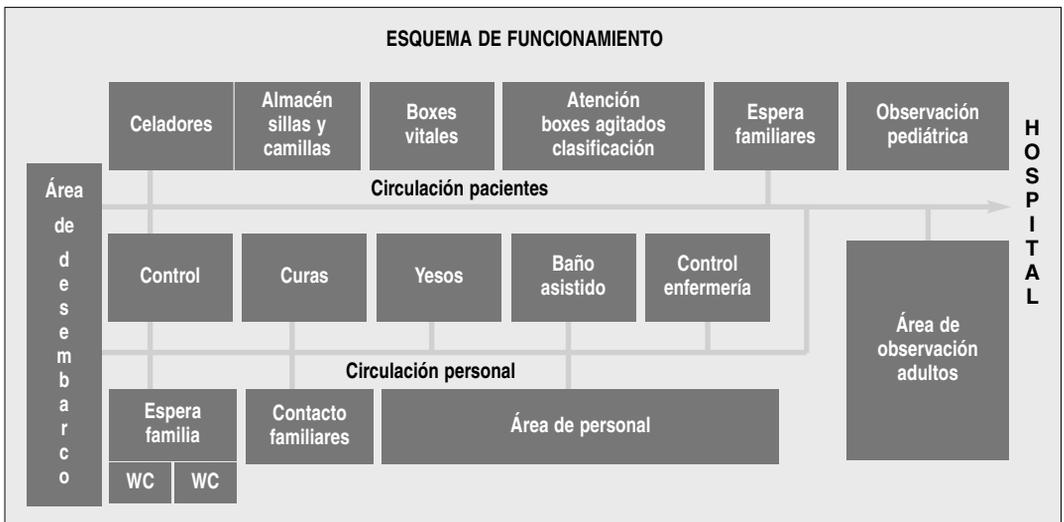


Figura 15.9. Esquema funcional del servicio de urgencias; Segundo Hospital de Palma de Mallorca (1992). INNSALUD.

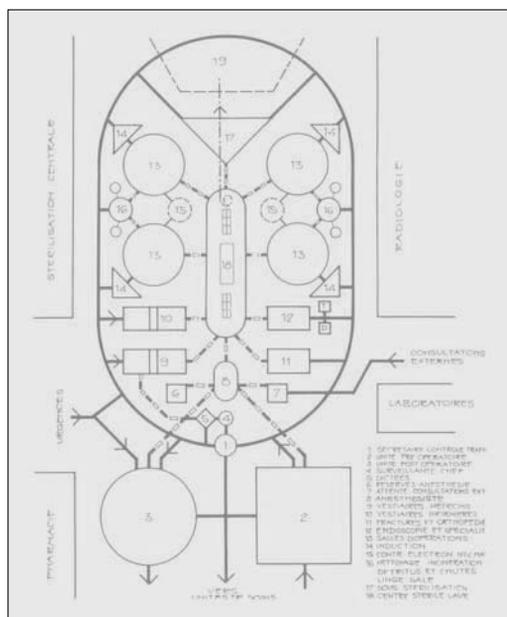


Figura 15.10. Diagrama funcional del bloque quirúrgico. Paul Nelson.

va York que en 1981 publicó una obra ya clásica, *Hospital Special-Care Facilities*, en colaboración con arquitectos, ingenieros y otros especialistas. En ella aunaba los criterios científicos con la funcionalidad de la arquitectura y las instalaciones, poniendo en cuestión determinados diseños que supuestamente resolvían problemas asistenciales o infecciones nosocomiales. En su obra introdujo también esquemas de funcionamiento de los diversos servicios asistenciales del hospital.

De entre los diagramas de funcionamiento de los servicios hospitalarios resultan especialmente interesantes los elaborados por el *National Health Service* en sus *Health Building Notes*, cuya referencia puede encontrarse en la Bibliografía. El diagrama de la Figura 15.11 forma parte de los que aparecen en la Guía de Cirugía Ambulatoria, y se refiere exclusivamente a los flujos de personal quirúrgico en la etapa preoperatoria.

Evidentemente, un diagrama de flujos se refiere a aspectos de organización y funcionamiento y no puede convertirse en el diseño final de un servicio, aunque éste debe tener en cuenta lo esencial de ese diagrama.

La participación del clínico en la fase de programación funcional es esencial, pero se extiende también a otras fases posteriores de la creación del espacio hospitalario, tales como la del diseño y equipamiento del hospital.

Criterios generales de organización y diseño de un hospital de agudos

Creemos que puede ser interesante introducir aquí, siquiera de forma escueta, una relación de los criterios de organización y funcionamiento, más allá de los específicos establecidos para cada servicio y unidad del hospital, que aseguren que éste no será una simple suma de partes, sino una organización integrada.

En primer lugar, existen unos criterios de carácter general, que afectan a las características globales del edificio, a su implantación en el terreno y a su relación con la ciudad y el territorio. Entre ellos figuran los siguientes:

- Buena relación con el entorno, con el lugar; orientaciones y vistas.
- Accesos diferenciados, adecuados y legibles, que garanticen unas dimensiones adecuadas para los diferentes usuarios y servicios (pacientes ambulantes, urgencias, ingresos, personal, rehabilitación, mortuorio, suministros, instalaciones), aspecto que rara vez se tiene suficientemente en cuenta. El hospital no es sólo el edificio, sino también su entorno inmediato.
- Zonas de aparcamiento asimismo diferenciadas (pacientes, personal, suministros, urgencias, rehabilitación...) y con dimensiones adecuadas en función de las características del transporte público (ferrocarril, metro, autobús) y de la localización del

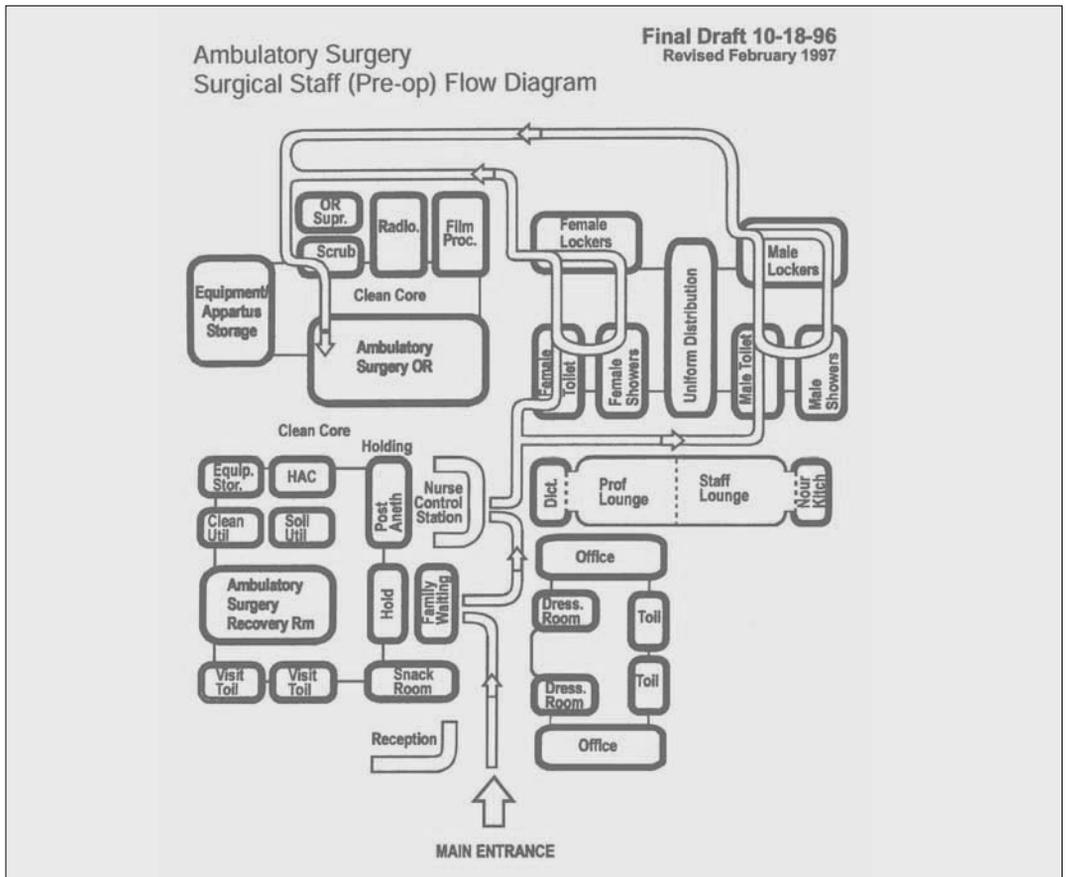


Figura 15.11. Diagrama de flujos del personal quirúrgico en una unidad de cirugía mayor ambulatoria (1996). *National Health Service*.

hospital (urbano o periurbano). Una reserva de aparcamiento insuficiente puede poner en cuestión la viabilidad de un hospital.

- Ámbitos específicos: pacientes externos, internos, profesionales, suministros e instalaciones, tanto por niveles como por la correspondiente segregación de circulaciones intrahospitalarias.
- Hospital horizontal frente a hospital vertical. Se trata de una discusión que en ocasiones resulta estéril, y que se encuentra influida por la escala del hospital, por la normativa básica de edificación (especialmente la de protección contra incendios) y por las características del lugar, de lo que se deduce, en definitiva, que en este caso tampoco resultan válidas recetas universales.
- El hospital de hoy debe ser lo suficientemente flexible para adaptarse a los cambios en las necesidades, no sólo mediante posibles ampliaciones, sino con espacios diseñados y ubicados de tal manera que puedan ser usados como ampliación interna de los servicios en los que los cambios sean más imprevisibles, sin necesidad de modificaciones importantes, sino recurriendo a la disposición y el diseño de espacios o unidades «blandas» cerca de otras con posibilidades de cambio.
- Adecuada integración de las instalaciones (con espacios y canales específicos) y la estructura portante.

- Las principales relaciones de proximidad entre unidades y servicios, que se expresaron mediante una matriz de relaciones en la fase de programación funcional y que el diseño del hospital debe concretar espacialmente.
- Las condiciones ambientales que, en general, deben garantizar la iluminación y la ventilación natural de todos los espacios y circulaciones (especialmente de aquellos en los que se desarrolla una actividad permanente), la seguridad, la privacidad, la confortabilidad, la ergonomía adaptada a cada uno de los usuarios del edificio (ancianos, niños, adultos, minusválidos temporales y permanentes, enfermos psiquiátricos, etc.) y el control acústico del espacio.
- El diseño también debe considerar especialmente las diferentes características espaciales de los locales del hospital, destinados a actividades muy diversas: la habitación del enfermo ingresado, el despacho, el box de urgencias, la consulta, el vestíbulo de acceso, el quirófano, la sala de radiodiagnóstico, el laboratorio, la capilla, el gimnasio, la piscina, el salón de actos, el aula, la central térmica, la cafetería... Los espacios son tan diversos y extensos que no se puede pretender que se resuelvan todos con la misma altura libre entre suelo y techo, algo habitual incluso en hospitales de reciente construcción.

Una guía del *National Health Service (Better by design, 1994)* establece otra serie de criterios generales de diseño, en lo que constituye una buena autocrítica a modelos rígidos desarrollados por él mismo (Harnes, Nucleus...) y a otras guías de programación y diseño que se ciñen sólo al aspecto mecanicista y geométrico, entendiendo lo funcional de una manera muy limitada (cuando sabemos, por ejemplo, que las condiciones de iluminación, la orientación, las vistas, resultan esenciales para los pacientes ingresados, especialmente aquellos ingresados en las unidades de cuidados intensivos).

En dicha publicación se establece que el diseño debe contemplar los siguientes criterios:

- La calidad del hospital se debe medir en términos de satisfacción de pacientes, personal y visitantes, y en los efectos de la organización y el diseño sobre la recuperación de los primeros.
- El diseño y el coste deben considerarse conjuntamente.
- El hospital bien diseñado:
 - Es funcionalmente correcto.
 - Resulta atractivo.
 - Mejora el lugar.
 - Ayuda a los pacientes a recuperarse más rápidamente.
 - Ayuda al personal a trabajar mejor.
 - Proporciona a los pacientes y personal un sentido de «propiedad», y un ambiente cálido y acogedor que ayuda a reducir las tensiones laborales del personal y las emocionales de los enfermos en momentos críticos de su existencia.
 - Reduce los costes de funcionamiento a largo plazo.
 - Mejora la imagen del servicio sanitario, es eficiente en su funcionamiento, flexible y duradero, y reflejan la visión y los valores del servicio sanitario.
 - Enriquece el entorno de la ciudad y del territorio en el que se asienta, sirviendo como motor de la actividad docente e investigadora y económica.

En cuanto a los criterios de organización y diseño de cada una de las grandes áreas que constituyen el hospital, se pueden establecer los siguientes:

Área ambulatoria

El área ambulatoria del hospital se está transformando de manera intensa. Desde las primeras consultas que en los hospitales monobloques estaban dentro de las unidades de enfermería, hasta el momento actual, pasando por las zonas bien delimitadas en las que las consultas eran edificios casi exentos del resto del hospital, se ha recorrido un largo camino.

El hospital de los próximos diez años atenderá a un número cada vez mayor de pacientes, la gran mayoría de los cuales no requerirá hospitalización durante más de un día. De esta manera, el área ambulatoria del hospital no sólo incorporará las consultas de los diversos especialistas, organizadas por materias afines, sino que en ella se integrarán los gabinetes de exploraciones funcionales (que también requieren comunicación con los enfermos hospitalizados), cada día más avanzados, los hospitales de día (médico, quirúrgico, oncológico, hematológico, hemodiálisis...), la cirugía mayor ambulatoria (incluso con un bloque quirúrgico específico) y otras unidades, como las de diagnóstico por imagen, en función de la dimensión del hospital.

El intenso ritmo de crecimiento de los servicios ambulatorios está haciendo que este área del hospital incluya también zonas complementarias de hospitalización a domicilio, extracción de muestras, farmacia ambulatoria, admisión, teleconsulta, atención al paciente y servicios auxiliares tales como cafeterías, tiendas, y otros, configurándose en realidad como la principal puerta de entrada al hospital.

Esa integración de recursos persigue una atención más eficiente al paciente mediante la consulta de alta resolución (que en la actualidad se realiza en parte en urgencias), de forma que ésta suponga una modificación drástica de la relación entre primera y sucesivas consultas.

Esta zona del hospital tenderá a convertirse en la que los profesionales prestan más intensamente sus servicios, de manera que atraerá hacia sí una serie de elementos de apoyo (despachos, unidades de docencia, etc.), así como las direcciones asistenciales del hospital.

La importancia cada vez mayor de esta área la configura como una de las áreas características del hospital de los próximos años. Dado el tipo de pacientes y usuarios de estos servicios, la accesibilidad física, urbanística y arquitectónica es un factor esencial del diseño del área ambulatoria.

Hospitalización

Las unidades de hospitalización, que tradicionalmente han conformado las distintas imágenes del hospital, representan una parte cada vez menor de las funciones de los hospitales de agudos. Su papel es periférico, y no central como era hasta hace relativamente poco; por tanto, la imagen global del hospital no depende ya del espacio destinado a sus camas.

Existen, sin embargo, cambios profundos, aún no excesivamente visibles en esta gran área del hospital (todavía representa alrededor del 25% de su superficie total). Así, es de destacar el progresivo incremento de las camas especiales, de cuidados intensivos y de cuidados intermedios, en relación con el número global de camas del hospital. Si a principios de la década de 1990 estas camas representaban en torno al 3% del total, hoy en día no resulta excesivo plantear, en hospitales de tercer nivel, una cifra cercana al 10%. Ello es consecuencia directa de la «ambulatorización» de los servicios, lo que muestra que las unidades del hospital no son compartimentos estanco tampoco en lo asistencial, sino que el movimiento de una de sus unidades afecta al resto de los servicios, algo que es característico de un sistema. En efecto, los pacien-

tes ingresados son aquellos que se encuentran en peores condiciones y, por tanto, requerirán en mayor medida unos cuidados especiales, lo que exigirá una mayor dotación de esos recursos.

Existe asimismo un debate apenas iniciado acerca de los cuidados intermedios y de las condiciones y características espaciales que deben tener estas unidades. La imagen futura del hospital no es tanto la del hospital sin camas (como se apuntaba hace unos años), sino con unas camas polivalentes dotadas de medios de telemetría y destinadas a cuidados intermedios e incluso intensivos.

Factores tales como la confortabilidad (que no se puede definir únicamente mediante el estándar del número de camas por habitación), los ambientes interno y externo, la orientación y las vistas o el carácter residencial, han pasado a formar parte de los criterios de diseño de estas áreas, sin olvidar otras variables asistenciales como las agrupaciones de unidades para alcanzar mejores rendimientos, el crecimiento de las áreas de control de enfermería y de apoyos y la adecuada relación con los servicios generales y de diagnóstico y tratamiento.

En otro epígrafe de este capítulo aludíamos a la revolución clínica que en su día supuso la necesidad de contar con una cama por paciente. Hoy en día, y sólo en España, se está planteando (exigiendo, tal vez más en el ámbito político que en el de las necesidades reales) la conveniencia de que todas las habitaciones sean de uso individual (eso sí, con la posibilidad de que todas puedan llegar a ser también dobles). Tal exigencia, si se lleva a la práctica, incrementará notablemente la superficie de las unidades de hospitalización, las distancias generales del hospital (recordemos que el hospital es un sistema), las necesidades de personal de enfermería y los costes de inversión, e irá en contra de la normativa de seguridad, y sobre todo en contra de las condiciones de aislamiento de muchos pacientes. No hay más que analizar cómo están alojados los pacientes ingresados en los hospitales europeos para caer en la cuenta de la inconveniencia de tal medida.

Servicios centrales de tratamiento y diagnóstico

Esta área del hospital se corresponde con el dominio clínico, el *plateau technique*, que sirve tanto a pacientes ambulantes como a los internados. Su lugar, por tanto, es central dentro de la configuración del hospital.

Por otra parte, es el área que concentra la tecnología para el diagnóstico y la terapia, y los conceptos tópicos de «flexible, abierto, modular» son aplicables a los diferentes servicios que la integran (bloque quirúrgico, diagnóstico por imagen, laboratorios, farmacia, radioterapia, etc.), no sólo por el desarrollo de la tecnología clínica, sino por los cambios organizativos del sistema y por las modificaciones en los procesos de atención al paciente.

La introducción de innovaciones tecnológicas en el campo de las telecomunicaciones, de la telemedicina, va a afectar decisivamente a la prestación sanitaria tanto fuera como dentro del hospital, posibilitando una descentralización de la tecnología de la imagen en función de las necesidades de atención al paciente y del volumen y escala del hospital. Así, en un gran hospital el servicio de diagnóstico por imagen estaría compuesto por diversas zonas (para pacientes ambulantes, ingresados, urgentes, pediátricos), todas ellas funcionando en red, y constituiría un único servicio también en relación con los recursos extrahospitalarios.

De hecho, el impacto de esas tecnologías ya está configurando un nuevo hospital, y permite una descentralización que afectará a otras unidades, como la de citación (la citación se hará de forma descentralizada en cada consulta pero con un sistema virtual de admisión basado en la historia clínica electrónica).

En definitiva, las tecnologías de la comunicación permiten configurar el hospital en red: el hospital se encuentra donde están sus pacientes y sus profesionales, de manera que resulta posible y deseable una mayor comunicación no presencial entre médico y paciente para información, entrega de resultados, revisiones, citación en consulta, etcétera.

En este sentido se está produciendo un hecho aparentemente chocante: en la década de 1980 los hospitales experimentaron la rápida incorporación de tecnología clínica de una forma descentralizada, en general por una falta de previsión y por la necesidad de los nuevos equipos, lo que generó múltiples disfuncionalidades que, en la mayoría de los casos, modificaron los flujos de pacientes y la ordenación general del hospital. Ello condujo, en los hospitales existentes y en los de nueva construcción, a plantear servicios bien delimitados, centralizados física y asistencialmente. En cambio, ahora resulta posible el funcionamiento en red de los servicios con independencia del lugar que ocupen los equipos.

Las relaciones funcionales entre cada uno de los servicios de esta área, así como con otras áreas vitales para el correcto funcionamiento de un hospital de enfermos agudos, establecen ciertos condicionamientos que deben resolverse siempre mediante una conexión directa (bien con proximidad física o bien mediante comunicaciones de voz, datos, imagen y muestras). La demanda de centralidad de estos servicios ha sido muy intensa, por lo que esta área resulta la más compleja dentro del hospital.

Así pues, la claridad estructural resulta esencial para que tanto el trabajador como el paciente puedan entender esas relaciones funcionales entre servicios, considerados siempre como confusos y laberínticos. Además, las leyes de transformación y ampliación deben estar incorporadas al diseño inicial.

La tendencia de los diseños recientes ha sido resolver los problemas que plantea esta área con soluciones horizontales (adaptadas al tamaño del hospital definido en el programa funcional y a su localización), lo que contrasta radicalmente con la experiencia sobre estas áreas en los hospitales puestos en funcionamiento durante la década de los años setenta.

Los criterios generales de diseño de los servicios centrales de diagnóstico y tratamiento hacen que, en general, éstos no resulten compatibles con estructuras más residenciales como las que corresponden a la hospitalización; por ello, la diferenciación entre estas áreas debe ser nítida.

Cada uno de los servicios que integran estos servicios centrales poseen unos requisitos específicos de circulación, flujos de usuarios, carácter de los diferentes espacios, etcétera, que deben expresarse en la fase de programación, puesto que se definen en función del modelo de atención al paciente, de los criterios organizativos, de la cultura de los profesionales, etcétera.

Docencia e investigación

La docencia y la investigación son funciones esenciales del hospital y se desarrollan de modo diverso en función del nivel del hospital. También se plantea un funcionamiento en red de estas actividades, no sólo interno sino hacia el exterior, de manera que el hospital se configure como un centro de gestión del conocimiento.

En cualquier caso, estas funciones se realizan en espacios comunes, esto es, compartidos con otras funciones clínicas, así como en espacios específicos (salón de actos, aulas, seminarios, biblioteca...) que pueden llegar a ser independientes de la actividad asistencial, aunque situados en el ámbito del hospital. Su localización y diseño dependerán en definitiva del peso que se haya dado a estas actividades.

Servicios generales y de apoyo a la asistencia

Dadas las características de las actividades que sirven de apoyo a la asistencia hospitalaria (alimentación, lencería, limpieza, residuos, logística, suministros y transporte intrahospitalario, seguridad, centrales de instalaciones, áreas técnicas de ingeniería y mantenimiento, etc.) y sus distintas economías de escala, estos servicios se plantean como independientes del «edificio» asistencial, e incluso externos al lugar en que se encuentra el hospital, sin entrar en consideraciones relativas al modelo de gestión de éste.

Por otra parte, muchos de los locales de estos servicios generales se consideran como de alto riesgo potencial en distintas normativas sobre edificación, lo que apoya la tendencia a la localización externa con respecto a las áreas en las que se encuentran los pacientes, sobre todo aquellos cuya movilidad es reducida.

En este sentido, el hospital también se concibe como abierto a los diferentes servicios que ofrece la ciudad y el territorio, sin incluir en su ámbito todos los apoyos no asistenciales que requiere para su funcionamiento.

En este campo se tiende a incorporar todas las innovaciones que en materia de gestión han adoptado muchas industrias que requieren logística. Así, por lo que se refiere a los suministros, algunos países cuentan con una central de compras virtual, que no requiere espacio de almacenamiento excesivo, ni siquiera fuera del hospital. Otros servicios tales como los de esterilización, con una normativa muy exigente, van a cuestionar muchas centrales de esterilización hospitalarias, en un momento en el que la producción de material estéril se considera un proceso industrial sobre el que existen ya en nuestro país experiencias fuera del hospital. Este cambio recuerda a lo que ocurrió con los servicios de lavandería, o a los necesarios cambios que se han planteado en gestión de residuos, que han llevado a restringir la función del hospital exclusivamente a la clasificación de esos residuos, que cada día es más exigente. Todo ello requerirá una mayor inversión en organización y gestión.

Evidentemente, los diferentes criterios de diseño de cada área, derivados de sus diferentes funciones, actividades y usuarios, implican diversos tratamientos, texturas, ambientes y soluciones técnicas. Cada área y cada servicio exige distintos niveles de flexibilidad y plantea condiciones ambientales específicas.

Los criterios de organización y diseño antes enunciados deben considerarse de carácter general y pueden verse afectados por el tamaño (desde el hospital local hasta el de tercer nivel de referencia regional) y por las características asistenciales del propio hospital.

Lugar y uso: arquitectura sanitaria en el siglo xx

El diseño de un hospital debe partir de la experiencia de la arquitectura.

Este principio de búsqueda resulta especialmente importante en el diseño de un hospital, por lo que éste tiene de gran máquina, de actividades especializadas y complejas que tienden a dominar la forma y que se han de equilibrar con una arquitectura de experiencias, pensada a la vez como lugar en el que se va a vivir en momentos que pueden resultar difíciles y que ha de tener además el grado de sensualidad y confortabilidad que contiene toda arquitectura, aquí de un modo más intenso si cabe.

La tensión entre el programa y el proyecto debe ser la estructura conceptual que debe sostener la búsqueda de una forma que llegue a ordenar e integrar las diversas variables (funcionales, sociales, económicas, técnicas; de paisaje, topografía, orientaciones, etc.) a las que el proyecto ha de dar respuesta.



Figura 15.12. Sanatorio de Paimio (1932). Alvar Aalto.

En una conferencia pronunciada en la Universidad de Yale en 1939, poco después de haber terminado el Sanatorio de Paimio (Fig. 15.12), Alvar Aalto afirmaba lo siguiente: *«El problema más importante para un arquitecto en cada proyecto es, naturalmente, el programa (...) Nunca tendréis un buen programa, o mejor dicho, si tenéis un programa como tal, vuestro primer trabajo será combatirlo. Creo que hoy nuestro problema es justamente ese tipo de programa: un programa al que combatir... El primer problema para el arquitecto es averiguar qué es lo que realmente está detrás del programa».*

La necesidad de contar antes de la redacción del proyecto con un programa funcional que defina las necesidades expresadas por la «institución hospital» no se pone en duda. La experiencia acumulada en estos últimos quince años nos ha servido para reflexionar sobre el alcance y el contenido que debería tener el programa funcional de un hospital cuyo diseño se ha encomendado a un equipo formado por numerosos colaboradores, y que, entre otras funciones, tenía la de desarrollar dicho programa así como el diseño y la construcción del hospital.

Esa reflexión conduce a afirmar que durante la fase de programación funcional los esfuerzos se deben dirigir hacia las cuestiones centrales, aquellas que definen el hospital y que muestran claramente lo que «está detrás del programa». En este sentido, el programa funcional debe incorporar siempre un capítulo en el que se defina el modelo del nuevo hospital y sus principales características para el momento en que entrará en funcionamiento. Éste no es el lugar para exponer las diferentes variables de cambio de una institución como el hospital, variables que lo están redefiniendo continuamente. Los elementos de cambio que afectan a esos programas se deben a los nuevos planteamientos expuestos en ese nuevo modelo del hospital, a la forma en que se ha considerado que debe prestarse la atención sanitaria, y a la manera como se va a desarrollar la docencia y la investigación en el hospital. Sin la definición del modelo resulta inviable desarrollar el programa funcional de cada una de sus grandes áreas ni el cálculo de sus recursos.

*«Si decimos que la música no es el instrumento, la arquitectura no es la caja»
(Juan Navarro Baldeweg: La habitación vacante, 1999).*

El programa funcional es tan sólo un instrumento, y de él no se deduce, por tanto, la arquitectura del nuevo hospital, que debe integrar lo físico y lo sensorial.

El programa funcional se ha de entender, pues, como un instrumento que ha de ser útil en dos planos complementarios: por un lado, para diseñar la organización de la asistencia sanitaria desde el momento actual hasta la puesta en funcionamiento del hospital, y por otro, para expresar las necesidades físicas, funcionales, derivadas de esa asistencia sanitaria, de manera que la arquitectura, en su componente de función social, incorpore esas necesidades expresadas en el programa, integrándolas con otras variables que resulta esencial considerar.

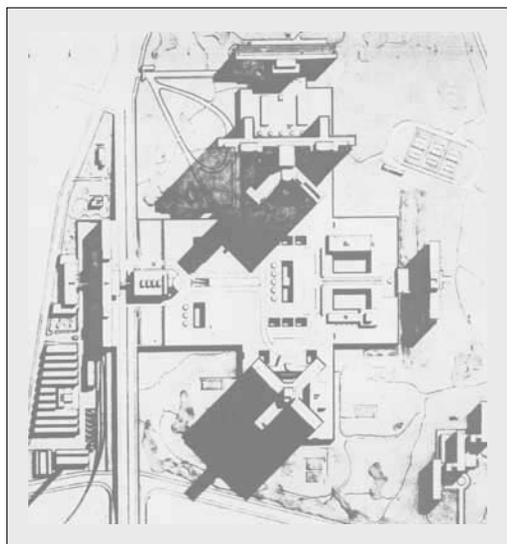


Figura 15.13. Proyecto del complejo hospitalario de Lille (1932). Paul Nelson.

empaquetadas, a modo de meras cajas que no son más que esquemas construidos del programa). La experiencia propia nos muestra que entre esos programas funcionales y la edificación resultante existe un espacio que corresponde al trabajo de incorporar todas esas variables que, en definitiva, generan la arquitectura. Por ello, durante la fase de redacción del programa funcional se debe insistir en la definición del modelo del hospital; en sus criterios de organización y funcionamiento; en el impacto que sobre su organización y dimensiones tienen variables tan importantes como las demandas de la población, su morbilidad, las tecnologías de la telecomunicación, las nuevas modalidades asistenciales, los modelos de gestión, etcétera.

Martin Price, en una conversación con Reima Pietilä, afirmaba que «...lo artístico resulta del modo poético, lírico, que puede resolver mejor y más naturalmente problemas funcionales al incluir la función de las sensaciones y las emociones de los humanos además de la función de los cuadros de superficies en metros cuadrados».

Hemos considerado los términos «función» y «funcional» en su sentido más amplio, sin limitarlos exclusivamente a las actividades, usuarios, demandas de locales y superficies necesarias, sino refiriéndolos también a las condiciones espaciales, ambientales, sensoriales, emocionales, tectónicas, cósmicas, arquitectó-

Un programa funcional nunca llegará a expresar los requisitos derivados del lugar, del paisaje, la topografía, las orientaciones, la tectónica y el modo en que las instalaciones deben ocupar su propio espacio en el hospital. Tampoco llegará a expresar totalmente los componentes más sensoriales que se relacionan con la forma del espacio en función de las actividades, la dirección de la luz, el recorrido óptico de un espacio, las condiciones ambientales, la relación con el entorno próximo y lejano, la relación que debe existir entre el exterior y el interior, etcétera.

Conociendo las limitaciones intrínsecas de todo programa, es dudoso que en él se llegue a plasmar una relación de los locales con sus superficies construidas, como hasta hace poco resultaba habitual (los programas expresan casi siempre esas superficies, pero nunca definen los volúmenes, lo que sirve de excusa añadida para las soluciones

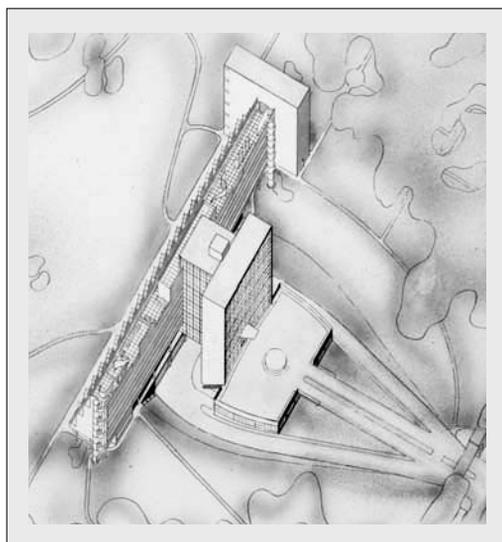


Figura 15.14. Prototipo de hospital de pequeña escala (1932). Paul Nelson.



Figura 15.15. Hospital francoamericano de Saint-Lô (1946–1956). Paul Nelson.

es decir, se empieza a pensar, a diseñar partiendo de la organización de los locales y no de la arquitectura del edificio. Es entonces cuando aparecen circulaciones indiferenciadas, inquietantes pasillos paralelos; falta de condiciones ambientales de los espacios, que no se ajustan a las actividades de cada servicio, de manera que para usos distintos se ofrecen soluciones de alturas idénticas, orientaciones indistintas, etcétera.

Además, esas «cajas» que parecen contener idealmente el programa, por su geometría, muestran menor flexibilidad para establecer las relaciones espaciales idóneas que el programa exige entre los diferentes servicios del hospital. Esas «cajas» funcionan como un corsé que obliga por otra parte (para que las cajas tengan el mismo tamaño), a asociaciones de usos, de servicios, inapropiadas.

Durante el siglo xx pocos arquitectos han tratado la institución hospital de una forma innovadora. Algunos de ellos como Richard Neutra, Alvar Aalto, Paul Nelson (Figs. 15.13, 15.14, 15.15 y 15.16) Le Corbusier (Figs. 15.17 y 15.18), Carlos Raúl Villanueva (Figs. 15.19 y 15.20), Joao Filgueiras Lima (Figs. 15.21 y 15.22), son buenos ejemplos, escasamente comprendidos, de buenos arquitectos de hospitales. Diseñar pensando en los usuarios, en los enfermos, por ejemplo en los hospitalizados, implica reflexionar sobre la especial manera de vivir el espacio de la habitación por parte de personas que habitualmente tienen la experiencia del espacio estando de pie y no en posición horizontal.

Así, el diseño deberá orientarse hacia las peculiares condiciones y exigencias de cada tipo de pacientes en función de su edad, de su sexo y de los servicios de los que son usuarios (consultas, urgencias, cuidados especiales, exploraciones funcionales, hospitalización, rehabilitación, etc.), contemplando las variables ambienta-

nicas. Un elemento tan fundamental para la arquitectura como la luz (Miguel Servet, el gran heterodoxo, definió la luz como «*la madre de las formas*») no es objeto de un programa funcional, como tampoco lo es la manera en que la arquitectura puede despertar la sensibilidad del hombre.

No entender lo que se esconde detrás de la compleja información que contiene el programa funcional de un hospital, de sus diferentes actividades y usuarios, y principalmente de las necesidades de los pacientes, está conduciendo cada vez más a respuestas de diseño simples, «encajonadas», a soluciones en las que el programa se «empaqueta»,

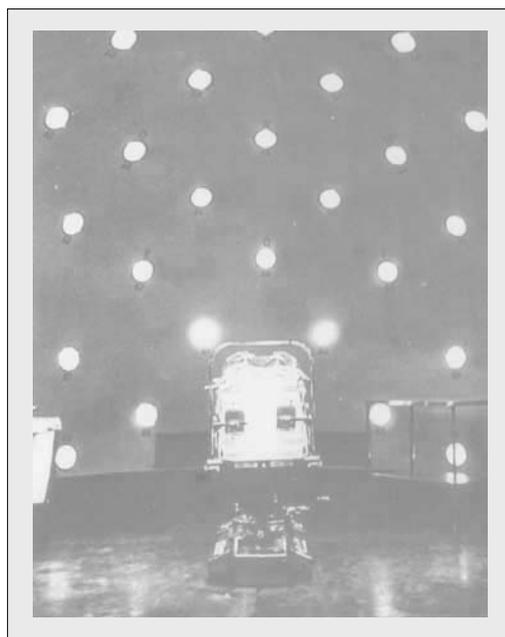


Figura 15.16. Quirófano del hospital francoamericano de Saint-Lô (1932). Paul Nelson.

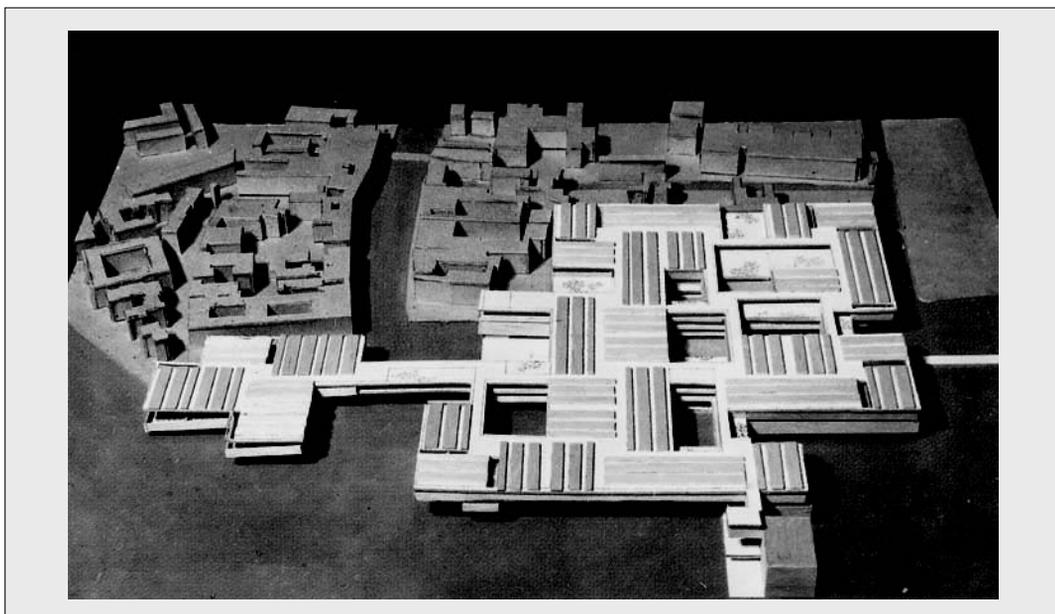


Figura 15.17. Maqueta del hospital de Venecia, primer proyecto (1964). Le Corbusier.

les (orientación, vistas, privacidad, iluminación, ventilación, seguridad, confortabilidad, etc), que no suelen quedar expresadas en los programas funcionales de forma tan sistemática como lo está la relación de locales de que se compone el hospital.

El hospital de agudos, sus actividades y sus funciones no pueden analizarse como si fuera un simple *puzzle* cuyas piezas es necesario encajar (empezando a resolver lo general desde lo particular), donde el todo es la mera suma de las partes. El inme-

diato efecto que este planteamiento entraña es el de la desconsideración formal del lugar, del emplazamiento, de su topografía, orientaciones, vistas, cualidades paisajísticas, de entorno y territoriales.

Es necesario, por tanto, recuperar la dimensión ordenadora de la forma, entender la idea estructurante que se esconde tras el programa del hospital para no caer en soluciones intercambiables que proporcionan detalles idénticos (diseños, formas, tectónicas, materiales) en situaciones diferentes y en lugares distintos, con una triste indiferencia ante el paisaje.

Esa estrategia del «empaquetado» es profundamente desconsiderada también con la función demasiado compleja e intensa como para dejarse introducir en una caja. El hospital, por su diversidad de contenidos, espacios y actividades, permite especialmente el desarrollo de una arquitectura inclusiva, abierta, compleja.



Figura 15.18. Planta de hospitalización del proyecto del hospital de Venecia, primer proyecto (1964). Le Corbusier.

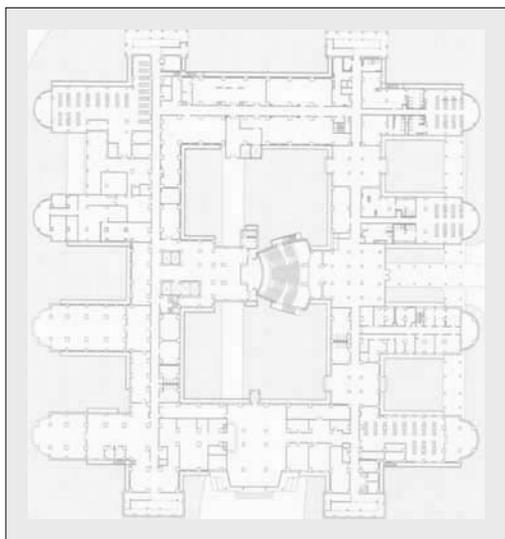


Figura 15.19. Hospital Clínico de la Universidad de Venezuela, planta (1945-1954). C.R. Villanueva.

Como señala L. Kahn (*Conversaciones con estudiantes*, 1998), la arquitectura es una búsqueda de la naturaleza de las cosas: «Nunca leo un programa literalmente. Es algo circunstancial. La cantidad de dinero de que dispongas o dónde localizarse, y las cosas que necesitas no tienen nada que ver con la naturaleza del problema. Así que buscas su naturaleza y luego lo confrontas con el programa. Mirad la naturaleza de algo, y veréis en el programa lo que queráis... Lo primero que se hace es reescribir el programa... Tu programa no significa nada por sí mismo, porque estás hablando de espacios... Invariablemente, se necesitan más espacios porque todos los programas los escriben no-arquitectos y están destinados a ser una copia de otra escuela o edificio. Si lo que quieres es un arquitecto, tendrás que hablar de espacios..., de espacios inspirados..., así que tendrás que reconsiderar las necesidades de la naturaleza del entorno que inspira la actividad de esa institu-

ción del hombre. Lo ves en una escuela o en un edificio de oficinas, o una iglesia, o una fábrica, o un hospital, instituciones del hombre.

El hospital es una institución histórica del hombre con un fuerte contenido social, de comunidad, sometida a importantes cambios en todas las épocas y especialmente en ésta. Tanto en el programa funcional, donde se ha subrayado la decisiva participación del médico, como en el necesario salto hacia la arquitectura, estamos entendiendo *confortar* en su sentido etimológico: «dar vigor, espíritu y fuerza; animar, alentar, consolar al afligido», algo más que una mera comodidad.

En la obra citada, L. Kahn decía «...Podría haber una galería en vez de un pasillo. La galería es realmente el aula de los estudiantes...». Ambos elementos sirven para comunicar, para conectar, pero lo hacen de manera esencialmente distinta. En



Figura 15.20. Hospital Clínico de la Universidad de Venezuela, vista (1944-1954). C.R. Villanueva.

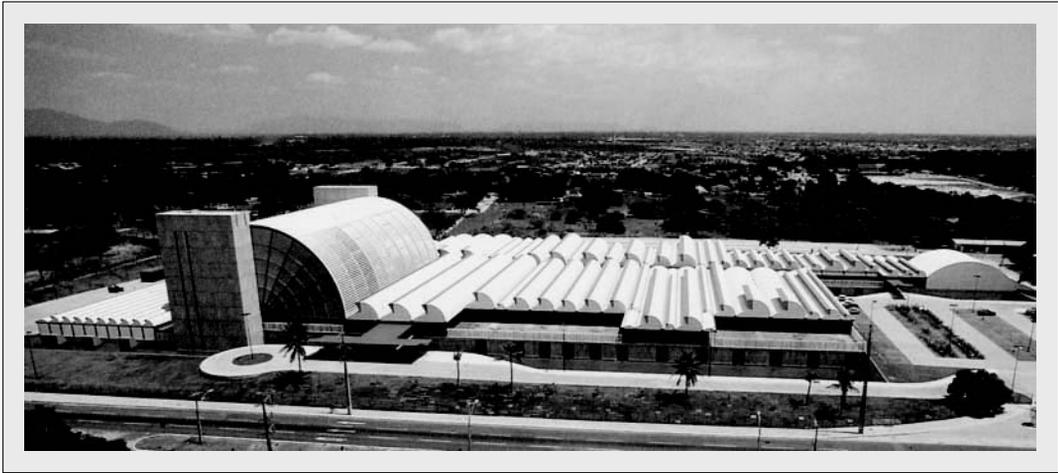


Figura 15.21. Hospital del aparato locomotor Sarah Kubitschek, Fortaleza, Brasil (1991). Joao Filgueiras Lima, Lelé.

ocasiones, un pasillo más o menos ancho resulta insuficiente y puede ser más apropiado un volumen mayor que relacione niveles, que permita una complejidad en las relaciones sociales y laborales infinitamente mayor, generándose un núcleo de actividad no previsto en el programa y que, sin embargo, puede resultar decisivo para el funcionamiento del hospital. De esta manera, el proyecto aporta habitaciones «sin nombre», como los vestíbulos de entrada, o esas galerías que pueden conectar diferentes niveles, en las que son posibles usos no previstos inicialmente en el programa funcional, que únicamente tiende a expresar las necesidades de espacios, las unidades elementales para el funcionamiento (en este caso asistencial, docente e investigador del hospital), sin pararse a desarrollar espacios para el encuentro y para la transmisión de información y de conocimiento.

Kahn insiste en que *«nadie debería tomar el programa y simplemente dárselo al cliente como si estuviera rellenando una receta médica»*.

La valoración de esos espacios residuales, sin una función inicial aparente, no expresados en el programa funcional, es también el objeto de la arquitectura, al igual que las instalaciones y la estructura presentes en el proyecto desde su fase inicial, con espacios propios y consideradas entre la discreción y la accesibilidad, mediante un orden general y una previsión de espacios (en cubiertas, cámara sanitaria, fachadas), que garantice el funcionamiento futuro del hospital.

Un edificio está en un lugar y crea al mismo tiempo un lugar. El olvido de este hecho, el ver el edificio únicamente como un resultado inmediato del programa funcional, supone ignorar qué es la arquitectura. El



Figura 15.22. Unidad de enfermería del hospital del aparato locomotor Sarah Kubitschek, Salvador B.A., Brasil (1991). Joao Filgueiras Lima, Lelé.



Figura 15.23. Hospital de Manacor, vista aérea (1995). Ángel Fernández Alba.



Figura 15.24. Hospital de Manacor (1995), vista parcial de la cubierta del bloque quirúrgico. Ángel Fernández Alba.



Figura 15.25. Hospital de Manacor, vista interior de patio (1995). Ángel Fernández Alba.



Figura 15.26. Hospital de Ciudad Real, maqueta (en construcción). Ángel Fernández Alba.

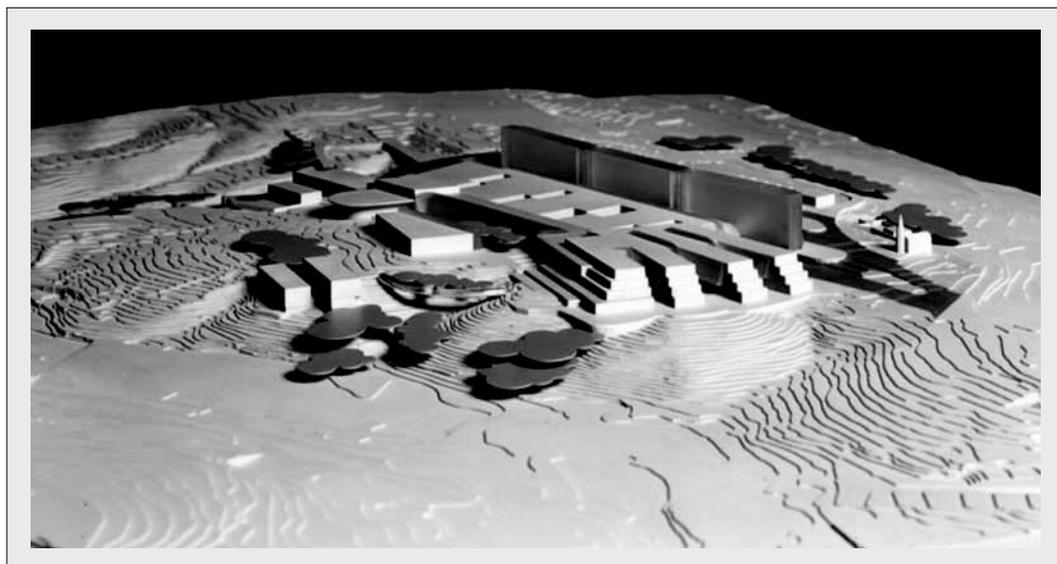


Figura 15.27. Nuevo Hospital Central de Asturias. Maqueta de anteproyecto (2003). Juan Navarro Baldeweg y Ángel Fernández Alba.

hospital debe estar en el lugar como lo está una planta bien aclimatada, de tal manera que se le eche en falta si desaparece.

Por otra parte, en un edificio complejo y grande como un hospital, la escala humana resulta necesaria para apropiarse de él. Además, el hospital debe contar con elementos de sorpresa, con un entorno y un ambiente pensados para el paciente y los profesionales sanitarios, que contribuya a la armonía, a la calma, mediante la luz, las vistas, el paisaje y las relaciones entre el espacio interior y el exterior.

España cuenta con pocos ejemplos de hospitales con buena arquitectura, en los que se expresen de forma efectiva los conceptos anteriores. Destacan entre ellos los edificios proyectados por Ángel Fernández Alba (Figs. 15.23, 15.24, 15.25 y 15.26), que actualmente está colaborando con Juan Navarro Baldeweg en el proyecto del nuevo Hospital Universitario Central de Asturias (Figs. 15.27 y 15.28).

Para concluir, recordemos las palabras de G. Asplund, otro maestro de la arquitectura: *«Todo debe ser forjado y cincelado hasta que sobresalga una forma fuerte y clara, en que intención y forma no se distingan una de otra»*.



Figura 15.28. Nuevo Hospital Central de Asturias. Plano de situación (2003). Juan Navarro Baldeweg y Ángel Fernández Alba.

BIBLIOGRAFÍA

- A and V. Monografías de Arquitectura y Vivienda n.º 49 *Salud Nacional*. Madrid, 1994.
- «Alvar Aalto; *the complete work*». Verlag für Architektur Attemis Zurich und München, 1990.
- ARQUITECTURA n.º 19. *Los hospitales en España*. Colegio de Arquitectos de Madrid, 1960.
- AYUNTAMIENTO DE BARCELONA. Ordenació Urbanística dels equipaments hospitalaris de Barcelona. Barcelona, 1989.
- AZCONA S. *Residencias Sanitarias*. Madrid, Editorial Plenitud, 1954.
- BINET JL. *Les architectes de la médecine*. Les Éditions de L'Imprimeur, 1996.
- BUSH-BROWN. *Hospitable Design for Healthcare and Senior Communities*. Nueva York, Van Nostrand Reinhold, 1992.
- BUTLER C, ERDMAN A. *Hospital Planning*. Nueva York, F.W. Dodge Corporation, 1946.
- CAPITEL A. *Ángel Fernández Alba del XX al XXI*. Madrid, Arquitectura COAM número 325, 2001.
- CONSEJERÍA DE SALUD Y SERVICIOS SANITARIOS DE LA JUNTA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS. *Plan Funcional del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA)*. Oviedo, 2003.
- COX AY, GROVES P. *Design for Health Care*. Londres, Butterworth, 1981.
- DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY. *Health Buildings Evaluation Manual*. Londres, 1985.
- DREXLER A, HINES TS. *The architecture of Richard Neutra*. Los Ángeles, The Museum of Modern Art, 1982.
- F. W. DODGE CORPORATION. *Hospital, Clinics and Health centers. An architectural record book*. Nueva York, Library of Congress, 1960.
- FERMAND C. Les hôpitaux et les cliniques (architectures de la santé). París, Grupo Moniteur, 1999.
- FOUCAULT M. El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada clínica México, Siglo XXI, 1966.
- FOUCAULT M, KRIEGL BB, THALAMY A, BEGUIN F, FORTIER B. *Les machines à guérir (aux origines de l'hôpital moderne)*. Bruselas, Edit. Pierre Mardaga, 1979.
- GAINSBOROUGH H, GAINSBOROUGH J. *Principles of hospital design*. Londres, The Architectural Press, 1964.
- GARAY E. Los hospitales en los Estados Unidos. Notas de un viaje de estudio. Madrid, Instituto Nacional de Previsión, 1947.
- GENERALITAT DE CATALUNYA. Arquitectura sanitària i de serveis socials a Catalunya. Barcelona, 1987.
- GIL I, NEBOT L. *40 años de arquitectura hospitalaria*. 16 ediciones S.L. Pamplona, 1998.
- GONZÁLEZ DE PABLO A, MARTÍNEZ PÉREZ J. *Historia de los hospitales* Revista Madrid, El Médico (fascículos).
- GRANSHAW L, PORTER R. *The hospital in history*. Routledge, 1990.
- GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN BIBLIOTECAS DE CIENCIAS DE LA SALUD. *Las bibliotecas de ciencias de la salud en España: situación actual y propuesta de futuro*. Madrid, Instituto de Salud Carlos III, 1998.
- HARDY OWEN B, LAMMERS LAWRENCW P. *Hospitals: the planning and design process*. An Aspen Publication, 1986.
- HEALTH FACILITIES REVIEW 1990-2002. The American Institute of Architects Press. Washington.
- HEALTH AND WELFARE CANADA. *Guidelines for establishing standards for special services in hospitals*. Guías por unidades y servicios. Diversas fechas.
- HEALTH AND WELFARE CANADA. *Interior finishes in Hospital Design*. Canada, 1988.
- HEALTH AND WELFARE CANADA. *Interstitial space in health facilities*. Canada, 1979.
- HEALTH AND WELFARE CANADA. *Evaluation and space programming methodologies*. Canada, Health Services and Promotion Branch, 1986.
- HÔPITAL AND URBANISME. Actas del Coloquio Internacional de Lyon. 1994.
- IMSS. Instituto Mexicano del Seguro Social: *Hospital General Regional n. 1 Gabriel Mancera*. IMSS, México D.F., 1997.
- IMSS. Instituto Mexicano del Seguro Social: *Hospital Regional de Especialidades n.º 34. Monterrey, Nuevo León*. México D.F., IMSS, 1988.
- INSALUD. Programa funcional del segundo hospital de Palma de Mallorca. Madrid, INSALUD, 1991.
- INSALUD. *Hospital de Alcorcón*. Madrid, INSALUD, 1998.
- INSALUD. *Planes Directores de Hospitales*. Madrid, INSALUD, 1989.
- INSALUD. Programa funcional del hospital de Tomelloso. Madrid, INSALUD, 2001.
- INSTITUTO LINA BO E P. M. Bardí. *Filgueiras Lima, J. Lelé*. Lisboa, Editorial Blau, 2000.
- INSTITUTO UNIVERSITARIO DI ARCHITETTURA DI VENEZIA. *H VEN LC Hôpital de Venise Le Corbusier 1963-1970*. Fundación Le Corbusier, París y Archivo de Proyectos de Venecia, 1999.
- ISASI JUSTO, PANIAGUA JL, PIELTAIN A. *Hospitales: la Arquitectura del Insalud*. Madrid, INSALUD, 2000.
- PAUL JAMES W, TATTON-BROWN W. *Hospitals: Design and development*. Londres, The Architectural Press, 1986.
- JAMES P, NOAKES T. *Hospital Architecture* Essex, Logman Group, 1994.
- JIIHA, JAPAN INSTITUTE OF HOSPITAL ARCHITECTURE, *Hospital Architecture in Japan*. Tokyo, JIIHA, 1991.
- JOLLY D. *L'hôpital au xxi^e siècle*. París, Assistance. Hôpitaux de París, 1988.
- JOURNAL OF HEALTHCARE DESIGN. Vol. I, II, III, IV, V y VI. USA, 1989-1994.
- KAHN L. *Conversaciones con estudiantes*. Nueva York, Rice University School of Architecture/Princeton Architecture Press, 1998.
- KRANKENHÄUSER IN BERLIN. Bauten und Projekte der 80^{er} Jahre. Berlin, Gebr. Mann Verlag, 1989.
- KUHN FO. Gebäude für heil und sonstige wohlfahrt-sanstalten: krankenhäuser. Stuttgart, Arnold Bedrgstrasser, 1903.
- L'ARCHITECTURE D'AUJOURD'HUI, n.º 84: «Santé publique». 1959.
- L'ARCHITECTURE D'AUJOURD'HUI, n.º 150: «Santé publique». 1970.
- L'ARCHITECTURE D'AUJOURD'HUI, n.º 214: *Santé*. 1981.
- L'ARCHITECTURE D'AUJOURD'HUI, n.º 256: «Santé». 1988.
- LABASSE J. *La ciudad y el hospital. Geografía hospitalaria*. Madrid, Instituto de Estudios de Administración Local, 1982.

- LABRYGA F. Instalaciones sanitarias modernas: proceso de planificación y diseño, hospitales generales, hospitales especiales, centro de rehabilitación. Barcelona, Gustavo Gili, 1975.
- LAÍN ENTRALGO P. *Historia de la medicina*. Barcelona, Salvat Editores, 1970.
- LAUFMAN H. Hospital special-care facilities. Planning for user needs. Nueva York, Academic Press, 1981.
- LEISTIKOW D. *Ten Centuries of european hospital architecture*. CH Boehringer. Ingelheim am Rhein, 1967.
- MALKIN J. *Hospital interior architecture*. Nueva York, Van Nostrand Reinhold, 1992.
- MALKIN J. *Medical and dental space planning for the 1990s*. Nueva York, Van Nostrand-Reinhold, 1990.
- McLOUGHLIN. *Planificación urbana y regional: un enfoque de sistemas*. Madrid, Instituto de Estudios de la Administración Local. 1971.
- McKEE M, HEALY J. *Hospitals in a changing Europe*. Philadelphia, WHO. European Observatory on Health Care System series. Open University Press. Buckingham, 2002.
- MINISTERIO DE FOMENTO. Norma Básica de la Edificación de Condiciones de Protección contra Incendios: NBE-CPI / 96. Madrid, 1997.
- MINISTERIO DE FOMENTO. *Ignacio Gardella (1905-1999)*. Electa España. 1999.
- MINISTERIO DE LA GOBERNACIÓN. *La Sanidad en la República. Dos años de gestión*. Madrid, Imprenta Gráfica Universal, 1933.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. *Criterios de ordenación de recursos*. Madrid, 1996.
- MINISTRY OF HEALTH. Ontario: Hospital Planning Manual. A Guide to the Programming an Planning of Construction Projects. Ontario, 1978.
- MONLAU PF. *Elementos de Higiene Pública*. Madrid, Ministerio de Fomento, 1871.
- MORETTI B. *Ospedale*. Milán, Ulrico Hoepli Editore, 1935.
- MOSTAEDI A. New Health Facilities. Architectural design. 2001.
- MUÑOZ MT. *Hospital de Manacor*. Madrid, Editorial Munilla, 1999.
- MORAN R, ANDERSON R, PAOLI P. *Building for people in hospitals: workers and consumers*. Dublin, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1990.
- NATIONAL HEALTH SERVICE. *Health Building Notes*. (Véase Guías de Programación y Diseño de Unidades Funcionales, varios años). Londres, NHS Estates: An Executive Agency of the Department of Health, HMSO.
- NIGHTINGALE F. *Notes on Hospitals*. Londres, Longman, 1863.
- NIGHTINGALE F. *Notes on Nursing: What it is and what it is not*. Londres, Harrison and Son, 1859.
- NELSON P. *Cité Hospitalière de Lille*. París, Edt. Cahiers d'Art, 1933.
- PANIAGUA CAPARRÓS JL. *Programamazione e progettazioni ospedaliere in Spagna*. Milán, Rev. Progettare per la Sanità n. 57. CNETO, 2000.
- PANIAGUA CAPARRÓS JL. *L'ospedale locale: design e programma*. Milán, Rev. Progettare per la Sanità n.º 63. CNETO, 2000.
- PETRILLI AMADEO. Il testamento di le Corbusier. Il progetto per l'ospedale di Venezia. Venecia, Marsilio Editori. 1999.
- PEVSNER N. *Historia de las Tipologías Arquitectónicas*. Barcelona, Gustavo Gili. 1979.
- PIERARD R, POUILLARD A. *L'architecture hospitalière au XIXe siècle*. París, L'exemple parisien. Musée D'Orsay, 1988.
- PINEAULT R, DAVELLY C. La planificación sanitaria. Conceptos. Métodos. Estrategias. Ed. Masson, 1990.
- PRODI FR, STOCCHETTI A. *L'Architettura dell'Ospedale*. Florencia, Alinea Editrice. 1990.
- RASSMUSEN, REA J, FROMMELT J, MACCOUN MD. *La construcción de un hospital*. Chicago, American Hospital Association, 1978.
- RILEY T, ABRAM J. *The filter or Reason: Work of Paul Nelson*. Nueva York, Rizzoli/cba, 1990.
- ROSENFELD I. *Hospital Architecture and beyond*. Nueva York, 1969.
- SERVICIO NAVARRO DE SALUD-OSASUNBINDEA. *Arquitectura para la salud en Navarra*. Pamplona, SNS, 1991.
- STONE PETER. British hospital and health-care buildings (design and appraisals). Londres. The Architectural Press, 1980.
- THE AMERICAN INSTITUTE OF ARCHITECTS. *Determining Hospital Space Requirements*. Los Ángeles, California, 1984.
- THE AMERICAN INSTITUTE OF ARCHITECTS. Hospital and Health Care Facilities: Guidelines for design and construction 1996-97. Washington, AIA, 1998.
- THE ARCHITECTURAL REVIEW, n.º 756. 1961.
- THE ARCHITECTURAL REVIEW, n.º 791: *Hospitals*. 1963.
- THE ARCHITECTURAL REVIEW, n.º 820: *Health and hospitals*. 1965.
- THE ARCHITECTURAL REVIEW, n.º 1096: *Architecture of caring*. 1988.
- THE ARCHITECTURAL REVIEW, n.º 1096: *Healthcare*. 2002.
- THOMPSON JD, GOLDIN G. *The Hospital: a Social and Architectural History*. Londres, New Haven and London Yale University Press, 1975.
- THORWALD J. *El triunfo de la cirugía*. Barcelona, Ediciones Destino, 1999.
- TODO HOSPITAL n.º 86. *Plan Funcional para Hospitales*. Barcelona, mayo 1992.
- VENTURI R. *Complejidad y contradicción en la arquitectura*. Nueva York, The Museum of Modern Art, 1966.
- VILLANUEVA CR. Ed. Tanais Arquitectura. Serie Maestros Latinoamericanos de la Arquitectura. Sevilla, 2000.
- WHEELER ET. *Diseño funcional y organización de hospitales*. Madrid, Instituto de Estudios de la Administración Local, 1976.
- WORLD HEALTH ORTGANIZATION. *The European Health Report 2002*. Dinamarca, WHO regional publications, European series n. 97, 2002.
- ZAVALA, LAFORA J. *La evolución de las ideas para la construcción de los hospitales. El hospital en bloque*. Madrid, Instituto Nacional de Previsión (INP), Gráficas Voluntad, 1947.

SECCIÓN

III

El papel estratégico de la comunicación en la gestión clínica

Capítulo 16 La comunicación interpersonal

Capítulo 17 La comunicación en la gestión de las unidades clínicas

CAPÍTULO 16

La comunicación interpersonal

Mariana Segura Gálvez

Introducción ■

Elementos comunicativos identificables en las tareas de gestión de unidades clínicas ■

¿Qué enfoque es el más correcto en el estudio de la comunicación entre personas? ■

La comunicación: definición, objetivos y componentes ■

Definición

Objetivos de la comunicación

Dimensiones de la comunicación: lenguaje, emoción y ejercicio del poder

El lenguaje ■

Las funciones del lenguaje

Los niveles del lenguaje

Los tipos de lenguaje

Elementos paraverbales y no verbales del lenguaje

La escucha

Las emociones ■

¿Qué son las emociones?

Hechos o situaciones que provocan emociones

Respuesta de alteración biológica

Significado de la experiencia emocional

Acciones para las que preparan las emociones

Autoafirmación y persuasión ■

Autoafirmación

Persuasión y poder

Bibliografía ■

Introducción

Al abordar este capítulo es posible que el lector se plantee una serie de cuestiones que es conveniente aclarar antes de adentrarnos en la materia. Algunas de estas cuestiones podrían ser:

1. ¿Por qué se trata un tema de esta naturaleza en un libro como éste?
2. ¿A qué nos referimos cuando hablamos de comunicación en el contexto de la práctica sanitaria, y más específicamente en el marco de la gestión de las unidades o servicios clínicos?
3. ¿Cuál es el tratamiento o enfoque correcto para abordar la comunicación?

Vamos a tratar de dar respuesta a cada una de estas preguntas, de forma que cuando el lector avance en el contenido del capítulo, lo haga con unos conceptos claros, que le permitan extraer la mayor utilidad para su práctica diaria como responsable de un servicio.

No es frecuente encontrar obras que traten asuntos tan aparentemente dispares e inconexos como la gestión, las nuevas tecnologías, la calidad, la comunicación, etcétera. Sin embargo, el enfoque aquí adaptado se propone el reto de analizar la tarea de los jefes de sección o servicio aludiendo a todos aquellos aspectos que, desde cualquier ámbito, afectan a dicha labor.

Un enfoque como este, mucho más integrador y coherente con la naturaleza del entorno y las tareas analizadas, supera la «separación» académica de disciplinas o áreas de conocimiento supuestamente independientes y estancas, para afrontar su objeto de estudio en toda su complejidad.

La inclusión de un capítulo dedicado a la comunicación entre las personas es algo arriesgado y novedoso, no sólo porque es poco frecuente que este tema se incluya en estudios sobre la gestión sanitaria, sino también, como comprobará el lector más adelante, por el tratamiento de que será objeto.

El hecho de que la práctica médica y el funcionamiento de las organizaciones en las que se enmarca se base en personas que se relacionan entre sí y llevan a cabo sus funciones a través de la comunicación, es una *obviedad* que, sin embargo, como sucede frecuentemente, debe ser recordada, o incluso demostrada, ante quienes acostumbran a percibir el ejercicio de la medicina desde otros puntos de vista.

Uno de los puntos de vista imperantes hasta hace poco tiempo es el que considera la atención médica como la «*aplicación de conocimientos y técnicas*», entre los que, por supuesto, no se encuentran los relativos al *conocimiento mutuo, trato interpersonal y comunicación efectiva*.

La comunicación interpersonal ha sido considerada tradicionalmente, como expon-dremos más adelante, un «arte» o «talante personal» del que cabe esperar buenos resultados, pero respecto al cual no puede hacerse nada serio con el objetivo deliberado de incrementar sus efectos positivos o de disminuir sus (costosos) errores.

Afortunadamente, como en tantos otros aspectos, también en la sanidad «los tiempos están cambiando», como lo prueba esta obra y como también comprobamos en los numerosos cursos y seminarios impartidos a personal sanitario sobre estos temas.

Para ilustrar esos nuevos aires que ponen de manifiesto la importancia de la *comunicación* y su carácter de *componente central* en la práctica y la gestión clínica, citaremos un documento reciente de indudable solvencia.

En la guía editada por el *General Medical Council* (GMC) acerca de la *Buena Práctica Médica* en julio de 1998, la definición inicial con la que se acotan los límites de esa buena práctica médica alude a tres puntos:

- Competencia profesional.
- Buena relación con pacientes y compañeros.
- Observancia de las obligaciones ético-profesionales.

Si tenemos en cuenta que en el caso de la actividad del jefe de servicio, el velar por la *competencia profesional de su equipo clínico* (actualización de conocimientos, seguimiento de prácticas y protocolos, concentración y dedicación al trabajo, etc.) *pasa por el eficiente uso de recursos comunicativos* (como la asignación de tareas, la crítica o la persuasión para motivar y dirigir hacia ciertas formas de acción), comprenderemos que de las tres recomendaciones del GMC, dos tienen como elemento central la comunicación entre personas, y la otra añade el componente ético, que pone límites y da valor a todos y cada uno de los «encuentros comunicativos».

Además, si leemos con detenimiento los 47 puntos que especifican las formas correctas de ejercer la práctica médica, encontramos que explícitamente se mencionan términos como «hacerse con información correcta», «mantener bien informados», «responder a quejas y críticas», «desarrollar habilidades de profesor competente», «explicar a los pacientes», «comprobar la comprensión por parte del paciente», «establecer relaciones de confianza», etcétera, todos ellos claramente integrados en lo que podríamos llamar «buena práctica comunicativa».

De una u otra forma, se alude a aspectos comunicativos en 31 de los 47 puntos de esta guía de buena práctica médica.

No es arriesgado afirmar que si se hiciera una guía para *la buena gestión de unidades clínicas* (este libro, en realidad, pretende contribuir a ello), los aspectos comunicativos representarían una proporción aún mayor de sus puntos fundamentales.

Elementos comunicativos identificables en las tareas de gestión de unidades clínicas

Al igual que en la práctica diaria de un médico son muchas las situaciones o tareas que implican el manejo de recursos comunicativos, en el caso del trabajo directivo o de gestión pueden reconocerse otras muchas, algunas de las cuales son comunes al que-hacer clínico, y otras, en cambio, claramente diferentes.

Ateniéndonos a los datos recogidos sobre *la función de los jefes de servicio*, la actividad del gestor o jefe de servicio reúne funciones tales como:

- Planificación.
- Gestión de objetivos.
- **Control del servicio.**
- **Comunicación.**
- Toma de decisiones.
- **Delegación.**
- **Gestión de recursos humanos: motivación e incentivos, evaluación de capacidades.**
- **Formación.**
- **Docencia** e investigación.

Si sumamos las *funciones que*, de manera directa o indirecta, *implican el uso de recursos comunicativos* (las que hemos señalado en negrita), encontramos que *la mayor parte del tiempo (entre un 60% y un 80%) que un jefe de servicio dedica a su trabajo, está ocupada por acciones mediadas por el intercambio de información, el trato o la influencia en otros.*

Es evidente que la actividad directiva es una actividad de dirección y control de las conductas de otros, y que, como tal, basa su eficacia en la adecuada gestión de recursos informativos, persuasivos y de autoridad y control; todos ellos, son medios comunicativos de gran complejidad y también de gran impacto cuando son puestos al servicio de objetivos adecuados en el marco de las organizaciones.

Al igual que un buen director de orquesta persigue, mediante un sofisticado y preciso uso de señales gestuales, la integración armónica y el mejor desempeño posible de cada uno de sus músicos, un buen jefe de servicio debe manejar un *sistema comunicativo que logre, por una parte, una identidad reconocible para su servicio, como grupo humano que trabaja en común, y por otra, la atención y el trato diferenciado que cada una de las personas del servicio requiere.*

Haciendo uso, de nuevo, del estudio sobre la función de los jefes de servicio, vemos que:

- Disponen de un *grado de autonomía alto o muy alto*, según el 50.9% de los encuestados.
- El jefe de servicio tiene una influencia grande o muy grande en la organización del servicio, según el 89.8%.
- Su capacidad de decisión es elevada o completa respecto a:
 - Qué trabajo debe hacerse: 66.1%.
 - Cuándo debe hacerse: 62.3%.
 - Cómo debe hacerse: 56.6%.
 - Quién debe hacerlo: 70%.
 - Cuáles son los estándares de referencia: 45.1%.
- Las limitaciones más importantes para el trabajo del jefe de servicio se derivan, en bastante o gran medida, de:
 - La actitud del jefe inmediato: 26.7%.
 - La actitud de otros gestores: 28%.
 - La actitud de los subordinados: 42.6%.
 - Las propias limitaciones (habilidades...): 16.7%.
- Los factores que más inciden en la motivación del personal son, valorados con 4 (bastante) y 5 (mucho):
 - Satisfacción por la actividad profesional de calidad: 77.8%.
 - Aumento de la influencia en el entorno: 45%.
 - Sentimiento de ser respetado en el trabajo: 72.2%.
 - Participar en la toma de decisiones: 75.7%.
 - Participar en la formulación de objetivos: 60%.
- Las prácticas más eficaces para motivar, valoradas con 4 y 5, son:
 - Promover la discusión: 68.8%.
 - Informar al equipo del logro de objetivos: 78.3%.

El perfil que de la actividad del jefe de servicio puede dibujarse a partir de estos datos es:

- La responsabilidad de guiar y determinar el comportamiento profesional e interpersonal de cada uno de los integrantes del servicio.
- La necesidad de resolver las dificultades creadas por actitudes y posiciones ajenas.
- El reto de construir un «clima organizativo» que mantenga la motivación y calidad del trabajo en las más altas cotas posibles.

Escuchar, guiar, liderar, ejercer la autoridad, persuadir, motivar, controlar, informar adecuadamente de los resultados, conocer a quienes están a su cargo, empatizar, mostrar respeto, dar instrucciones correctas, relajar tensiones, lograr confianza y apertura en los otros, criticar y sancionar de forma ponderada y justa, servir de modelo de trato con los pacientes: todo esto y más debe estar presente en la abultada «agenda comunicativa» de un jefe de servicio.

Ante estos retos no es de extrañar que la actitud de muchos jefes de servicio ofrezca varios tipos de respuestas. Por una parte es frecuente oír: «es demasiado complejo

y aunque supiera comunicar mejor, la organización no me permitiría ningún tipo de maniobra o resultado», o bien: «cada uno es como es; en efecto, hay personas a las que esto les sale muy bien, pero yo no soy así».

Otra de las objeciones es la relativa a la imposibilidad de elegir a los profesionales que forman parte del servicio. Oímos con frecuencia frases como: «con ciertas personas es imposible la comunicación», o «no importa lo que intentes, esas personas siempre estarán en contra y dificultarán la buena marcha del servicio».

Ante estas objeciones, debemos responder reconociendo, en primer lugar, el evidente y enorme impacto que el contexto organizativo impone a los actos comunicativos que en él tienen lugar.

Como veremos más adelante, el contexto de la organización impone restricciones, estilos y obstáculos específicos, tanto al trabajo técnico de los sanitarios como a sus formas de contacto humano y comunicación.

Por otra parte, no es menos cierto que las personas, por su biografía y experiencia, disponen de repertorios comunicativos muy diferentes; lo que para algunas es de enorme dificultad, para otras es una «rutina sin importancia». Estas diferencias individuales hacen que las metas de cambio y mejora sean muy distintas para unos y otros.

Por último, es innegable que dirigir un equipo de personas, heterogéneo y no hecho a la medida de su mutua colaboración y trabajo en equipo (criterios que raramente son tenidos en cuenta al contratar nuevos médicos o personal de enfermería), supone añadir dificultades a la ya de por sí difícil tarea de coordinación y guía.

Pero también es innegable que ese mismo grupo heterogéneo y no idóneo limará diferencias y alcanzará cotas más que aceptables de eficiencia y trabajo común si es dirigido por alguien experto en comunicación y trato interpersonal, mientras que se verá inmerso en el conflicto, la fragmentación y las «agendas ocultas» si es guiado por un jefe de servicio sin capacidad de persuasión, uso de la palabra y liderazgo.

Por eso, a pesar de los límites y dificultades que impone el marco institucional y a pesar del, a veces, desalentador punto de partida individual y grupal, aprender y mejorar los recursos para la comunicación interpersonal no sólo es posible, sino que constituye un deber inexcusable para todos aquellos que trabajan con personas y para personas.

Alcanzar estas metas eficientemente es una de las principales vías para el logro de la calidad asistencial y organizativa que todo jefe de servicio pretende.

Pero, ¿cómo lograr el nivel de competencia que estas tareas exigen? Esta pregunta nos lleva a la cuestión del siguiente apartado.

¿Qué enfoque es el más correcto en el estudio de la comunicación entre personas?

Es de todos sabido que en los últimos tiempos han proliferado manuales, métodos, cursillos y trucos de todo tipo que pretenden hacernos expertos comunicadores en una semana.

Proliferan, asimismo, variadas teorías de supuesta infalibilidad para la interpretación de signos y elementos comunicativos verbales y no verbales, a partir de las cuales se diseñan métodos que nos facilitan un conocimiento rápido y seguro sobre nuestro interlocutor y sobre sus motivaciones o intenciones.

Por desgracia, la complejidad y relevancia del tema que nos ocupa no se corresponde, en muchos casos, con la complejidad y seriedad de los estudios y técnicas que se nos ofrecen.

Por esta razón es conveniente adelantar algunas premisas básicas a modo de «aviso de navegantes» para quienes se proponen cruzar los procelosos mares de la comunicación interpersonal. He aquí algunas de estas advertencias:

- La comunicación interpersonal es un fenómeno de gran complejidad, que resulta afectado por multitud de variables: sociales, lingüísticas, psicológicas, ambientales e institucionales, entre otras.
- Su análisis, por tanto, debe ser pluridisciplinar y de campo, teniendo en cuenta el cruce de variables que en cada entorno y caso concreto se produce. Algunos de los hallazgos y conocimientos que deben ser incorporados son los que aportan disciplinas como la lingüística, la psicología, la sociología, la retórica o la pragmática.
- Este carácter de «resultante o combinación compleja de elementos» le confiere una gran variabilidad, por lo que no son posibles los significados universales o las recetas simples, que nos indiquen cómo afrontar cada objetivo comunicativo.
- Los diferentes códigos, propios de las distintas culturas y grupos humanos, hacen posible que exista una gran cantidad de formas alternativas para el logro del mismo fin comunicativo. No hay, una forma «buena» de saludar, hacer una crítica o elogiar a alguien, sino multitud de combinaciones, todas ellas compatibles con esos logros comunicativos.
- Todos somos competentes en ciertas situaciones y para ciertos objetivos, e incompetentes en otros escenarios y para otros fines; nos diferencia el grado y número de situaciones en las que la comunicación es problemática o ineficaz.
- Por esta razón, es muy importante evaluar adecuadamente la «línea base», o conducta habitual característica, y los «objetivos de cambio» de cada persona, en las situaciones y tareas comunicativas a las que va a enfrentarse por su profesión, intereses y medio social específicos.
- Sólo un entrenamiento personalizado y una práctica continuada en el propio entorno pueden garantizar el aprendizaje de competencias comunicativas eficaces.
- La importancia de los valores y modelos sociales es de tal magnitud, que sólo con el conocimiento de las «reglas del juego» y «juegos de poder» de cada contexto social concreto es posible un análisis adecuado de los fenómenos comunicativos.
- A pesar de la dificultad, de los condicionantes ambientales y los déficit que todos arrastramos, el aprendizaje de nuevas competencias comunicativas no sólo es posible (aunque no fácil) sino que es una tarea apasionante y humanamente importante.
- Sólo nuestra ética, valores y respeto a los demás (y a uno mismo) deben guiar y poner límites a nuestro avance en las lides comunicativas.

Con esta breve declaración de principios, a la que esperamos mostrarnos fieles en las páginas siguientes, animamos al lector a zambullirse en el tema de la comunicación humana, con el deseo de contagiarle nuestro entusiasmo y de serle de la mayor utilidad posible para el desempeño de sus tareas diarias.

La comunicación: definición, objetivos y componentes

Definición

Para analizar los aspectos más específicos de la comunicación en los servicios clínicos, debemos en primer lugar adentrarnos en la comprensión del *fenómeno comunicativo* y de su aplicación universal a todo tipo de objetivos y entornos interpersonales.

Para empezar, conviene que nos preguntemos qué es eso a lo que llamamos «comunicación».

Cuando hacemos esta pregunta, sea cual sea la profesión o entorno de trabajo en la que se formule, la respuesta suele ser la siguiente (quizá el lector también haya ya avanzado su definición):

«Comunicar es transmitir una información a otro que la recibe».

Esta definición, que prima claramente el *carácter informativo y unidireccional* de la comunicación, es la que se ha ido extendiendo y universalizando a partir de la proliferación del libro, producida tras la invención de la imprenta. Es, sobre todo, la definición que parece resultar casi indiscutible en nuestra *era de la información y las telecomunicaciones*.

«El mensajero esforzado, el eficiente charlatán, el venerado maestro o el persuasivo trovador... son sustituidos por la universalidad del “libro”, objeto separado de su autor, y el mismo objeto para todos los que tienen acceso a él» (Segura, M., 2001).

Sin embargo, entender así la comunicación supone una reducción y «perversión» del fenómeno comunicativo que, como veremos a continuación, va mucho más allá del mero transporte de mensajes.

Es cierto que, el acto de comunicar implica a unos interlocutores a los que podemos llamar (no muy adecuadamente) emisor y receptor.

«La “díada” (un emisor y un receptor unidos por un canal) puede ser considerada el esquema fundamental de la comunicación» (J. Durant, 1985).

Es cierto también que suele haber un contenido, un «mensaje» por conocer; lo que ya no es tan cierto es que el fenómeno del que nos ocupamos consista en una «transmisión» de nada preexistente.

En efecto, la comunicación es, ante todo, una *forma de relación entre personas*, que tiene lugar *en un contexto específico* y que *se construye a partir de la interdependencia de las acciones de esas personas*.

De esta forma, *aunque comuniquemos «algo», ese algo adquiere su forma y su función en y para la relación específica con el otro u otros*.

Para afianzar más este concepto, veamos algunas definiciones realmente claras y precisas:

«La comunicación tiene como interés central aquellas situaciones en las que un emisor transmite un mensaje a un receptor con la intención consciente de afectar la conducta de este último» (Oxford English Dictionary, citado en Ruben, B.D. y Stewart, L.P., 1998).

«En el sentido más general, el término comunicar señala el proceso del que se sirven los seres humanos para construir significados juntos» (Stewart, 1999).

«Si alguna vez ha estado sentado en un salón de conferencias caluroso y falto de aire tratando de seguir la línea argumental del orador, mientras está allí sentado notará tal vez un sucesivo y repentino cambio en el aire, el ruido del radiador,

un insecto zumbando entre la pantalla y el panel, o la presión de las piernas contra la silla... dentro del contexto de todas las cosas que existen en ese cuarto, surgirán y desaparecerán puntos de atención. Nada tiene sentido salvo en relación con el entorno, medio o contexto que lo contiene» (McLuhan, M. y Power, B.R., 1996).

«Todo comportamiento en presencia de otro tiene carácter de comunicación» (Watzlawick, P., 2001).

Podemos decir, pues, que los actos comunicativos son *relaciones en un aquí y ahora (contexto concreto), entre personas, guiadas por objetivos informativos y por objetivos de mutua influencia o de efecto interpersonal.*

Lo que nos lleva a comunicarnos es, casi siempre, una explícita o implícita intención (o necesidad) de lograr influir en otras personas.

Lograr del otro que nos escuche, consuele, obedezca, aprenda, se tranquilice, haga las cosas bien, no corra riesgos, sea feliz, adquiera conocimientos, se ría, se conmueva, nos comprenda, nos ayude, colabore, aporte ideas, se ajuste a las normas, sea creativo, son algunos de los innumerables efectos hacia los que se encaminan continuamente nuestros encuentros humanos y comunicativos.

Hablemos, pues, de estos objetivos de la comunicación.

Objetivos de la comunicación

A partir de la exposición anterior, podemos avanzar que la comunicación discurre por dos dimensiones o vertientes: una de relación con datos y realidades de todo tipo, y otra de relación interpersonal aquí y ahora con el interlocutor con el que nos comunicamos.

Los objetivos de cada acto comunicativo oscilan entre uno y otro aspecto, y por tanto son de dos tipos (Fig. 16.1):

- 1. Objetivos informativos.** Dan prioridad a la transmisión fiel de datos y contenidos.
- 2. Objetivos interpersonales.** Dan prioridad a la relación y al efecto de esta relación sobre uno mismo y sobre el otro.

Podemos ejemplificar esta variabilidad con dos situaciones comunicativas tan diferentes que podrían situarse en los extremos de ese supuesto continuo (Fig. 16.2).

En estos ejemplos vemos cómo adquiere mayor importancia la exactitud de la información en el primer caso y el *logro real de efectos interpersonales* en el segundo, sin que en este último caso tenga importancia alguna la información transmitida. Es más, en supuestos como éste la información se puede inventar, transformar, extender, etcétera, todo ello en beneficio de la *efectividad del acto comunicativo*.

Todas nuestras interacciones comunicativas se sitúan en un punto u otro de este continuo, dependiendo del mayor o menor peso de los objetivos informativos y de los interpersonales.

«...todas las expresiones realizan acciones y, al mismo tiempo, presentan rasgos dependientes de cuestiones de verdad y falsedad» (Potter, J., 1996).

Esta dualidad de los actos comunicativos les confiere diferencias significativas, y también mayor complejidad con respecto al resto de nuestras acciones.

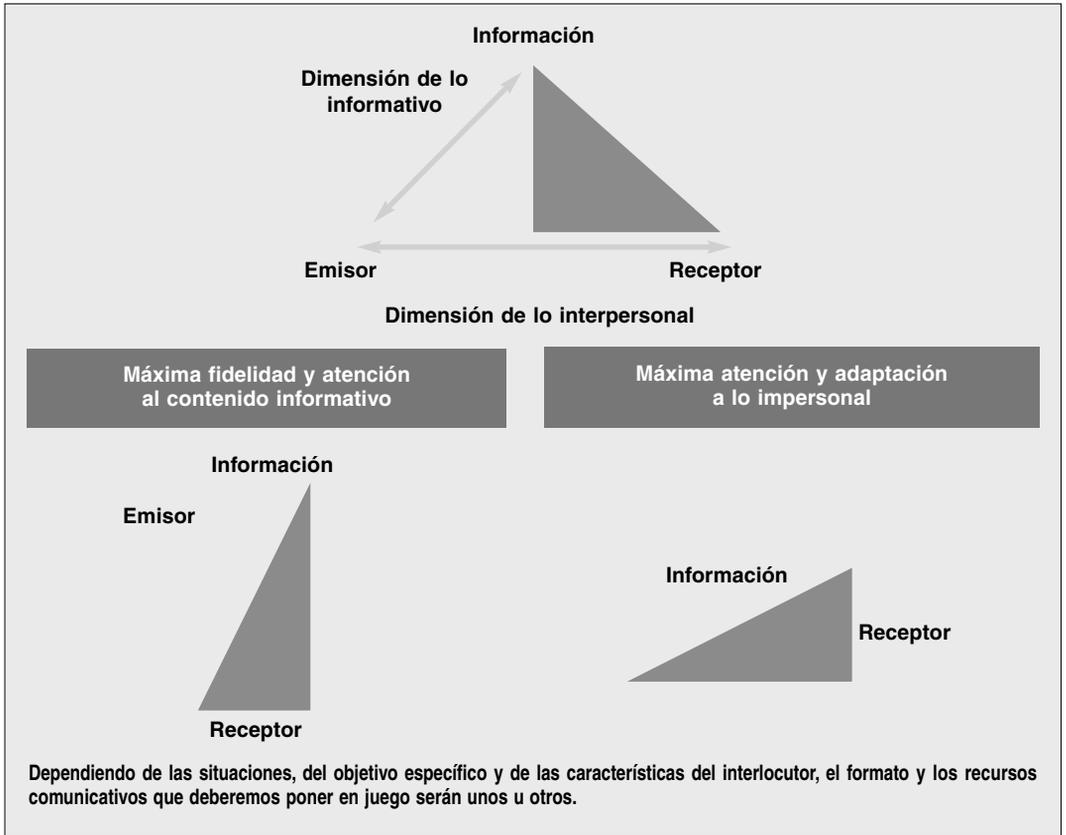


Figura 16.1. Objetivos y formatos de la comunicación interpersonal.

En efecto, nuestras otras acciones (ducharnos, conducir un coche, cocinar un plato, alimentarnos o cerrar nuestra vivienda al salir...) pretenden alcanzar efectos de forma clara y explícita, sin oscurecer estos objetivos con planteamientos sobre su verdad o falsedad.

A pesar de su complejidad o rareza, las acciones comunicativas tienen su origen y esencia en el pragmatismo de sus efectos, al igual (y aún más) que todos los ejemplos mencionados antes. En el siguiente párrafo de Durant podemos encontrar una acertada exposición de este punto:

«Un efecto es normalmente el resultado de una acción. Considerar que una palabra puede

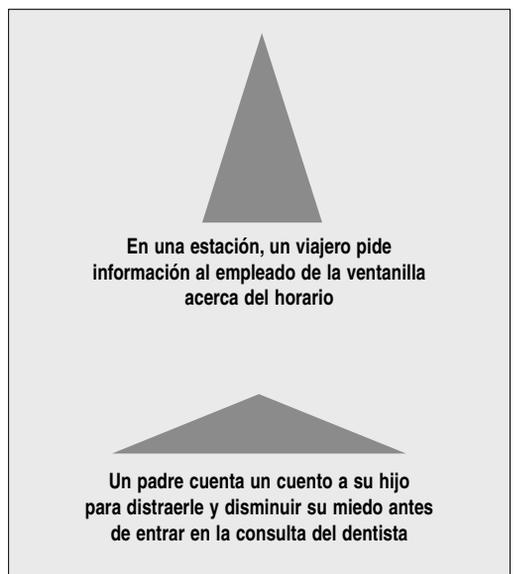


Figura 16.2. Diferentes situaciones comunicativas.

producir efecto, es suponer que la palabra puede desempeñar un papel similar a la acción, que puede substituir a la acción... una manera un poco ingenua de pensar opone de manera irreductible la palabra a la acción y viceversa... lo que asombra, muy al contrario, son los múltiples lazos que unen la palabra y la acción: ambas aparecen como medios diferentes con los que se puede llegar a un mismo resultado» (Durant, J., 1985).

Este punto de vista, que llevó a Wittgenstein a hablar del lenguaje como «una caja de herramientas», es el que queremos que adopte el lector para que extraiga de estas páginas el mejor aprendizaje y la mayor utilidad.

Cuando una persona se comunica con otra, ya sea en el contexto íntimo de la familia, en el más rutinario e intrascendente de una ventanilla de información o en la complejidad de una mesa de negociación, siempre pretende un efecto sobre el otro, efecto que recíprocamente cambia de manera favorable (o no) las condiciones propias.

Como es evidente, el otro, el interlocutor en el que se pretende causar el efecto, buscará alcanzar asimismo sus propias metas comunicativas, que, dependiendo de lo hábil que sea, serán las que prevalezcan o las que se sometan a las metas ajenas.

Este juego de interdependencias y objetivos es lo que caracteriza a los encuentros comunicativos y lo que hace necesario un análisis detallado que permita comprenderlos y, más aún, saberlos manejar y salir bien parados de ellos.

Dimensiones de la comunicación: lenguaje, emoción y ejercicio del poder

Para el logro de los objetivos comunicativos, es decir, para que las informaciones lleguen adecuadamente y los efectos interpersonales se alcancen, disponemos de dos grandes dimensiones o recursos (dos «cajas de herramientas», en términos de Wittgenstein). Estas dos cajas de herramientas, repletas de eficaces y sofisticados instrumentos, son *el lenguaje y las emociones*.

Gracias a las casi infinitas formas lingüísticas y a la presencia de las emociones, que se manifiestan mediante una combinación de elementos verbales y no verbales, los intercambios comunicativos adquieren toda su riqueza y eficacia, ya sea de forma deliberada o de manera no consciente ni buscada.

Vemos, por tanto, que los estados emocionales de aquellos que dialogan o se comunican, y las formas de lenguaje utilizadas, no son ni mucho menos dimensiones independientes. Es más, podemos afirmar que su interdependencia es tal que ambos se nutren e influyen mutuamente.

Por último, estas dos dimensiones o fuentes comunicativas sirven conjuntamente a las múltiples formas de relación entre las personas, relaciones de influencia y de aprendizaje, de sometimiento o de dominio, de ayuda o de petición, de afirmación personal o de contribución a objetivos ajenos... En definitiva, gracias al formato que, en cada caso, presentan los elementos lingüísticos y los emocionales, nos colocamos y colocamos al otro, en diferentes posiciones, en un continuo *juego de poder*.

Estos juegos de poder y los aspectos que los definen, la autoafirmación y la persuasión, son los que nos permiten juzgar el efecto interpersonal real que ejerce alguien, más allá de la aparente calidad o brillantez de sus palabras y sus emociones.

Para lograr mayor claridad en la exposición que nos ocupa, hemos separado estas tres dimensiones en tres bloques temáticos sucesivos.

El lenguaje

«Hablamos despectivamente de una “mera cuestión de palabras”, olvidando que tienen poder para forjar el pensamiento de los hombres, para encauzar sus sentimientos, para dirigir su voluntad y su acción. La conducta y el carácter están en gran parte determinados por la naturaleza de las palabras que solemos usar para expresarnos a nosotros mismos y al mundo que nos rodea». (Aldous Huxley: *Words and Their Meanings*, 1940).

«(...) saber leer y escribir es aprovechar y participar del logro mayor de la humanidad, que hace posible todos los demás (...) Desde el grito de aviso del hombre primitivo hasta el último documental filmico o la última monografía científica, el lenguaje es social, la cooperación cultural o intelectual es el gran principio de la vida humana (...) Toda coordinación de esfuerzos necesaria para que funcione la sociedad, se logra a base del lenguaje, o no se logra en absoluto» (S. I. Hayakawa, 1992).

Estas citas y otras muchas que podríamos traer a colación, nos recuerdan la gran importancia que el lenguaje tiene en nuestras vidas, y el hecho de que, según adoptemos unas u otras formas lingüísticas para nuestros «encuentros humanos», así será el resultado de esos encuentros.

Oratoria, retórica, lingüística, semiología, pragmática, antropología, filosofía, psicología, sociología, análisis del discurso, informática y medios de comunicación de masas... ¿Cómo abordar el estudio del lenguaje? Existe tal cantidad de disciplinas que se ocupan del lenguaje desde perspectivas diferentes, que parece imposible seleccionar o resumir en poco espacio aquello que juzgamos de mayor interés para el tema que nos ocupa: la comunicación en la gestión de las unidades clínicas.

Para llevar a cabo esta selección prescindiremos de disquisiciones filosóficas, gramaticales o sociales, aunque algunas de ellas puedan tener una gran relevancia para el estudio que nos ocupa.

La perspectiva que aquí vamos a adoptar integra los hallazgos de todas estas disciplinas, pero sigue los presupuestos y el punto de vista de la psicología. Es decir, vamos a considerar el lenguaje como una forma de comportamiento que tiene unos efectos según los cuales puede ser juzgado como eficaz o ineficaz, como adecuado o inadecuado. Desde esta perspectiva finalista, pasamos a analizar, en primer lugar, las funciones del lenguaje.

Las funciones del lenguaje

Cuando hablamos de algo, cuando nos relacionamos con otra u otras personas a través de las palabras, *estamos adoptando una posición determinada* respecto a aquello de lo que hablamos. Podemos decir que pretendemos *construir una realidad u otra* desde la que establecer una relación con nuestro interlocutor.

Si he visto a alguien e informo de mi encuentro a un amigo común, puedo hacerlo de muchas formas, entre ellas las siguientes:

- *Cuando salía del banco esta mañana, me encontré con X que, por cierto, iba con su hijo, y ambos me dieron saludos para ti.*
- *Cuando salía del banco esta mañana, me encontré con X que, simpático como siempre, me saludó afectuosamente y tuvo el detalle de acordarse de ti.*
- *Cuando salía del banco esta mañana, me encontré con X, que iba con su hijo y aunque quería pararse a hablar, se le notaba nervioso y apurado porque seguramente tendría que llevar al niño al colegio.*

Estas tres formas de hablar de lo ocurrido son *igualmente válidas y correctas*; la diferencia estriba en la función que cumplen respecto a los hechos a los que se refieren.

Mientras el primero de los tres relatos pretende *informar o describir* lo que sucedió, el segundo adopta una posición diferente para *valorar o calificar* parte o la totalidad de los hechos, y el tercero se adentra en la difícil pretensión de *deducir o explicar* el porqué de lo que sucedió.

A estas tres funciones, tan diferentes pero tan efectivas cada una en sus formas de trato con la realidad, vamos a dedicar alguna atención en los siguientes apartados:

- **1.º Función descriptiva.** La función descriptiva pretende hablar de los hechos de forma concreta, cercana a lo visual o sensorial, y resaltando *lo particular* de un cada cosa, objeto, persona o fenómeno.

Ejemplos:

«Llevaba unos pantalones vaqueros, rotos en las rodillas, descoloridos y con algunas manchas, una camiseta blanca y unos zapatos deportivos sin cordones.»

«Ha llegado a las 8:10 de la mañana, cuando la hora de llegada para los empleados de esta empresa es a las 8:00 a.m.»

Con las informaciones o descripciones conseguimos que nuestro interlocutor se acerque y tome contacto con aquello que nosotros hemos visto o experimentado.

Según Potter, se remonta al siglo XIV el sentido de la descripción como:

«...la acción de representar a personas o cosas por medio del lenguaje, refiriendo o explicando sus distintas partes, cualidades o circunstancias (...) de modo que dé cabal idea de ella» (Potter, J., 1998).

«El acto simbólico fundamental del intercambio de información es la relación de lo que hemos visto, oído o sentido (...) nos fiamos considerablemente de los informes recíprocos: preguntamos cómo se va a un sitio a gente desconocida, seguimos las direcciones y señales de la carretera sin sospechar quiénes las pusieron allí, leemos libros... y siempre suponemos que el autor se ha tomado la molestia de informarnos lo mejor que pueda (...) en su nivel más alto, el lenguaje de los informes es el de la ciencia» (Hayakawa, S.I., 1992).

Este sencillo acto lingüístico que nos hace compartir experiencias y situaciones, que nos hace conocer hechos y escenarios con los que no hemos tenido contacto directo, es la base y la condición necesaria para entendernos.

La descripción es, en definitiva, lo que nos permite saber de qué estamos hablando con la suficiente exactitud como para orientar nuestras acciones y evitar malentendidos.

Sin embargo, como veremos en la segunda parte, no siempre tomamos las «precauciones lingüísticas» necesarias para orientar a los demás (pacientes, compañeros, subordinados, hijos, etc.) con una buena descripción de lo que pretendemos que sepan y, lo que es más importante aún, *de lo que pretendemos que hagan de forma concreta y eficiente*.

Por ejemplo, *un jefe de servicio puede dar* a uno de los médicos a su cargo la indicación de que *trate a sus enfermos de forma más delicada, paciente y respetuosa*, esperando así que éste sepa cuál es el comportamiento que se le está demandando y lo lleve a cabo con exactitud.

Los términos «delicado», «paciente» y «respetuoso», aunque aluden vagamente a ciertas maneras de relacionarnos con los demás, *más o menos* intuitivos, no son, ni mucho menos, descripciones de lo que se espera o exige de aquel a quien se recomienda esa forma de comportamiento.

Habrà quien considere que el respeto y la delicadeza residen en dedicar más tiempo; otros que, sin embargo, se tengan a sí mismos por muy delicados porque recuerdan el nombre del paciente y lo tutean, e incluso, algunos pensarán que la mayor muestra de respeto es dedicar cinco minutos a hablar de temas intrascendentes y preguntar al enfermo si le gustó la comida.

Estas diferencias de criterio hacen que las instrucciones que pretendían ser eficaces constituyan en realidad una fuente de malentendidos que disminuye la eficacia de la tarea del jefe de servicio.

Para lograr mejor ese objetivo es preferible usar la sencilla fórmula de ilustrar lo que se pretende con palabras como:

«Me gustaría que dedicaras unos minutos a hablar con tus pacientes, y que lo hicieras cuando no haya otras personas presentes. También que les hicieras más preguntas y escucharas atentamente lo que te dicen, y que les hablaras eligiendo términos que puedan comprender y que les hagan sentir más confianza en la atención que reciben.»

Esto, sin duda, supone un mensaje más detallado, largo y costoso; por eso, a veces optamos por decir algo equivalente a «Hazlo bien», sin más pautas para guiar la actuación del otro que la confianza en su buena voluntad para adivinar a qué nos referimos con «bien».

■ **2.º Función valorativa.** Cuando utilizamos *adjetivos* (sucio, agradable, grave, vago, inteligente...) y *adverbios* (lentamente, pronto, útil, a lo loco, inesperadamente, breve, a oscuras), o cuando empleamos ciertos *sustantivos con connotaciones de valor* (picapleitos, medicucho, niñata, artista...) estamos aludiendo a algo *para calificarlo*, para mostrar nuestro punto de vista o *juicio de valor* acerca de ello.

Ejemplos:

«Tenía un aspecto sucio y desaliñado.»

«Ha llegado tarde, esto es una falta muy grave.»

«Entendemos por “juicios de valor” todas las expresiones de aprobación o desaprobación de los hechos, personas u objetos de los que hablamos» (Hayakawa, S.I., 1992).

Cuando hablamos valorando la realidad *no decimos nada acerca de ella*, hablamos exclusivamente de nosotros mismos, del impacto positivo o negativo («valor» o «valencia» + o –) que la realidad produce en nosotros.

Las valoraciones son los equivalentes verbales a los gritos y a los gestos de dolor, desagrado o alegría («palabras-arrullo» y «palabras-gruñido», en términos de Hayakawa); su referente son nuestros estados, motivos o preferencias, no aquello de lo que supuestamente hablamos.

El error de tratar estas expresiones como descripciones de algo o, lo que es peor, de discutir el grado de verdad o falsedad de ellas, nos hace entrar en callejones sin salida, de los que no nos puede sacar la lógica o la calidad de los argumentos.

Siguiendo de nuevo el texto de Hayakawa, debemos darnos cuenta de que no conduce a nada discutir si la música de Wagner es o no la mejor del mundo, si el fútbol es más deporte que el tenis o si alguien es buena o mala persona.

Sin embargo, en estos casos, sería interesante preguntar a aquel que habla para indagar cosas como:

¿Y cómo te sientes cuando escuchas música de Wagner?

¿Por qué consideras que el fútbol es mejor?

¿Qué tienen los individuos como ése para que los consideres «buenas personas»?

De esta forma estaríamos usando correctamente el lenguaje (en términos de Wittgenstein, estaríamos jugando bien el «juego de lenguaje» que el otro ha iniciado).

Sin embargo, esta sabiduría lingüística no es frecuente en nuestro mundo; no es frecuente en los medios de comunicación, ni en la enseñanza, ni, por supuesto, en nuestras conversaciones diarias.

La elección de un lenguaje cargado de adjetivos, adverbios rotundos, metáforas fáciles y escasez de datos, es una muestra de cómo el mundo subjetivo, puede imponerse, por ejemplo, en cualquier coloquio televisivo, a las descripciones pormenorizadas, citas autorizadas y datos abundantes.

Valorar, como ya advirtió Kant, es emitir un «juicio de gusto», juicio que, desgraciadamente, tiene la misma forma gramatical que los «juicios de verdad».

Esta advertencia de Kant nos descubre que la expresión «Eso es un cuadro» tiene la misma forma gramatical que «Eso es bello», cuando en el último caso estamos diciendo: «Eso, de lo que no digo nada, es del tipo de cosas que yo considero bellas».

En efecto, la gramática no nos ayuda a distinguir cuándo estamos hablando del cuadro (la primera expresión) y cuándo de nosotros mismos (la última).

Entender estas diferencias, aparentemente innecesarias para nuestra vida cotidiana y nuestro trabajo, tiene sin embargo una utilidad pragmática enorme. Como veremos después, el reconocimiento y manejo adecuado de las distintas funciones del lenguaje nos distancia de las críticas, nos permite conocer mejor a los otros y nos facilita el logro eficiente de nuestros objetivos en la comunicación.

Pero antes de extraer conclusiones, pasemos a la última de las funciones a las que el lenguaje sirve eficazmente.

■ **3.º Función deductiva o explicativa.** Cuando usamos esta función, pretendemos *unir un hecho con los factores o variables que lo han causado* o que lo explican.

Ejemplos:

«Tenía el aspecto propio de quien no está en condiciones de cuidar de sí mismo a causa de su mala vida.»

«Ha llegado tarde; no podía ser de otra manera, teniendo en cuenta sus continuas muestras de desmotivación y despiste.»

En nuestra cultura somos aficionados a «saber de todo», nos lanzamos a afirmar como evidentes nuestras *hipótesis causales* o nuestras *deducciones*. Es más, a partir de una reducida cantidad de datos u observaciones llegamos a conclusiones como *«seguro que dijo eso porque estaba enfadado»*, *«no ha aceptado el puesto de supervisora porque le da miedo la responsabilidad»*, *«mira ese conductor, obviamente va borracho»*, *«no me va a escuchar, diga lo que diga; a él no le interesa lo que opinen otros»*.

Todas estas hipótesis, basadas en muestras de conducta ajena, pero *meras hipótesis* al fin y al cabo, son para el que las formula la verdad misma, son algo «indiscutible» y «objetivo» que no debe ser cuestionado, y, lo que es peor, a partir de lo cual se puede decidir y, sin más comprobación, *actuar sobre seguro*.

En nuestra profesión, como médicos, psicólogos, etcétera, procuramos llegar a hipótesis explicativas (tenemos la obligación de hacerlo) de manera rigurosa y científica; sin embargo, en relación con los demás mostramos una propensión a las conclusiones rápidas, infundadas y, permítasenos la palabra, frívolas.

Nos iría mucho mejor siuviésemos la precaución de no adelantarnos a los hechos y si dedicáramos más atención y tiempo a *preguntar, escuchar y observar*.

Por último, vamos a avanzar algunas consideraciones prácticas acerca de cómo y cuándo se debe hacer uso de cada una de estas tres funciones del lenguaje (Tabla 16.1).

Podemos concluir afirmando que aunque estas funciones sean conocidas y manejadas por todos, aunque todos hagamos uso de ellas con facilidad, no coincidimos en la adecuación y frecuencia de su uso.

Algunos tienden a valorar demasiado, en demasiadas ocasiones e incluso cuando pretenden que su discurso cumpla otros cometidos. Otros, por el contrario, describen de forma excesivamente pormenorizada hechos y anécdotas que no vienen a cuento en momentos en que deben pronunciarse. En definitiva, todos mostramos una cierta tendencia o estilo de lenguaje que predomina sobre los otros y nos hace más proclives a cometer cierto tipo de errores en la comunicación con los demás.

Cada persona tiende a construir su mundo (el mundo) con unas formas u otras de lenguaje; conocerlas es conocernos y mejorar nuestra vida.

No se trata, por tanto, de que una función o forma del lenguaje sea mejor que otra, o que debamos aprender cosas nuevas o censurar o inhibir otras. Se trata de hacer del lenguaje esa herramienta certera, afilada y precisa que utilizaremos deliberada y selectivamente, según nuestros objetivos en cada momento.

Los niveles del lenguaje

Además de conocer las distintas funciones del lenguaje, debemos saber manejar de forma adecuada (según la situación y nuestro interlocutor) el mayor o menor nivel de abstracción de nuestras palabras.

El lenguaje en sí mismo es ya una abstracción. *No hay ninguna palabra o denominación, por concreta que sea, que encierre en ella todos los elementos, detalles, dimensiones y características de la cosa denominada o designada.*

Pero, sin duda, hay grandes diferencias entre unos niveles de abstracción y otros. No es lo mismo hablar de «*el Audi TT rojo que está aparcado frente a mi casa*» que hablar de «*los medios de transporte*».

O, como ilustra Hayakawa al referirse a la «escala de abstracción», no es igual hablar de «*la vaca Palmira*» que hacer referencia a la «*riqueza agropecuaria*».

Así, según el grado de particularidad-concreción o, por el contrario, globalidad-abstracción de los hechos o realidad que se refiere, el lenguaje se extiende a lo largo de un continuo (Fig. 16.3).

La abstracción logra desprenderse de los elementos particulares y seleccionar lo común y más relevante a la hora de referirse a realidades complejas o a conjuntos de cosas.

Así, igual que el pintor abstracto, vamos desechando los colores, las ventanas, los adornos y los desperfectos de los edificios, para dibujar esas líneas verticales que definen, de la forma más sintética posible, «*la ciudad moderna*».

TABLA 16.1 *Funciones lingüísticas adecuadas según los objetivos pretendidos.*

	Objetivos	Situaciones
Función descriptiva	<p><i>Hacerse con información</i> exhaustiva sobre un hecho</p> <p><i>Dar instrucciones</i> para que se lleve a cabo una acción con exactitud</p> <p><i>Anticipar las consecuencias</i> positivas de una acción, para motivar hacia ella</p> <p><i>Distraer</i> de una situación aversiva</p> <p><i>Ilustrar</i> con datos, ejemplos o anécdotas un concepto abstracto para lograr su comprensión</p>	<p>Pedir a un hijo que cuente cómo ocurrió un altercado en clase</p> <p>Instruir sobre cómo y cuándo tomar un jarabe</p> <p>Detallar la calidad de vida derivada de dejar el tabaco</p> <p>Contar un cuento a un niño mientras se le explora</p> <p>Especificar qué se entiende por «medicina basada en la evidencia», o poner ejemplos que ayuden a comprender qué es, en concreto, la «personalización en el trato con el enfermo»</p>
Función valorativa	<p><i>Darse a conocer</i> en un grupo, colectivo u organización</p> <p><i>Tomar posición</i> respecto a hechos concretos</p> <p><i>Ejercer la función de «evaluación y sanción»</i>, propia de un cargo directivo</p> <p><i>Evitar el impacto emocional de las críticas</i> y distanciarse de ellas</p> <p>Identificar las valoraciones ajenas para <i>conocer al otro</i></p> <p><i>Recompensar y motivar</i> a otros de forma cálida, personal y creíble</p>	<p>Opinar, decir lo que nos parece bien y lo que no, en un equipo de trabajo</p> <p>Expresar el desagrado por una decisión u acontecimiento</p> <p>Hacer una crítica a un subordinado</p> <p>Identificar el lenguaje valorativo cuando nos critica o insulta un superior o la propia pareja</p> <p>Observar los repetidos comentarios entusiastas de nuestro hijo ante cierto tipo de personajes</p> <p>Expresar aprobación, entusiasmo, complicidad, alegría..., al comprobar que un paciente ha seguido las instrucciones propuestas</p>
Función deductiva	<p><i>Conocer</i> al otro en sus formas de analizar y explicar las cosas</p> <p><i>Argumentar</i> el porqué de nuestras propuestas e instrucciones</p> <p><i>Educar, instruir y delegar</i>, anticipando al otro cuáles son las consecuencias esperadas de sus actos</p> <p><i>Llegar a conclusiones</i> cada vez más certeras, tras la indagación y observación necesarias</p>	<p>Antes de hacer una crítica, preguntar al otro el porqué de sus acciones</p> <p>Explicar a los médicos de la unidad los efectos que se derivarán de la decisión que, como jefe de servicio, hemos adoptado</p> <p>Imponer a los niños la norma del «cuidado dental», apoyándose en la relación causa-efecto de este cuidado y en la disminución de las caries</p> <p>Conocer la propia vulnerabilidad al observar que «siempre que alguien actúa despacio... me pongo nervioso y le grito»</p>

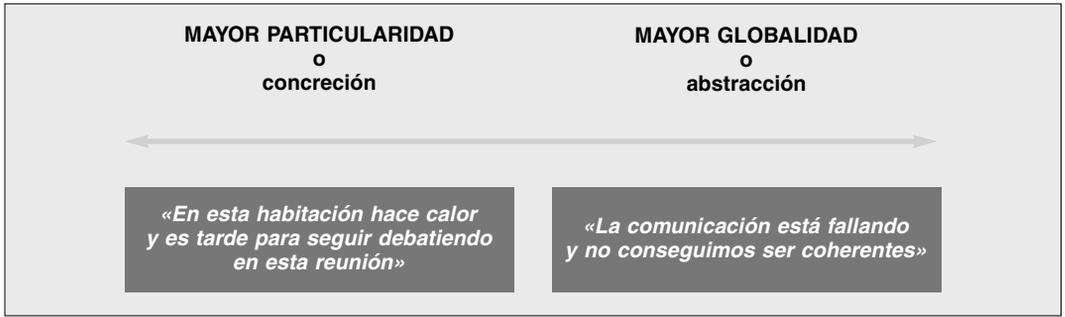


Figura 16.3. Continuo de concreción-abstracción.

Como científicos y estudiosos de extensas áreas de realidad, debemos familiarizarnos con los términos y las reglas de lenguajes de elevado grado de abstracción. De esta manera, nos moveremos entre definiciones, axiomas, teoremas, fórmulas y teorías, con la misma soltura del que maneja nombres de cosas.

Este alto nivel de abstracción es imprescindible para cualquier quehacer científico y riguroso. Pero esta sofisticada construcción lingüística tiene un peligro: la *involuntaria e inconsciente desconexión de la realidad particular*.

Dicho de otra forma, movernos en un lenguaje de gran abstracción es movernos entre palabras, entre *conceptos de conceptos, que sólo tienen sentido si somos capaces de relacionarlos con sus inmediatos inferiores una y otra vez, hasta encontrar los referentes concretos de los que partieron*.

Al usar un lenguaje de alto nivel de abstracción, debemos ser conscientes de varias cosas:

- Los conceptos abstractos se prestan más al malentendido y la polisemia. En efecto, al abandonar la particularidad de lo referido e incluir en nuestros conceptos una selección de rasgos comunes a muchas realidades diferentes, es casi seguro que cada uno habrá hecho su propia selección y que la coincidencia será escasa.

Proponemos a los lectores que definan conceptos como «*democracia*», «*seguridad*» o «*libertad*». Casi todos coincidiremos en nuestra adhesión a esos valores, pero estaremos mucho menos de acuerdo en lo que para cada uno de nosotros significan realmente estas palabras, es decir, si descendemos por la pirámide de la abstracción hacia referentes más concretos.

Si no hacemos este trabajo de contacto con lo concreto, podemos permanecer en el malentendido de que «*todos queremos lo mismo*», sin darnos cuenta de que lo que *uno quiere es una seguridad a base de cerrojos y de exclusión de los extraños, mientras que otro piensa en una seguridad basada en la convivencia y el reparto justo de bienes, algunos en una libertad que incluya todo tipo de prácticas sexuales, y otros sólo en una libertad en lo ideológico...*

Estos malentendidos son frecuentes en las *reuniones de trabajo*, en las que uno está hablando del *concepto de «calidad»* y quienes asienten *oscilan entre considerar la calidad como inversión en tecnología punta* y los que tienen claro que *calidad es la atención personalizada e integral al paciente*, pasando por los que asumen que *calidad es la evaluación continua y la protocolización de las prácticas*.

Como veremos más adelante, los conceptos manejados en una unidad clínica son con frecuencia abstractos, pero han de ser analizados y concretados en su significado para lograr el suficiente *consenso respecto a qué entendemos por...*

- Los grados altos de abstracción dificultan la comprensión del mensaje, dejando fuera a gran número de interlocutores incapaces de seguir el discurso.

Por otra parte, no porque el lenguaje sea más culto o abstracto los resultados comunicativos son mejores.

Si queremos tener la seguridad de que alguien, por ejemplo un paciente, comprende lo que le decimos, debemos adoptar el lenguaje de la concreción, ya que con abstracciones y términos poco usuales crearemos una «distancia lingüística» que puede ser, en muchos casos, insalvable.

«Cuando un orador no se apea de los niveles superiores de abstracción, el auditorio no sabe a qué se refiere y él mismo pierde su capacidad discriminatoria. Al no posar los pies en la tierra, se pierde en círculos viciosos verbales, sin caer en la cuenta de que está emitiendo sonidos carentes de significado» (Hayakawa, S.I., 1992).

- El discurso abstracto pasa tan rápido por los hechos y las realidades que las estiliza y simplifica, llegando a desvirtuarlas casi por completo.

La abstracción nos capacita para pasar de unos temas a otros, nos permite sacar *conclusiones rápidas* y decidir *acciones contundentes*, nos lleva a *soluciones perfectas* para problemas de todo tipo. La gran sorpresa viene cuando luego comprobamos que las formas de acción, las conclusiones y las soluciones mágicas, no habían tenido en cuenta los detalles y las condiciones específicas de la situación analizada.

La realidad es *particular, heterogénea e imperfecta*, y aunque las categorías lógicas nos sirvan de guía, no son tan útiles a la hora de arbitrar *soluciones concretas a problemas concretos*.

La combinación de un análisis conceptual adecuado y una detallada descripción de las condiciones particulares de cada situación, sí nos dará una perspectiva idónea para encontrar soluciones a «este problema aquí y ahora» y, además, nos capacitará para abstraer reglas generales aplicables en el futuro al mismo tipo de problemas.

Citaremos una vez más a Hayakawa (1992):

«El buen escritor, el informador escrupuloso, el pensador profundo y el individuo cuerdo (y el buen comunicador, añadimos nosotros) actúan en todos los niveles de la escala de abstracción, trasladándose elegante y ordenadamente de los altos a los bajos y viceversa, con la agilidad y gracia de los simios en un árbol».

Terminaremos este epígrafe recordando a los lectores que quien es más culto, posee más conocimientos y la capacidad de un lenguaje más abstracto, tiene esa prerrogativa de moverse con gracia y agilidad por diferentes niveles conceptuales. Pero esta persona (médico, científico, profesor, etc.) tiene también el deber social de facilitar la comprensión mutua y el diálogo con aquellos otros que están en una posición de desventaja lingüística.

Y este deber se cumple con una atenta escucha, con respeto al otro y con una cuidadosa elección, en función de ese otro, de nuestras formas de construir el mensaje.

En el medio sanitario, y en la relación con el usuario, es especialmente importante este ejercicio de concreción e ilustración detallada de lo que se transmite, recomienda o instruye, para que los malentendidos, bloqueos y distancias lingüísticas sean los menos posibles.

Un adecuado nivel de concreción en la relación con pacientes, subordinados y otros interlocutores, no sólo garantizará una mayor eficacia comunicativa, sino que

además favorecerá el adecuado clima de comprensión mutua que capacita y anima a los que tienen menor poder en la interacción (pacientes, personas de escaso nivel cultural o social, etc.) a manifestarse, preguntar, opinar..., en definitiva a adoptar el papel activo que, en estos momentos, se desea y busca en la nueva cultura sanitaria.

Los tipos de lenguaje

Mención aparte merece la cuestión de los distintos tipos de lenguaje. Nos referimos a las *variedades específicas* creadas para un determinado ámbito de la actividad científica o profesional.

Las terminologías y códigos diferenciados que constituyen los distintos lenguajes especializados (filosófico, matemático, informático, etc.) son formas independientes y complementarias de hablar acerca de una realidad única. Estos lenguajes, conocidos y manejados ágilmente por quienes profesan cada una de las disciplinas que los han creado, necesitan sin embargo ser traducidos cuando la comunicación se establece con interlocutores ajenos a ellas.

En el caso de la medicina y sus tecnicismos, es evidente que esa traducción es imprescindible para que se entiendan bien los mensajes que cada profesional debe *compartir* con sus pacientes o usuarios.

Pero también podemos afirmar lo mismo de los encuentros entre los técnicos informáticos y los clínicos, o los gestores y los profesores de universidad, o los economistas y los políticos, etcétera.

En cualquier caso, el «idioma puente» que asegura la comprensión es aquel que llamamos *lenguaje común* u «ordinario», con el que la comprensión (si cuidamos los aspectos lingüísticos antes mencionados) se facilita al máximo.

Algunos de los lenguajes que debemos conocer para una comunicación eficaz en el entorno organizativo y laboral son los siguientes:

- Lenguaje médico.
- Lenguaje económico.
- Lenguaje informático.
- Lenguaje político.
- Lenguaje periodístico.
- Lenguaje de la gestión empresarial.

Un jefe de servicio debe manejar con soltura, para el desempeño de su labor diaria, varios de estos «idiomas técnicos», asegurándose de que la traducción de unos a otros, o de todos al lenguaje común, es la más conveniente en cada momento, en aras de la inteligibilidad y acuerdo entre los que participan en los distintos encuentros comunicativos.

Así, hablando con el informático deberá cerciorarse de que está comprendiendo suficientemente su mensaje; cuando escucha o lee un discurso del ministro de Sanidad, será conveniente que intente traducir las expresiones claramente «políticas» a términos más concretos y manejables, y si habla con un periodista, la preocupación se centrará en que éste no convierta lo dicho en un discurso sensacionalista y adaptado a los medios.

Elementos paraverbales y no verbales del lenguaje

Es imprescindible hacer un breve recorrido por los elementos que contextualizan de forma visual y sonora el mensaje, y que cierran su significado en cada acto comunicativo.

Estos elementos son, como todos sabemos, los gestos, el tono y volumen de la voz, la distancia mantenida respecto al otro, etcétera.

Dada la extensión y complejidad del tema, nos limitaremos a aportar algunos datos relevantes para la comprensión de estos recursos comunicativos.

- No hay «comunicación no verbal», sino elementos no verbales de la comunicación. Con ello queremos decir que, al contrario de lo que se puede leer en algunos manuales, la comunicación no discurre por canales separados e independientes, con códigos y «diccionarios» específicos, uno para lo verbal y otro para lo no verbal, en los que podamos encontrar significados asociados a sus distintos elementos.

Por el contrario, como nos dice Planalp en *Communicating Emotion*, la comunicación es un tejido en el que se integran hilos de diferentes texturas, colores y grosores para producir un todo indivisible.

Esos hilos son los gestos y apariencia de los comunicantes, así como el contexto físico y social en el que el encuentro tiene lugar; también hay hilos verbales, sonoros, táctiles..., todo ello en un contexto social con reglas del juego concretas.

- El significado que los elementos no verbales aportan a la comunicación es variado y abierto: si el sentido de nuestras palabras se aleja bastante de los significados que nos dan los diccionarios, en el caso de los elementos no verbales la polisemia es aún mayor.

El significado de un gesto depende de la superposición, o mejor aún, de la «interacción» entre distintos contextos: el contexto propiamente no verbal (los otros gestos, miradas, tonos de voz, etc.), el contexto verbal (el contenido de las palabras), el contexto ambiental (lugar, hora, personas presentes, tipo de actividad...), el contexto interpersonal (historia de relación y hábitos de comunicación de esas personas), etcétera.

Así, un volumen de voz alto, la mirada sostenida y desafiante y la invasión del espacio privado del otro, pueden formar parte de una interacción a la que llamamos «amenaza», «broma», «forma de cortejar» o «relato intrascendente», dependiendo de todos los factores contextuales que antes hemos mencionado.

- Los elementos no verbales y los verbales se relacionan entre sí de diversas formas. Esta relación, que a veces es de gran armonía y a veces de contradicción y conflicto, ha sido estudiada ampliamente a partir de los años sesenta; entre esos estudios destacan los trabajos de Mehrabian (1971), Knapp (1980) y, recientemente, de Ruben y Stewart (1998).

Estos autores han señalado lo siguiente:

- *Si existe confusión, desconocimiento o dificultad para llegar al significado de un mensaje, los elementos no verbales de la comunicación se erigen en los más relevantes, siendo los responsables del 93% del significado percibido, mientras que lo verbal añade tan sólo el 7%.*

Este dato, resultante de los estudios de Mehrabian (1971 y 1972), ha sido confirmado, con cifras muy similares, en multitud de ocasiones, y es tenido hoy como algo indiscutible.

La fórmula es la siguiente:

SIGNIFICADO

TOTAL = 7% impacto verbal +
38% impacto sonoro +
55% impacto facial.

La relación que los elementos no verbales establecen respecto a los verbales, puede ser muy variada y de efectos claramente diferentes. Estos tipos de relación se pueden resumir como sigue (Cuadro 16.1):

Está ampliamente demostrado que, en el caso de que exista contradicción entre los elementos verbales y los no verbales del discurso, lo que el observador-interlocutor comprende y acepta es el significado que discurre por el canal no verbal, quedando lo verbal desatendido como irrelevante o inexistente.

En este principio se basan algunos de los recursos más eficaces de la comunicación, como la ironía, la paradoja, el humor, etcétera.

Pensemos, desde esta perspectiva, que un mensaje pretendidamente tranquilizador, transmitido por un médico con las palabras correctas pero con cara de preocupación, tono de voz que denota seriedad o temor y miradas de complicidad hacia otros médicos presentes, será percibido por el angustiado paciente como la confirmación de sus más terribles temores respecto a la gravedad de su dolencia.

Existen una serie de diferencias claras entre los códigos verbales y los no verbales. Veamos las más importantes:

- La *atención prestada al estudio y enseñanza* de unos y otros se inclina claramente a favor de los elementos verbales: gramática, sintaxis, semántica, etcétera.
- Los escolares estudian extensamente la «lengua», pero raramente se les enseña (se nos enseña) a comunicarse bien mediante el bagaje no verbal de cada una cultura.
- Las *reglas y códigos* del lenguaje verbal están estructurados, y son conocidos y transmitidos de forma deliberada y consciente. No ocurre lo mismo con las reglas que rigen lo no verbal.
- El *grado de control ejercido* sobre nuestras palabras puede y suele ser mucho mayor que el ejercido sobre nuestros gestos, tonos de voz o expresión facial.
- Mientras que se nos pregunta y opina públicamente sobre lo que decimos, *nuestros gestos y expresiones son algo que frecuentemente consideramos privado*.
- Por último, parece haber diferencias en las estructuras cerebrales implicadas en la percepción y comprensión de unos y otros elementos. Según postulan Ruben y Stewart (1998):

«...mientras el hemisferio izquierdo del cerebro parece jugar un papel predominante en los procesos lingüísticos(...) el hemisferio derecho tiene especial importancia en el reconocimiento de las caras y las imágenes corporales, así como en la música, el arte y otros ámbitos en los que la integración, la creatividad y la imaginación están implicadas.»

CUADRO 16.1 Tipo de relación entre los elementos no verbales y los verbales (según Ruben y Stewart, 1998)

Redundar: Repetir o duplicar el mensaje verbal.

Sustituir: Señalar con la mano en vez de nombrar algo.

Complementar: Sonreír y decir «me alegro de verte».

Enfatizar: Subrayar con la mano algo que se dice.

Contradecir: Decir algo chistoso con el rostro muy serio.

Regular: Asentir, levantar la mano para tomar la palabra, etcétera.

Una vez hechas estas aclaraciones, queremos alertar al lector respecto a la multitud de manuales que, desde todas las orientaciones, proponen de manera simplista algo equivalente a un «diccionario de gestos». Estos sistemas de clasificación casi unívoca presentan, sin duda, el atractivo de lo simple, aquello cuyo significado cerrado nos da apariencia de conocimiento y nos tranquiliza (así es el pseudosaber que se nos vende).

Así, quien mira a la izquierda, mente; quien se toca la mejilla duda; quien cruza los brazos, esconde algo, etcétera.

La realidad de la comunicación es mucho más compleja; es un fenómeno de campo en el que un significado se «cierra» por la confluencia e interdependencia de multitud de factores. Entenderlo así nos pone en disposición de acercarnos a la complejidad social y psicológica del ser humano.

Para terminar, hagamos un repaso rápido de esos elementos no verbales de la comunicación:

Kinesia
Proxémica
Paralingüística
Proyección física

Kinesia (Tabla 16.2)

La kinesia comprende el total de los gestos, expresiones y movimientos, tanto amplios como próximos

TABLA 16.2 *Elementos de la Kinesia.*

	Qué es	Para qué
Posturas	Todas las posiciones que adoptamos de forma dinámica y cambiante a lo largo de la comunicación Posturas: erguidos, de pie, sentados, apoyándose sobre una u otra cosa Movimientos: de cabeza, de hombros, de pies...	Establecer contacto y «posición» respecto al interlocutor Relajar el cuerpo y facilitar la respiración Facilitar la escucha y el contacto visual con el otro Eliminar la atención hacia otros estímulos distractores Gesticular desde y hacia posiciones significativas
Gestos	Movimientos significativos de manos, cabeza y brazos	Para establecer con el mensaje verbal todo tipo de relaciones significativas (véase la Tabla 14.3)
Expresiones faciales	La mirada y la sonrisa son las más versátiles y significativas, pero también están el arqueado de cejas, el fruncir la frente, el abrir la boca... Parece que existen unas 44 formas específicas y reconocibles, en las que se mueven los músculos de la cara en los seres humanos	Reflejan nuestras emociones Nos permiten obtener fácilmente una respuesta de los oyentes Con la sonrisa y la mirada podemos crear relaciones y «ambientes comunicativos»
Mirada	El contacto ocular es probablemente el elemento no verbal de mayor impacto en la comunicación	Transmitir confianza Captar y prestar atención

(Continúa)

TABLA 16.2 (Cont.).

	Qué es	Para qué
Mirada (cont.)	Se pueden distinguir varios tipos de «miradas»: Contacto facial Contacto facial unilateral Contacto hacia los ojos Mirada mutua Evitación de la mirada Fallo en la mirada	Establecer el tipo de relación Expresar emociones Acercarse al otro o distanciarse de él
Desplazamientos	Nuestros movimientos dentro del espacio pueden ser de todo tipo: de escape, de distanciamiento, de acercamiento e invasión, de exploración, para relajarnos, etcétera También pueden ser repetitivos y «parásitos», lo que suele ser percibido como muestra de nerviosismo	

Proxémica

La proxémica se refiere a la distancia o proximidad física que establecemos con nuestro interlocutor (Tabla 16.3).

Aunque las «distancias adecuadas» para los distintos encuentros comunicativos pueden ser muy diferentes, según los países y las culturas, hay una distinción de niveles de aproximación. Según estos niveles, la aproximación puede ser:

- Íntima.
- Personal.
- Social.
- Pública.

En los encuentros comunicativos propios de la relación médico-paciente es de especial relevancia el manejo adecuado de esta dimensión o recurso no verbal, ya que por lo «extraño» del contacto físico en las prácticas sanitarias, la distancia socialmente conveniente se ve alterada casi de manera continua.

Podemos decir que el profesional sanitario debe cuidar especialmente la forma en que tiene lugar esa «invasión del espacio íntimo», para no añadir más desagrado o ansiedad a momentos, ya de por sí muy aversivos, en aquellos que deben ser explorados, analizados o intervenidos en aras de una buena práctica curativa.

Otro de los aspectos que es preciso tener en cuenta en lo relativo a la proximidad y el contacto físico, es la *conveniente y efectiva cercanía* que se logra con una caricia a un niño enfermo, un abrazo al familiar de un paciente cuando éste llora por una mala noticia o el contacto de una mano, al hablar mirando a los ojos de una enfermera que cree haber cometido un error.

La calidez, empatía y credibilidad que aportan estos contactos comunicativos cuando están bien integrados en el mensaje, son difíciles de sustituir por la mejor de las palabras.

TABLA 16.3 Niveles de proximidad en nuestra cultura.

Íntima (0-45 cm)
Personal (45-120 cm)
Social (120-135 cm)
Pública (> 350 cm)

Paralingüística

Los aspectos del mensaje sonoro son tan relevantes que, junto con la mirada, proyecta casi toda la impresión comunicativa que transmitimos y que percibimos en los otros (Tabla 16.4).

Proyección física

La manera de vestir (formal/informal, profesional/de calle, etc.), los accesorios y los adornos (joyas, gafas, plumas, maletines, etc.) suponen el *contexto visual* que, según los códigos de cada cultura, situará a la persona en una u otra categoría social (rico o pobre, convencional o no convencional, juvenil o clásico, etc.).

Estas categorías ejercen mayor o menor influencia según el grado de conocimiento que tengamos de la persona y según otros aspectos situacionales.

Aunque hemos mencionado muchos elementos, y esto puede desorientar al lector, queremos insistir en que es muy importante que los elementos no verbales (miradas y gestos, sobre todo) no contradigan nuestro mensaje verbal y, por otra parte, que aspectos como el ritmo o los movimientos no impriman inquietud, nerviosismo o falta de control a la comunicación.

Bastaría con adoptar estas dos precauciones para mejorar de forma significativa nuestra comunicación interpersonal.

La escucha

Por último, y antes de concluir este apartado sobre el lenguaje, queremos hacer especial referencia a una forma lingüística que, siendo aparentemente menos compleja o

TABLA 16.4 *Elementos del mensaje sonoro.*

Volumen	Hay un primer « nivel de audibilidad » que debe ser salvado; después vienen todos los cambios de significado que pueden asociarse al volumen de voz bajo o alto El volumen alto ayuda a situarse en una posición de mayor seguridad y contribuye a una escucha relajada y una comprensión fácil Cambiar el volumen en una palabra o frase subraya su importancia y facilita que la atención del interlocutor se centre en ella
Entonación	La entonación , o cambios en los tonos de la voz, es el equivalente de los signos gramaticales en el lenguaje escrito: puntos, comas, comillas, puntos suspensivos, negrita... Sin ellos el mensaje es indescifrable La entonación es tan importante que puede cambiar por completo el significado de las palabras . La ironía, el humor, el poder, la duda, etcétera, se expresan con tonos que complementan o niegan el sentido literal del mensaje lingüístico La entonación afecta también a la emoción percibida y al grado de atención que logramos de nuestro interlocutor
Pronunciación	La articulación (pronunciación de las consonantes) y la Vocalización (pronunciación de las vocales) facilitan o dificultan la comprensión del mensaje
Velocidad	Un ritmo lento imprime tranquilidad, nos facilita el control de lo que decimos y hace fácil y relajada la escucha Sin embargo, un ritmo rápido inquieta y hace que disminuya el control en la comunicación

relevante para el resultado comunicativo, supone, sin embargo, un requisito imprescindible para que éste se dé con efectividad.

Se trata del manejo del lenguaje desde la posición de *receptor del mensaje*, es decir, cuando el objetivo comunicativo es, antes que nada, el conocimiento y comprensión del *discurso del otro*, entendiendo por «discurso del otro» tanto el contenido que nos transmite como las claves por las cuales llegamos a saber *quién y cómo es nuestro interlocutor*.

Para esos dos objetivos, de nuevo, uno de tipo informativo y otro interpersonal, disponemos del recurso humano y comunicativo por excelencia: *una atenta y respetuosa escucha*.

Escuchar es centrar nuestra atención en el otro y acceder a información relevante acerca de él y del mensaje que transmite.

Quien sabe escuchar de forma atenta y serena logra situarse en condiciones casi óptimas para la comunicación. Veamos algunas de estas ventajas de la escucha (Cuadro 16.2).

A pesar de estas evidentes ventajas, no es habitual saber escuchar adecuadamente. Ello es así por múltiples razones: la prisa, la atención sólo a los contenidos, la impulsividad, los prejuicios acerca de lo que el otro va a decir, el miedo a no poder controlar la comunicación si es el otro el que habla, son algunas de las variables, tanto sociales como individuales, que contribuyen a que la escucha sea, en estos momentos, un arte olvidado.

La mayoría de las personas solemos considerar que somos buenos «oyentes»; sin embargo, una verdadera escucha implica muchos otros aspectos que no se limitan a la audición pasiva de los sonidos que emite nuestro interlocutor.

Es más, una escucha atenta no sólo nos permitirá conocer la información que el interlocutor transmite, sino que a través de ella lograremos descubrir muchos otros aspectos del emisor.

McKay y cols. nos adentran en la complejidad y relevancia de la escucha:

«Escuchar es un compromiso y un honor. Es un compromiso entender cómo se sienten los demás y cómo ven el mundo, esto quiere decir poner a un lado tus prejuicios y creencias, tus ansiedades y tu interés personal para poder actuar desde su punto de vista y ver las cosas desde su perspectiva. Escuchar es un honor por-

CUADRO 16.2 Efectos de la escucha

- Nos sitúa en un estado de mayor relajación y serenidad.
- Dirige la atención hacia nuestro interlocutor y lo anima a expresarse.
- Imprime un ritmo pausado y sereno al diálogo.
- Evitamos la irritabilidad del otro y el malentendido propio.
- Nos permite conocer datos, experiencias, etcétera.
- Nos permite, pues, aprender.
- Nos permite observar el comportamiento de nuestro interlocutor.
- Y, por tanto, ir conociéndole mejor.
- En función de este conocimiento, podemos elegir mejor nuestras respuestas.
- Así, respondemos de forma más deliberada y menos automática (se rompe el círculo acción-reacción).
- En definitiva, hacemos que las condiciones para la comunicación mejoren significativamente.
- Y gracias a ello, podemos disfrutar con el otro, aprender de él, conocerle y ayudarle.

que dices a los demás: “Me importa lo que te pasa, tu vida y tus experiencias son importantes para mí”» (Mc Kay, M., Davis, M. y Fanninmg, P., 1995).

Es curioso (y preocupante) comprobar que las personas destinadas a influir de formas más efectivas y específicas en los demás (padres, políticos, médicos, educadores, etc.) son en muchos casos buenos «disertadores», pero muy malos «oyentes».

ESCUCHAR NOS AYUDA A CONOCER:

- Cómo es el otro.
- Cuál es su estado en este momento.
- Cuáles son sus motivaciones o intenciones.
- El tipo de lenguaje que utiliza.
- La información que transmite.

Tomamos del libro de Mc Kay y cols. (1995) dos de los desarrollos que pueden resultar más interesantes para el lector (Cuadros 16.3 y 16.4).

En nuestro objetivo de conocer al otro y mejorar la comunicación, la escucha puede ser de dos tipos:

- **Escucha crítica:** Cuando pretendemos indagar y conocer datos e información que el otro puede no querer o no saber darnos (Cuadro 16.5).
- **Escucha empática:** Cuando nos acercamos al otro para conocerle y saber cómo se siente.

Creemos que no es necesario argumentar la importancia de que el jefe de servicio sea un *magnífico oyente*.

En efecto, alguien cuya responsabilidad fundamental consiste en coordinar el trabajo de un grupo heterogéneo de profesionales hacia unas metas de excelencia en el trato y atención a los usuarios, deberá estar informado concienzudamente de quiénes son y cómo son las personas a su cargo y, como veíamos en el documento del General Medical Council, dirigirles hacia la mejor práctica médica posible.

CUADRO 16.3 Bloqueos a la hora de escuchar (Mc Kay y cols., 1995)

- **Comparar** con la propia experiencia o punto de vista.
- **Leer el pensamiento**, adelantándose o cambiando las palabras del otro.
- **Ensayar** o preparar lo que vamos a decir a continuación.
- **Filtrar** algunos contenidos o señales, impidiendo que pasen a nuestra atención.
- **Juzgar** a la persona que habla mientras se la escucha.
- **Soñar** a partir de las asociaciones de ideas promovidas por alguna palabra.
- **Identificarse** con la experiencia del otro y pasar la atención a la propia.
- **Aconsejar** antes de escuchar el final de lo que nos cuentan.
- **Discutir** y oponerse automáticamente a lo que se está oyendo.
- **Tener siempre razón** sin escuchar críticas u opiniones contrarias.
- **«Descarrilar»** con cambios de tema o respuestas «impertinentes» al mensaje.
- **Apaciguar** aparentando estar de acuerdo con todo de forma superficial y frívola.

CUADRO 16.4 Pasos para escuchar eficazmente (Mc Kay y cols., 1995)

- 1.º ESCUCHAR ACTIVAMENTE: preguntas, paráfrasis, retroalimentación, aclaraciones y asentimientos.
- 2.º ESCUCHAR EMPÁTICAMENTE (para la empatía véase el epígrafe dedicado a «Las emociones»).
- 3.º ESCUCHAR CON APERTURA MENTAL, dejando a un lado las valoraciones y tomas de posición.
- 4.º ESCUCHAR CON CONOCIMIENTO (véase a continuación el apartado dedicado a la «Escucha crítica»).

CUADRO 16.5 Pautas para escuchar de manera crítica

- Indagar para conseguir información.
- Comparar entre sí los datos que nos proporciona el hablante, para encontrar consistencias o contradicciones, vacíos de información o conjuntos de datos que van adquiriendo sentido.
- Preguntarnos acerca de lo que el otro realmente está diciendo.
- Preguntarnos por lo no dicho.
- Preguntarnos por las razones de la elección del contenido y de la forma del mensaje.

Por una parte, conocerlos supone ser eficaz en la obtención de información relevante, escucharlos con atención y observarlos de forma repetida y continua. Por otra parte, dirigirlos implica basarse en ese conocimiento interpersonal para lograr en cada uno el efecto pretendido de forma eficiente y personalizada.

Desde el punto de vista del trato al paciente, la escucha es, como veremos más adelante, la base sobre la que se sustenta cualquier vía de comunicación posible.

Si el otro (en este caso el paciente) es para nosotros alguien sin identidad propia, no será posible establecer una comunicación interpersonal que alcance unos mínimos de calidad y efectividad. Y, lo que es peor, en ningún momento podremos conocer el grado de acierto o error alcanzado en cada caso por nuestras palabras.

Para cerrar este bloque de contenidos sobre los recursos del lenguaje, permítase-nos una consideración tan indiscutible (estudios sobre comunicación en entornos comerciales y educativos así lo avalan) como olvidada:

Quien mejor conoce a su interlocutor tiene más posibilidades de lograr sus objetivos en la comunicación.

Las emociones

«Cualquiera puede enfadarse, eso es algo sencillo. Pero enfadarse con la persona adecuada, en el grado exacto, en el momento oportuno con el propósito justo y del modo correcto, eso, ciertamente no resulta tan sencillo». (Aristóteles: Ética a Nicómaco en Soleman, D. 1996)

Una vez repasados los aspectos más relevantes del lenguaje, debemos ahora prestar atención a aquello de lo que la comunicación se nutre: las emociones y estados afectivos de las personas que se comunican.

Con la cita de Aristóteles, utilizada por Goleman en su exitoso libro *Inteligencia emocional* (1996), comenzamos este apartado de indudable interés para comprender el fenómeno comunicativo.

Las emociones han sido tenidas en cuenta de dos formas muy distintas, según el efecto que producen sobre las relaciones humanas.

El primer y más tradicional acercamiento a la realidad emocional es aquel en el que ésta es considerada como algo «impuro», «irracional» y sumamente «inconveniente» para nuestras vidas.

Como es lógico, a partir de este planteamiento, el objetivo fundamental que debemos pretender en nuestros actos comunicativos es controlar, hasta la anulación, ese flujo emocional que puede dar al traste con la racional, adecuada y precisa comunicación.

La emoción es una «conmoción», en palabras de Cochran y Claspell (1987):

«Las emociones juegan a descontrolar nuestras bien ordenadas vidas, a interrumpir la racionalidad, a dividir a la persona con extravagantes y degeneradas demandas...» (Cochran, L. y Claspell, E., 1987, traducción propia).

Si es así, no cabe la menor duda de que debemos «mantener a raya» al monstruo que nos acecha.

Sin embargo, hay otro punto de vista que contempla las emociones no sólo como algo positivo, sino como algo necesario, como la esencia y sentido último de la comunicación humana.

«... la mayor parte de lo que sucede en la interacción social es significativo sólo si es interpretado según un elaborado sistema de significados definidos social y personalmente, y esos significados se sitúan en el corazón de la emoción, tanto como en el corazón del lenguaje, la cognición y la cultura» (Planalp, S., 1999, traducción propia).

¿Qué cabe hacer ante tanta disparidad de criterios?, ¿quién lleva razón y quién está equivocado?, ¿por cuál de las dos posturas nos decantamos?

Pues bien, debemos decir que las dos posiciones son correctas y que, como tal, integrarán los marcos de referencia de nuestro desarrollo.

Descartando, por supuesto, las valoraciones de «impuro», «malvado», «pecaminoso», o cualquiera otra que se encuadre en un marco de referencia religiosa o dualista, aceptamos, sin embargo, los calificativos de «conmoción» y de «disrupción» como pertinentes para el fenómeno emocional.

Asimismo, afirmamos, como los autores citados, que estas disrupciones o conmociones son las que dan sentido, calidad y cualidad a nuestras interacciones humanas, y que sin ellas no cabría una comunicación realmente significativa para nuestras vidas.

«Un mundo experimentado sin afectos sería un mundo pálido y sin significado. Podríamos saber que las cosas ocurren, pero no nos importaría nada si lo hacen o no» (Tomkins, S.S., 1979, traducción propia).

Como advierte Aristóteles, en nuestra relación con los demás el asunto no es: emociones sí o emociones no; el asunto es cuándo, cómo, con quién y para qué debemos dar cabida a las emociones en nuestro discurso.

A esos dos polos, el peligroso y el enriquecedor, y a esos condicionantes que hacen de las emociones algo positivo o negativo, dedicaremos los siguientes apartados.

1. Las emociones como interferencia: control y regulación.
2. Las emociones como significado: expresividad y comunicación.

Pero antes de entrar en estas cuestiones, será conveniente conocer algo más acerca de ese extraño mundo de las emociones.

¿Qué son las emociones?

Podemos definir una emoción como una *alteración de las constantes de nuestro organismo* (temperatura, ritmo cardíaco o respiratorio, secreción salival o gástrica...), ante *cierto tipo de situaciones o de hechos* (atractivos, amenazantes, inquietantes...), con un *cierto significado social y personal* (palabras con las que denominamos o contamos «lo que sentimos»), que nos *prepara o predispone para formas de acción* específicas (controlar, disminuir, escapar, acercarse, aumentar, etc.).

En esta definición están presentes los elementos que componen y determinan la experiencia emocional (Cuadro 16.6).

Como vemos, la experiencia emocional es algo complejo que de ninguna manera puede ser reducido al mero componente biológico. Las emociones son una experiencia psicológica influida mucho más por factores de tipo cultural y social que por variables de tipo biológico.

No olvidemos que las formas de respuesta (taquicardias, sudoración, etc.) no sólo son limitadas, sino que además son inespecíficas. Es decir, se pueden dar exactamente las mismas alteraciones en el miedo que sentimos cuando nos atracan, en la activación de bajar la montaña rusa y en la excitación de un encuentro sexual.

Así pues, los parámetros topográficos de la respuesta biológica no determinan qué tipo de emoción sentimos. Esta determinación o concreción viene dada por la situación que provoca nuestra respuesta y por la historia personal y social de relación con ese tipo de situaciones (el «nombre» que se adjudica a la experiencia).

Según Wittgenstein, sólo es posible conocer y poner nombre a la propia experiencia emocional a partir del intercambio y acuerdo social respecto a «lo que se suele sentir» en cada situación. Las emociones son, de esta forma, algo que no conoceremos a base de introspección o «lenguaje interno», sino a base de observación y contacto social.

Es como si tuviésemos un objeto, extraño para nosotros, en una caja cerrada: sólo podremos identificarlo como «una mariposa» si abrimos a otros nuestra caja y si obser-

CUADRO 16.6 Elementos que integran la experiencia emocional

- *Hecho o situación* que la elicit o provoca.
- *Alteración de alguna constante biológica* del organismo.
- *Significado social y personal* por la experiencia biográfica de cada uno.
- Preparación para todo tipo de acciones que lleven a dos objetivos básicos:
 - de regulación y control.
 - de expresión y comunicación.

vamos y comparamos su contenido con las «mariposas» de las cajas ajenas, conociendo así qué nombre se suele dar a aquéllo con lo que nos podíamos relacionar con anterioridad, pero cuyo significado no hemos conocido hasta haberlo hecho pasar por el refrendo social.

Para ampliar este punto remitimos al lector a la metáfora de la «mariposa en la caja» con la que Wittgenstein analiza el lenguaje de las experiencias emocionales (Gil de Pareja, J.L., 1992).

Veamos con más detenimiento cada uno de estos vértices del triángulo, para analizar después las formas de acción (Fig. 16.4).



Figura 16.4. Perfil de la experiencia emocional.

Hechos o situaciones que provocan emociones

En principio, *todo lo que nos rodea o sucede* es susceptible de desencadenar en nosotros una alteración emocional.

Dependiendo de la historia de cada persona, de su habilidad o capacidad de responder eficazmente, de sus condiciones y estado de salud, sueño, etcétera y, por supuesto, de los condicionantes sociales, hasta la más insignificante situación puede convertirse en una intensa experiencia emocional.

A pesar de esta variabilidad individual y social, podemos hacer un «retrato robot» del tipo de hechos o situaciones que nos alteran.

Este retrato tendría las facciones que se muestran en el Cuadro 16.7.

Como vemos, las situaciones de comunicación son por sí mismas una fuente de emociones de gran riqueza, intensidad y variedad.

Es imposible, salvo interacciones muy rutinarias e insignificantes, concebir las relaciones con los demás como algo emocionalmente neutro. Por tanto, vale más contar

CUADRO 16.7 Características de las situaciones que provocan alteración emocional

- Novedad o desconocimiento para la persona.
- Riesgo físico para la vida o la salud.
- Riesgo social: pérdida del empleo, ridículo, abandono...
- Intensidad de la estimulación: ruido, movimiento, cambio de altura.
- Atractivo sexual: olores, formas, gestos, palabras...
- Rasgos estéticos: color, armonía de las formas, contraste, sonidos...
- Proximidad de algo muy deseado: viaje, cita, premio...
- Proximidad de algo muy temido: avión, castigo, intervención quirúrgica...
- Interacción interpersonal, que lleva implícitos todos los rasgos anteriores:
 - Novedad e impredecibilidad.
 - Riesgo social y, a veces, físico.
 - Atractivo.
 - Puerta de acceso a lo temido y a lo deseado.

con las emociones y saber manejarlas bien en la comunicación que tratar de negarlas o de actuar como si no existieran.

Planalp, en su análisis de la comunicación emocional, señala:

«...las emociones en la comunicación pueden derivarse de casi cualquier cosa(...) los objetos de nuestra emoción pueden ser verbales (un chiste o el tema de la conversación), no verbales (gestos), personas (la pareja, el jefe...), pensamientos (ensoñaciones o fantasías), o, incluso, otras emociones (culpabilidad por habernos reído en un chiste racista, agresividad ante los celos de la pareja...). Pueden ser algo tan microscópico como un elogio, un insulto, una interrupción o el tacto de una mano, o algo tan macroscópico como una estresante entrevista de trabajo, un argumento excitante o toda una vida de relaciones frustrantes» (Planalp, S., 1999, traducción propia).

Estos «*objetos de nuestra emoción*» pueden ser, en efecto, señales u objetos particulares y concretos (elementos «micro» en términos de Planalp) o situaciones prolongadas y amplias (elementos «macro»); lo que hace que provoquen en nosotros una respuesta emocional es el hecho de presentar de uno u otro modo algunas de las *dimensiones o características* antes mencionadas (Cuadro 16.7): *novedad, atractivo, amenaza, intensidad o diversidad de la estimulación, impacto estético, etcétera.*

Respuestas de alteración biológica

Aunque podemos decir que las emociones han tenido siempre un componente de alteración biológica reconocible, no toda experiencia emocional desencadena cambio en las constantes del organismo (Cuadro 16.8).

Esa mayor o menor corporalidad de la emoción nos lleva a terrenos tan complejos como la diferenciación entre emoción, «estado de ánimo» «sentimiento» y «motivación» (Fig. 16.5).

CUADRO 16.8 Patrones más frecuentes de respuesta emocional

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| • Taquicardias. | • Calor. |
| • Sudoración. | • Rubor. |
| • Mareos. | • Temblor. |
| • Respiración agitada. | • Tensión muscular. |
| • Sequedad de boca. | • «Nudo» en el estómago. |



Figura 16.5. Continuo de los fenómenos emocionales.

Estos diferentes fenómenos psicológicos, emparentados todos ellos con lo emocional, pueden ser situados en un continuo en el que las «emociones» estarían cerca del polo de la mayor molecularidad (fenómeno más simple y primario) y corporalidad, mientras que las «motivaciones» estarían en el polo opuesto, el de mayor molaridad y abstracción (son tan sólo tendencias de conducta), quedando los estados de ánimo y los sentimientos como fenómenos intermedios. (Para profundizar en este aspecto remitimos al artículo de Ramos, J.L., Fernández, R. y Segura, M., 1997.)

En cuanto al tipo de alteraciones asociadas con las emociones pueden ser muy variadas dependiendo de la historia emocional de cada individuo. Pero, en general, los sistemas y órganos que suelen estar más implicados son el sistema cardíaco, el respiratorio y el gástrico, con patrones de respuesta como los que recogemos en el Cuadro 16.8.

No existen parámetros o «patrones fijos y específicos» de alteración biológica para cada experiencia emocional. Las investigaciones han demostrado que un mismo perfil, (por ejemplo, de alteración cardíaca + sudoración de manos + vasodilatación periférica) puede darse tanto en una experiencia emocional positiva (excitación sexual) como en una negativa y totalmente diferente (ansiedad al hablar en público).

Igualmente, podemos palidecer y quedarnos sin respiración tanto en una divertida bajada por la montaña rusa del parque de atracciones como en un espantoso episodio de miedo.

Que la emoción sea experimentada de una forma u otra dependerá, como hemos dicho, de la situación vivida y de la biografía y entorno de cada persona.

Además de los aspectos situacionales y biográficos, hay otros parámetros que contribuyen no tanto a la cualidad (significado subjetivo) sino, sobre todo, a la cantidad de la experiencia, y en consecuencia a las acciones a las que predispone. Los parámetros que afectan de forma cuantitativa a la experiencia emocional son:

- La intensidad.
- La frecuencia.
- La duración.

Significado de la experiencia emocional

Nos referimos aquí al significado personal de lo que se siente en cada situación que nos altera, a aquello que nos contaríamos si habláramos de ello con nosotros mismos.

Es evidente que no siempre ponemos en palabras lo que sentimos, pero *siempre ha habido palabras propias y ajenas en la construcción de cada experiencia emocional.*

José Antonio Marina, en su *Diccionario de los sentimientos*, traza un amplio recorrido por el mundo de lo emocional en los diccionarios y afirma que:

«El léxico contiene la sabiduría popular almacenada durante milenios. Su análisis nos ilustra acerca de cómo construimos el Mundo de la Vida(...) si un diccionario fuera la única fuente de conocimiento para un extraterrestre, sabría por él que los terráqueos perciben, conocen, evalúan, sufren, desean, se decepcionan, se desesperan(...)» (Marina, J.A., 1999).

En estas palabras se pone énfasis en el origen sociocultural de nuestra experiencia emocional. Sólo esta *forma compartida y colectiva de construir la vivencia emocional* hace posible la comunicación de emociones entre individuos diferentes, *aun cuando el referente de «lo sentido» sea, por definición, inaccesible al otro.*

Como en el apartado siguiente nos ocuparemos de la expresión y comunicación emocional, dejamos aquí este punto.

Acciones para las que preparan las emociones

Como mencionábamos al principio, las emociones pueden tener una función o significado negativo. Pueden ser vividas como «intenso sufrimiento», «peligro», «interrupción», «interferencia», «freno» «imposibilidad», etcétera. O pueden, por el contrario, ser vividas como «placer», «alivio», «excitación», «oportunidad», «viveza e intensidad»...

De una u otra *valencia* dependerá que las acciones se orienten en una de las dos direcciones lógicas: por un lado, el control o escape, y por otro, la búsqueda activa, el acercamiento, la expresión y la comunicación de la experiencia emocional.

Y de ello dependerá, a su vez, cómo se inscriban en la comunicación los componentes emocionales. Veámoslo a continuación.

Exceso de control: comunicar sin emoción

Cuando en una interacción comunicativa están ausentes en su totalidad las señales y componentes de la emoción, ello puede deberse a dos razones:

1. La situación, por su insignificancia y neutralidad, hace aconsejable y provoca una comunicación *vacía* de resonancias emocionales.
En este caso, la falta de emocionalidad en el discurso es adecuada y coherente con el significado del encuentro comunicativo. Podemos decir, aludiendo a la definición de comunicación con la que comenzábamos que *lo informativo prima sobre lo interpersonal* y no hay nada en la situación que añada «riesgo emocional».
2. La persona que comunica, por su historia de relación con situaciones parecidas (o en las relaciones interpersonales en general), *ha aprendido a ejercer un hipercontrol* sobre sus alteraciones emocionales, de manera que éstas han dejado no sólo de estar presentes en la comunicación, sino incluso de existir para los otros y para sí mismo.

Este exceso de control es frecuente en biografías en las que *la gran intensidad y frecuencia de experiencias aversivas, y lo temprano de éstas, ha imposibilitado una convivencia pacífica y enriquecedora con «lo sentido»*.

Es el caso de niños que han sufrido abuso sexual, de hijos de familias en las que ha habido maltrato doméstico, de niños de la guerra o de los que crecen en las calles de las grandes ciudades, sin tiempo ni ocasión para hacerse competentes en el conocimiento y comunicación de su abundante y desbordante experiencia emocional.

El hipercontrol tiene también su origen en *pautas de crianza* en las que se propone como *modelo de conducta* la *imperturbable racionalidad del discurso lógico e interpersonal*.

El daño psicológico, social y también biológico de estas pautas de comportamiento basado en el hipercontrol («estilo represivo» en términos de los que estudian el fenómeno) está ampliamente confirmado por la investigación reciente.

Entre los daños biológicos más habituales, como saben muy bien nuestros lectores, están las afecciones cardíacas y las del sistema inmunitario, y en especial el desarrollo de procesos cancerosos.

Aunque éstas sean las dolencias de mayor gravedad, es frecuente también la incidencia de problemas asmáticos, estreñimiento, altos niveles de colesterol, eccemas y psoriasis, etcétera.

«El sujeto represor procesa la información(...) manteniendo un patrón atencional automático evitativo respecto a los estímulos aversivos(...) presenta tiempos de

reacción más largos ante estímulos emocionales y sexuales(...) tiene peor memoria para sucesos estresantes o desagradables(...) y sus primeros recuerdos suelen ser más tardíos(...)» (Fox, 1993; Weinberger, 1990; Wainberger y cols., 1979, y Davis y Swartz, 1987; en Cano-Vindel, A. y cols., 1999).

No hace falta extenderse en lo que es obvio: estas personas tienen, además de todo lo dicho, un *vocabulario emocional escaso*, es decir, un *repertorio de expresiones verbales y no verbales* insignificante e inapropiado, al servicio de la comunicación de lo que sienten.

Además, son personas que «eligen» hablar de sus emociones con una frecuencia realmente escasa y sólo en situaciones excepcionales.

Podemos decir que, en estos casos, el precio de relacionarse con las emociones ha sido tan alto que se ha aprendido a anularlas; pero el coste de vivir anulándolas es también tan alto que la solución se llega a convertir en un problema de iguales o mayores dimensiones.

En lo psicológico y lo social, las consecuencias son asimismo enormes: la persona que escapa de sus emociones crece sin conocerse a sí misma ni a los demás, es incapaz de sentir empatía y sus relaciones están frecuentemente abocadas al fracaso.

Educar, compartir, enamorarse, ayudar a otros, divertirse, aprender, mejorar, conocerse..., todo esto pasa por un adecuado manejo de las emociones en la relación con los otros.

«Víctimas de desastres o de torturas pueden presentar rostros vacíos de expresividad, lo que un observador astuto interpretaría como “estar desbordado o bloqueado”, más que como “no conmovido”» (Frigda y Tcherkassof, 1997, traducción propia).

Déficit de control: emociones que interfieren o perjudican la comunicación

Al igual que un exceso de control emocional constituye un problema para la comunicación y para la vida de las personas, también la ausencia de control o el fracaso a la hora de inhibir las emociones supone un gran riesgo de conflictos, desencuentros y finales inesperados en nuestra comunicación interpersonal (Tabla 16.5).

TABLA 16.5 *Ejemplos de los efectos del déficit de control emocional.*

Inoportunidad	Daño o interferencia	No deliberación
No controlar la risa que nos produce un recuerdo, cuando estamos hablando con alguien que está triste	La ansiedad en una entrevista de trabajo nos bloquea y hace que no recordemos lo más importante	Cuando la ira nos hace decir cosas de las que más tarde nos arrepentimos
La excitación ante un próximo viaje cuando vamos a entrar a un examen importante	La ternura ante un niño enfermo disminuye la directividad de nuestro trato	Cuando el miedo hace que nos neguemos a propuestas interesantes, como hacer una presentación en público o negociar con contrincantes difíciles
Los padres de un niño que sean incapaces de inhibir ante él su preocupación por una revisión médica	La angustia por una separación afectiva nos hace cometer errores en el trabajo y tratar de forma irascible a un empleado	Cuando la excitación y la «aceleración» nos llevan a actuar impulsivamente y a tomar decisiones precipitadas sin escuchar

Ejercer un control sobre lo que sentimos es imprescindible cuando, por la situación en que estamos, *no es oportuno* mostrar las emociones o dejarse llevar por ellas, o cuando *la intensidad o duración de nuestra experiencia emocional* dificulta claramente nuestras acciones, o en el caso (muy frecuente) de que *sentirnos de cierta manera nos lleve irremediablemente a formas de actuación que tienen consecuencias perjudiciales para los demás o para nosotros mismos*.

Como vemos, se trata de un continuo en el que se pasa de *una mera inoportunidad* de la emoción, a la *aparición de consecuencias imprevistas e indeseadas* producidas por nuestra precipitación e impulsividad, pasando por el *daño, interferencia o imposibilidad* al intentar llevar a cabo acciones importantes o que requieren precisión.

Sabemos que una de las variables de más peso en el fenómeno de la *violencia doméstica* en todas sus formas (violencia contra la mujer, contra los niños, los ancianos y también aunque, en menor medida, contra los hombres adultos) es la incompetencia para conocer las emociones propias y las ajenas (empatía) y para controlarlas y comunicarlas adecuadamente.

Sin llegar a estos extremos tan dañinos, todos estamos sujetos a «descontroles» más o menos frecuentes. Descontroles propios que perjudican nuestras relaciones privadas o laborales, y descontroles ajenos ante los que nos encontramos, a veces, indefensos y temerosos.

Los jefes de servicio, en su cometido de supervisar y controlar el trabajo de otros, deben manejar de forma competente el control emocional de médicos, enfermeras, pacientes y, por supuesto, de sí mismos, cuando la presión, enfado, impotencia, entusiasmo o cualquier otra emoción intensa amenaza con hacer estragos en relaciones y tareas.

Por esta razón, y por la relevancia social de este asunto, vamos a proponer a continuación algunos métodos eficaces para el control de las emociones propias y ajenas en las situaciones de comunicación (Tabla 16.6).

TABLA 16.6 *Recursos para controlar las emociones.*

Control de las emociones	<i>Propias</i>	Técnicas de respiración. Técnicas de relajación. Control atencional y cognitivo. Desaceleración de las acciones.
	<i>Ajenas</i>	Identificar a tiempo la alteración emocional del otro. Controlar el efecto que pueda producir en nosotros (no dejarse contagiar emocionalmente). Dejar hablar al otro, sin interrumpirle ni gesticular mientras se desahoga. Repetir firme y serenamente el mensaje previsto. No usar un lenguaje similar al de nuestro interlocutor, cuando éste actúa impulsivamente. Propiciar acuerdos parciales, empatizando con lo que el otro siente. Servir de modelo de serenidad, control y relajación. Posponer la comunicación o darla por terminada sin agresividad o descontrol. Dar instrucciones concretas para que el otro se tranquilice.

CUADRO 16.9 Control atencional y cognitivo

Control atencional

Retirar la atención de aquellos aspectos de la situación que pueden ser fuente de ansiedad, estrés o ira, y dirigirla a esos otros que nos permiten conocerla y actuar de forma adecuada.

Parada de pensamiento

Dejar de pensar en aquellos temas que nos producen alteraciones emocionales. Para ello debemos introducir una señal intensa (palmada, dolor, palabra) y «distraer» nuestro pensamiento con un tema alternativo que requiera gran atención.

Corrección de errores cognitivos

Contra la «globalización»:

Recoger más información sobre detalles y aspectos concretos de las situaciones y personas. No sacar conclusiones precipitadas. Ir adaptando las ideas y posiciones a las circunstancias concretas de cada momento.

Contra el «negativismo»:

Completar la observación y búsqueda de información con los aspectos positivos y útiles de cada situación.

Contra las «atribuciones incorrectas»:

Realizar análisis más detallados y múltiples de las causas y responsabilidades a las que debe ser atribuido cada hecho.

Contra los «anclajes temporales»:

Reconocer los pensamientos recurrentes sobre el pasado (recuerdos) y sobre el futuro (anticipaciones) y sustituirlos por una atención centrada en la tarea presente.

Una vez repasadas las formas en las que las emociones afectan a la comunicación (Cuadro 16.9), veremos qué ocurre *cuando ésta resulta enriquecida, coloreada y viva, gracias a la presencia de las emociones*. También trataremos *la comunicación deliberada de emociones*, es decir, la que se da cuando el contenido y finalidad de la comunicación interpersonal es, precisamente, *hablar de emociones*.

Comunicar emocionalmente

Si en los apartados anteriores hablábamos del perjuicio de ajustar inadecuadamente el grado de control que nuestras emociones requieren, ahora nos vamos a ocupar de *la presencia y función de las emociones en la comunicación*.

Mostraremos cómo el discurso se enriquece y gana en claridad y calidad cuando las emociones se hacen presentes de *forma adecuada* (a la situación), *personal* (diciendo mucho de quien habla) y *comprensible* (con expresiones que nuestro interlocutor conoce).

Vamos a diferenciar, por una parte, la *comunicación de cualquier contenido o mensaje, enriquecido emocionalmente*, esto es, con los tintes y tonos que imprimen los elementos verbales y no verbales que hablan de lo emocional; y por otra, *la comunicación e intercambio de contenidos que hacen referencia directa a las experiencias emocionales*.

En este apartado nos ocuparemos del primer supuesto, esto es, cuando el objetivo es hablar de una película, un cuento, un viaje o un examen y *simultánea y significativamente expresamos cómo ese hecho o situación hace que nos sintamos*.

Aquí, por supuesto, los elementos no verbales del lenguaje son los protagonistas (recordemos lo apuntado al hablar de estas formas de lenguaje). Son estos elementos gestuales, sonoros y de movimiento, los que complementan el discurso: no sólo se habla de algo, sino que quien está hablando se siente de determinada manera ante ello, y así lo manifiesta.

Esta emocionalidad integrada (no añadida) en el discurso nos permite conocer al hablante mientras éste nos comunica algo.

Ese «colorido emocional» del discurso es posible gracias, sobre todo, a las inflexiones y matices de la voz, al uso de las manos y a la expresividad facial.

Los grandes comunicadores (políticos, actores, presentadores de televisión, etc.) nos transmiten su entusiasmo, adhesión, enfado, duda o angustia cuando hablan de hechos muy variados que les afectan positiva o negativamente.

Como afirma Planalp, la gente puede reconocer las emociones en las voces de los otros mucho mejor de lo que cabría esperar.

«Oímos» las emociones de la gente en el volumen, en los tonos más altos o más bajos de sus voces, en cómo éstas tiemblan, se aceleran, se entristecen o ríen; las oímos cuando alguien no habla en absoluto y, cuando lo hace, por el tiempo que emplea» (Planalp, S., 1996, traducción propia).

Como resumen de estas «pistas emocionales» en el lenguaje y la comunicación aconsejamos separar los contenidos de la Tabla 16.7.

Por supuesto, la expresividad casi siempre es una combinación de señales de varios tipos. Esto es lo que hace más eficaz y comprensible el mensaje emocional.

La implicación emocional en el discurso, nos mueve, nos agita, nos inspira y, a veces, nos desborda, pero es lo único que puede hacer de nuestras palabras algo vivo, creíble y convincente.

TABLA 16.7 *Claves de la presencia de emociones en la comunicación.*

Canal	Ejemplos
Gestos faciales	Mirada fija: en la ira Desvío de la mirada: en la ira, la vergüenza y el miedo Ojos y boca abierta por la sorpresa
Claves vocales	Rapidez en el habla: en la ansiedad y la excitación Lentitud: en la tristeza Volumen de voz alto: en la alegría y la exaltación
Alteraciones biológicas	Rubor cuando se habla de algo que avergüenza o excita Sudor de manos: en la ansiedad
Gestos y movimientos corporales	Excesiva quietud o movilidad: se asocia a ansiedad Movimientos amplios y rápidos de manos con alegría
Acciones	Manipular objetos, dibujar, mover sillas o acondicionar el espacio, quitarse o ponerse prendas de ropa, comer o beber: todo esto pueden ser indicadores de emocionalidad
Claves verbales	Superlativos, adverbios, adjetivos, formas despectivas, repeticiones de palabras, etcétera (como dijimos al hablar de la función valorativa del lenguaje) son señales claras de emociones de todo tipo
Falta de señales	Como ya señalamos, la falta de señales puede ser percibida como bloqueo emocional

Comunicar las emociones

Por último, nos vamos a ocupar de lo más específicamente comunicativo, cuando las emociones son el objetivo y el tema de la comunicación.

La competencia o habilidad para poner en palabras (y gestos) nuestros estados y experiencias emocionales es una apasionante meta personal que, en la mayoría de los casos, estamos lejos de alcanzar.

Según Aristóteles, saber el *cuándo*, el *a quién*, el *para qué* y, sobre todo, el *cómo*, a la hora de hablar de emociones, es una ciencia o un arte realmente difícil.

Para que haya una verdadera comunicación emocional debe darse:

- ***La intención de compartir*** con otro u otros nuestras emociones.
- ***La competencia para darles forma*** de manera adecuada.
- ***Que el otro comprenda y empatice*** con nuestra emoción.
- ***Que nos llegue un feed-back que aliente ese intercambio.***

Está claro que la sabiduría (o «inteligencia emocional» en términos de Goleman) para este tipo de intercambios difiere enormemente de unas personas a otras. Mientras que algunas son sumamente hábiles en la expresión y comprensión de los mensajes emocionales, otras apenas son capaces de entrar en esa dimensión.

Según sus investigaciones, y explorando básicamente la percepción de estados emocionales a través de los elementos no verbales de la comunicación, Rosenthal encontró los siguientes resultados con su prueba PONS (*Profile of Non Verbal Sensitivity*):

- Las mujeres eran más hábiles que los hombres en la «lectura» de los estados emocionales del otro.
- Los padres de bebés lo eran más que los que no tenían hijos o los tenían de mayor edad.
- Las personas de la misma cultura que el observado llegaban a conocer mejor su estado emocional.
- Los actores eran, entre los profesionales, los más hábiles.

Estos datos nos revelan algo que, por otra parte, era esperable: que *nuestra competencia en la comprensión y expresión emocional depende de aspectos culturales y motivacionales.*

Es decir, aprendemos a intercambiar emociones de forma adecuada cuando:

- *En ese entorno cultural es un aprendizaje importante y deliberadamente facilitado* (hay buenos modelos, pautas de conducta y práctica frecuente).
- *Es, temporal o permanentemente, un medio idóneo para lograr fines que nos importan mucho* (caso de los padres de bebés y de los actores).
- *Compartimos experiencias y modos de vida con las personas con las que nos comunicamos.* En este caso el éxito se facilita y la motivación aumenta.
- *El interés por los otros en general, o por algunos otros en especial, nos lleva a querer conocerlos y a querer que nos conozcan de forma más cercana y completa.*

Desgraciadamente, en nuestra cultura, *a los profesionales que trabajamos con personas* (médicos, enfermeras, psicólogos, maestros), *no se nos educa o entrena de forma exhaustiva* ni se nos motiva para hacer de la comunicación emocional una herramienta de primer orden en nuestro trabajo.

En el caso de los clínicos, y también en el caso de los jefes de servicio, es imprescindible, por la naturaleza de su trabajo, el dominio de recursos comunicativos para el intercambio emocional efectivo.

La inclusión de este tipo de aprendizaje en los planes de estudio de las facultades de medicina y enfermería es una prioridad para el logro posterior de objetivos orientados a la calidad en el trato y servicio a los pacientes.

En una cultura ahogada por la información, somos más torpes que antes en el intercambio emocional; se han empobrecido las expresiones y formas de lenguaje, y mostramos escasa empatía hacia personas y culturas de las que, sin embargo, conocemos mucho más que en otros momentos de la historia.

Ateniéndonos a los dos polos de la comunicación, podemos distinguir un proceso o continuo en el que se dan varias formas interdependientes de «sabiduría emocional» (Fig. 16.6).

- **Escucha y atención al mensaje emocional:** Para conectar con los mensajes emocionales del otro, es preciso percibir sus señales no verbales y escuchar sus palabras con suficiente atención, respeto e interés (Cuadro 16.10).
- **Empatía y respuesta sincrónica:** Para poder responder de manera adecuada, es decir, con reciprocidad, al mensaje emocional del otro, necesitamos además manejar bien la empatía y los recursos emocionalmente expresivos (Cuadro 16.11).

«La empatía exige la calma y la receptividad suficientes para que las señales sutiles manifestadas por la otra persona puedan ser captadas y reproducidas por nuestro cerebro emocional (...) Esta capacidad (la empatía) que nos permite saber lo que sienten los demás, afecta a un amplio espectro de actividades (desde las ventas a la dirección de empresas, pasando por la compasión, la política, las relaciones amorosas y la educación de nuestros hijos) y su ausencia, que resulta sumamente reveladora, la podemos encontrar en los psicópatas, los violadores y los pederastas» (Goleman, D., 1995).

Stern, entre otros, ha estudiado el desarrollo de la empatía en los niños a partir de la relación madre-hijo y las pautas de crianza que llevan a la imitación de expresiones de emociones.

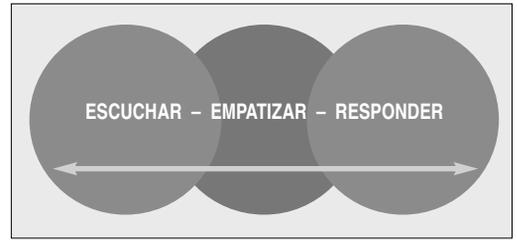


Figura 16.6. Continuo de la comunicación emocional.

CUADRO 16.10 Pautas para escuchar empáticamente

- Poner **mayor atención en escuchar** que en hablar.
- **Responder a lo** que es **personal** y no abstracto.
- **Seguir al otro en su exploración** de las áreas emocionales que se dispone a explorar.
- **Responder a los sentimientos implícitos** de lo que ha dicho más que a los contenidos.
- **Intentar entrar en el marco de referencia** (valores, pensamientos) de la otra persona, más que responderle desde el propio.
- **Responder con comprensión empática y aceptación** más que con desacuerdo, objetividad distanciada o excesiva identificación (cuando hacemos de su problema el nuestro).

CUADRO 16.11 Ventajas de la empatía**NOS PERMITE**

- Cuando empatizamos comprendemos lo que el otro siente y se lo hacemos saber...
- **Y ¿qué nos permite la empatía?**
- **Recoger** más y mejor información emocional.
- Identificar los sentimientos expresados.
- **Disminuir los estados emocionales negativos** y, por tanto, favorecer la comunicación.
- Reforzar y **compartir los estados emocionales positivos**.
- **Instalarnos en la dimensión emocional de la comunicación.**
- **Controlar nuestras propias emociones** al percibir la conducta del interlocutor y valorar abiertamente la posición del otro y lo que la determina, teniendo así mayor probabilidad de influir en él.
- Enriquecer nuestro vocabulario y nuestra **inteligencia emocional**.

Creemos que no es necesario subrayar *la importancia de la empatía en el trabajo sanitario*, la inmensa utilidad de este medio de conocimiento humano, y su presencia obligada en el trato con los pacientes y también con los profesionales que los atienden. En ambos casos se trata de personas que se sienten asustadas, indefensas, vulnerables, ignorantes, desorientadas, estresadas...

Puede que la intensidad y frecuencia de estas emociones varíe de unos (los pacientes) a otros (los profesionales sanitarios), pero sin duda el dolor, la enfermedad y la muerte, afectan a todos, y todos tienen que afrontar intensas experiencias emocionales que tendrán mejores efectos si son manejadas con calidez y sabiduría empática.

■ **Respuesta expresiva:** Antes de adentrarnos en esta cuestión que nos lleva al apasionante territorio de las palabras y las formas del lenguaje afectivo, debemos reconocer su dimensión inabarcable; por eso, nos limitaremos a tratarla someramente aludiendo tan sólo a algunas de las formas de expresión más útiles para estos propósitos.

En efecto, el sabio uso de metáforas, alusiones personales, descripción, etcétera, posibilita hablar vivamente de lo que sentimos y también nos lleva a influir de manera certera en las emociones, estados y acciones de nuestro interlocutor.

Las siguientes palabras de Hayakawa son esclarecedoras:

«Como las serpientes bajo el hechizo de la flauta encantada, nos dejamos mecer por las frases musicales del hipnotizador verbal(...) Gracias a la comunicación científica, con sus sistemas internacionales de pesas y medidas, con su nomenclatura universal y sus signos matemáticos, podemos intercambiar nuestra información, hacer un depósito común de nuestras observaciones y dominar nuestro medio colectivamente. Gracias a la comunicación afectiva (la conversación y el gesto cuando podemos vernos y la literatura y las demás artes, cuando no podemos) llegamos a comprendernos, dejamos de mirarnos con sospechas estúpidas y poco a poco vamos realizando la comunidad entre nosotros y los demás. LA CIENCIA NOS CAPACITA PARA COOPERAR, LAS ARTES ACRECIANTAN NUESTRA SIMPATÍA PARA QUERER HACERLO». (Hayakawa, S.I., 1992).

En efecto, este lenguaje afectivo o expresivo:

- **Hace presentes las emociones del emisor**, de forma que el que escucha pueda conocerlo mejor y pueda, asimismo, expresar sus propias emociones y estados de ánimo. Podemos decir que la incorporación del lenguaje afectivo al discurso sirve de señal para cambiar la prioridad de la comunicación, pasando de lo informativo a lo más personal.
- **Logra captar la atención del receptor**. La comunicación expresiva enriquece la capacidad de atracción de nuestro mensaje verbal, añadiendo un grupo de estímulos visuales y auditivos de gran significado que, aplicados de manera adecuada, completan y delimitan la comunicación, haciendo de ella algo vivo, único y diferente «aquí y ahora», entre una persona y otra u otras cada vez que la comunicación tiene lugar.
- **Proporciona retroalimentación** del efecto que el mensaje produce en el receptor. La respuesta del otro ante nuestra comunicación afectiva es un magnífico espejo donde contemplar el alcance de su impacto, y donde comprobar también la disposición y habilidad de nuestro interlocutor para entrar en los «juegos del intercambio emocional».
- **Logra cambiar los estados emocionales propios y ajenos** con más eficacia que los intentos de control y negación emocional. Como vimos al hablar del control emocional, la exclusión permanente de las emociones en los contenidos comunicativos no es precisamente la mejor vía para manejar correctamente los afectos que nos asaltan.

Sin embargo, la práctica de «poner en voz alta» lo que sentimos (eso sí, cuidando las formas, la ocasión y el interlocutor) supone un aprendizaje extraordinariamente eficaz para ir estableciendo poco a poco una relación mutuamente conveniente con las emociones. Para conseguir estos efectos con brillantez, además de los elementos del lenguaje no verbal mencionados, los recursos verbales que más nos ayudan son:

- Repetición de palabras.
- Metáforas y comparaciones.
- Alusión, cita o escena compartida.
- Ironía y sentido del humor.
- Datos de concreción extrema.
- Palabras de carga emocional.
- Verbos de sentimiento.
- Preguntas retóricas.
- Silencios.
- Cosas «no dichas».

Cerramos este apartado con algunas recomendaciones para utilizar bien el lenguaje afectivo (Cuadro 16.12).

Autoafirmación y persuasión

«Aristóteles y otros maestros clásicos reconocían, hace mucho tiempo, que los hechos y la lógica solas son a menudo insuficientes para la persuasión. Los hechos y la lógica –las bases prescritas para la persuasión– deben adaptarse a la situación, y es el lenguaje y el estilo lingüístico los que soportan la carga de esta

CUADRO 16.12 Pautas para comunicar emociones

- Usar un **«lenguaje privado»**, restringido a un cierto grupo o entorno, con palabras que favorecen la complicidad.
- Elegir **términos de alta carga emocional**, palabras que en ese momento o contexto evocan afectos o valoraciones intensas en los oyentes.
- **Alterar la estructura lógica**, empezando por lo no esperado o por lo no comprensible para crear estados emocionales.
- **Añadir valoraciones y experiencias propias**, para así personalizar y mostrarse en el mensaje.
- **Hacer preguntas directas o retóricas**, para implicar a los que escuchan.
- **Repetir de forma «musical»**, creando efectos y ritmos.
- **Cambiar bruscamente de nivel o función lingüística**: de lo muy abstracto a lo concreto, coloquial y popular; de lo muy descriptivo a lo intensamente valorado, etcétera.
- **Usar metáforas**: la metáfora expresa el «halo semántico» personal o social del mensaje.
- **Extender las descripciones exageradamente**, para llevar al interlocutor a la experiencia concreta con gran viveza.
- **Dejar sin tratar ciertos temas**, haciendo así que queden insatisfechas las expectativas y creando inquietud sobre lo que se va a decir.

misión. Los teóricos e investigadores contemporáneos han reconocido que es el lenguaje el primer instrumento para la persuasión.» (Ng, Sik Hung y J.J. Bradac, 1993).

Si hasta ahora hemos analizado el fenómeno comunicativo partiendo de las dos fuentes que lo nutren, el lenguaje y las emociones, vamos a enfocar ahora el análisis desde la perspectiva de los resultados o efectos comunicativos.

Si queremos ser fieles a la definición formulada al principio («comunicación como efecto en la conducta del otro»), no podemos eludir esta dimensión funcional a la hora de «cerrar» y dar sentido a todo lo dicho hasta el momento.

Podemos decir que la comunicación es el logro de efectos recíprocos y continuos entre los interlocutores implicados en ella.

Pero, una vez establecido esto, cabe plantearse varias cuestiones importantes:

- ¿Qué tipo de efectos son esperables de los encuentros comunicativos?
- Los efectos ¿son «equivalentes» en cada uno de los interlocutores?
- ¿Qué aspectos extracomunicativos facilitan o dificultan los logros interpersonales?
- ¿Qué elementos lingüísticos y emocionales contribuyen a alcanzar unos u otros resultados?

Empezaremos respondiendo a las dos primeras cuestiones, para pasar después a los aspectos más pragmáticos abordados en las dos últimas:

¿Qué pasa cuando dos (o más) personas se comunican?

En términos coloquiales, podemos decir que pasan dos cosas: primero que esas personas se conocen o «reconocen» entre sí y, segundo, que ambas producen un impacto o cambio en el otro.

Al primero de estos dos efectos vamos a denominarlo «autoafirmación» o simplemente «afirmación», y al segundo, «efecto persuasivo» o «ejercicio de poder».

Anticipando la respuesta que más tarde daremos, señalemos que este efecto persuasivo o ejercicio de poder que recíprocamente está afectando a todos los implicados en una interacción comunicativa no es, ni mucho menos, equivalente.

Siempre hay una influencia mayor en uno de los interlocutores (alteración emocional, cambio de opinión, aprendizaje, acciones...) que en el otro.

Podemos afirmar, pues, que el ejercicio del poder es desigual la mayor parte de las veces.

Con esta imagen siempre presente, vamos a ocuparnos de estos dos aspectos de suma relevancia para nuestra vida personal y social: mostrarnos ante el otro y lograr nuestros objetivos sobre él.

Autoafirmación

«Si se observa lo que ocurre en una comunicación, se aprecia que lo que se construye en primer lugar, a través de dicha actividad, es una identidad (las identidades de los implicados) ya que la comunicación tiene siempre como objetivo general expresar dicha identidad. Al comunicar no puedo no afirmar mi ser y por tanto, no situarme en relación con el otro. Para muchos investigadores, la finalidad de la comunicación es crear la identidad de uno mismo respecto al otro, a través de un acto de relación.» (Mucchielli, A., 1998).

La autoafirmación supone la capacidad de conocer y defender los propios objetivos, puntos de vista y deseos, evitando que los demás entorpezcan o impidan nuestro acceso a ellos.

Cuando ingenuamente creemos que al comunicarnos sólo transmitimos una información, es que no recordamos cómo son las cosas en nuestra realidad cotidiana. Cada día construimos nuestras relaciones con la asistenta que limpia nuestra casa, con el vecino que encontramos en el ascensor, con el empleado de la ventanilla, con nuestra pareja, con la secretaria, con el paciente que viene a consulta... dejando bien claro (o al menos intentándolo) quiénes somos y quiénes debemos seguir siendo para ellos, cumpliendo siempre un «rol» o papel que no cambie sustancialmente con el paso del tiempo.

La mirada, el tono de voz, la repetición de las palabras o la elección de «ese momento y lugar para hablar de eso», están afirmando nuestra identidad, construida a base de experiencias, intenciones, deseos, puntos de vista, etcétera, necesariamente diferentes a los del otro.

La comunicación es una confrontación, un encuentro de dos individuos, diferentes por definición (eso significa la individualidad, $N = 1$), que con su identidad, biografía, objetivos y habilidades, tratan de «mover el mundo» en direcciones diferentes.

Como vemos en la Tabla 16.8, dependiendo de las posiciones adoptadas en cada encuentro (ya sea más deliberado o menos), surgirá el *reconocimiento de cada uno por parte del otro*.

Podemos afirmar también que *el reconocimiento de uno mismo surge a través del efecto logrado sobre el otro en la comunicación*.

«Ya se haga referencia al ámbito de la política, la economía, la medicina, el ocio, la cultura, el terrorismo, la emigración o cualquier otra actividad social en las que el ciudadano se sienta implicado y quiera participar; lo cierto es que en todas ellas, se trate de salarios, impuestos, atención médica, consumo, hábitos sociales de los jóvenes, elecciones... la discrepancia y el desacuerdo son las credenciales con las que los individuos, los grupos y las instituciones sociales se presentan habitualmente unos frente a otros, en función de sus diferentes percepciones, expe-

TABLA 16.8 Continuo de autoafirmación según los objetivos personales.

Autoafirmación	1. Objetivos de autoafirmación y poder	Cuando sabemos que nuestro objetivo es claramente incompatible con los intereses del interlocutor y pretendemos que éste cambie su comportamiento en la línea de nuestros deseos, opiniones o conocimientos
	2. Objetivos de colaboración o acuerdo	Cuando nuestro objetivo es diferente al del otro, pero queremos (y sospechamos que es posible) llegar a un resultado compatible o que integre los intereses de ambos
	3. Objetivos de sumisión o filiación	Cuando nuestro objetivo prioritario es ser aceptados por el otro y, por tanto, nos ponemos al servicio de sus objetivos

riencias e intereses» (Briñol Turnes, P., De la Corte Ibáñez, L. y Becerra Grande, A., 2001; la negrita y el subrayado son nuestros).

Esta función de presentación mutua, de identificación de los actores de la comunicación, se lleva a cabo gracias a la combinación de elementos muy variados.

Algunos de estos elementos son más permanentes, mientras que otros son los propios de la comunicación que se establece en cada momento. Aunque todos ellos forman parte de la interacción comunicativa, vamos a separar, en la Tabla 16.9, los que son propiamente comunicativos y los que, por el contrario, «contextulizan» o «modulan» la comunicación desde lo social o desde lo individual.

Estos tres bloques de elementos proceden de variables independientes entre sí. Sin embargo, a la hora de la comunicación se integran formando un todo, al que podemos atribuir la impresión que produce una persona en otra en el proceso de la comunicación.

La lectura que alguien hace respecto a la identidad del otro está, como vemos, totalmente condicionada por los valores sociales, las normas y las costumbres de cada entorno cultural específico.

Así, lo que en un entorno es señal de autoridad y fortaleza, en otro puede serlo de mala educación y agresividad.

Los valores, normas y costumbres cambian, y de igual manera cambian los significados atribuidos a variables como la decoración de los despachos, el uso del «tú» o el «usted», o el atractivo de un hombre que llora y una mujer que habla de sexo explícitamente.

En este sentido, debemos subrayar que los cambios sufridos por la cultura de las organizaciones sanitarias condicionan profundamente los roles y las identidades tanto del profesional sanitario como de los pacientes o usuarios.

Es notorio que las señales y atributos del poder del médico frente al paciente han disminuido considerablemente en nuestra sociedad, y que la equiparación entre interlocutores (profesional y usuario) va ganando posiciones.

Esta transformación de las «reglas del juego» aplicables al ejercicio de la actividad sanitaria afecta a todos y cada uno de los encuentros comunicativos que tie-

TABLA 16.9 *Elementos de identificación personal en la comunicación.*

Situacionales	Personales	Comunicativos
<p><i>Contexto profesional o social:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Despacho. • Oficina. • Consulta. • Empresa. • Casa particular. • Entorno de ocio. 	<p><i>Apariencia física:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad. • Sexo. • Etnia o señales de pertenencia cultural. • Atractivo social. • Corpulencia. • Voz. • Vestimenta. • Maquillaje 	<p><i>Elementos verbales o lingüísticos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Funciones del lenguaje. • Niveles. • Léxico habitual. • Lenguaje técnico o coloquial. • Posición de escucha e indagación o de aportación de contenidos. • En frases de acuerdo o de desacuerdo.
<p><i>Contexto temporal:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Momento elegido. • Fase de la relación. • Momento de la organización. 	<p><i>Señales de posición social:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Uniformes y batas. • Galones, rótulos... • Accesorios: relojes, plumas, joyas, marcas. • Subordinados. • Coches y aparatos. 	<p><i>Elementos no verbales:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Proxémica. • Mirada. • Volumen. • Entonación. • Movimientos.
<p><i>Situación concreta:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Personas presentes. • Ruidos. • Ubicación de los hablantes en el entorno. • Objetos: teléfonos, documentos, ordenadores, bebidas... 	<p><i>Conocimientos o competencias:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Titulación. • Conocimientos técnicos. • Cultura. • Otros «roles» adicionales: en el deporte, el arte, la familia, etcétera... 	<p><i>Presencia/control de emociones:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Grado de control. • Uso de lenguaje emocional. • Empatía.

nen lugar en ella. Más adelante analizaremos cuáles son los efectos de esta transformación.

Sin embargo, y a pesar de los cambios culturales y sociales, podemos decir que lo que no ha variado son las *dimensiones o criterios a partir de los cuales se construyen nuestras identidades en la comunicación.*

Estos *criterios o dimensiones* son los que hacen que las *expectativas o previsiones acerca de la conducta del otro*, en general *y, de la conducta del otro respecto a mí*, en particular, se delimiten de forma más o menos clara (Cuadro 16.13).

CUADRO 16.13 *Dimensiones percibidas en la identidad del interlocutor*

1. **Identidad física:** Expectativa de su apariencia futura.
2. **Identidad social:** Expectativa de pertenencia a grupos sociales.
3. **Identidad profesional:** Expectativa de comportamiento profesional.
4. **Identidad personal:** Peculiaridades y variaciones particulares que la persona presenta en relación con las formas de conducta del grupo social o profesional de referencia.
5. **Identidad interpersonal:** Expectativa de formas de expresión verbal y no verbal, de ejercicio de poder y de «relación conmigo» y con los demás, en función de todo lo anterior.

Como vemos, a pesar de que la identidad interpersonal se nutre y depende en parte de expectativas basadas en encuentros anteriores, cada individuo puede modificar y mejorar sustancialmente las formas de relación por medio de su comportamiento comunicativo.

Así, en el caso de «un médico de mediana edad, con gafas y bata blanca, que está en el pasillo lleno de gente de un hospital de una gran ciudad española, ante una mujer casi anciana que espera de él poca atención, casi ninguna escucha y palabras poco comprensibles», a pesar de las expectativas provocadas por elementos sociales y personales difícilmente cambiables en lo inmediato de la comunicación, el médico puede contradecir esta «expectativa de conducta», construyendo, en su trato con la paciente, una relación (y, por tanto, una identidad) diferente.

De esto trataremos en el siguiente capítulo: de cómo hacer de las formas comunicativas vías de acceso a identidades que, lejos de ceñirse a los estereotipos sociales, sirvan en cada caso a los objetivos de comprensión mutua, de ayuda y, en el caso de la sanidad, de servicio.

Para terminar este epígrafe dedicado a la «afirmación personal», mostraremos de forma sintética los recursos comunicativos más útiles cuando queremos «aparecer» («colocarnos», en términos de Briñol y cols., 2001) subrayando los aspectos de nuestra identidad personal y construyendo ante el otro una «identidad interpersonal» adecuada a nuestros objetivos (Cuadro 16.14).

Persuasión y poder

Hasta ahora hemos hablado de la afirmación personal como forma de «aparecer ante el otro», de «estar presentes» como individuos en la comunicación; ahora daremos un paso más y analizaremos el efecto que pretendemos lograr, de forma activa y reconocible, en los valores, actitudes y conductas del otro.

A este efecto se le ha llamado tradicionalmente «persuasión», y aunque ha habido grandes diferencias en cuanto a la importancia que se le ha concedido, siempre ha suscitado perplejidad y asombro el poder que la palabra, la mirada, etcétera, ha tenido y tiene al ser usadas por ciertos individuos.

CUADRO 16.14 Recursos comunicativos para la construcción de una identidad personal e interpersonal adecuada

1. **Escuchar**, observar y reconocer al otro.
2. **Esperar** y «elegir» las formas de afirmación personal y de relación.
3. **Aportar información propia**, con términos y argumentos que nos definan.
4. **Valorar** los hechos, sucesos y comportamientos.
5. **Mostrar nuestras emociones** respecto a ellos.
6. **Mostrarse de acuerdo** con las valoraciones del otro.
7. **Mostrarse en desacuerdo**.
8. **Aportar puntos de vista propios**.
9. **Decidir si se responde o no a preguntas, y cómo se hace**.
10. **Cambiar** el nivel o las funciones del **lenguaje**.
11. **Cambiar el tema** de la conversación.
12. **Aguantar los silencios**.
13. **Negarse a hablar** de algo en concreto o negarse a hablar en general.
14. **Cerrar la conversación**.

Veamos lo que algunos autores nos dicen sobre este asunto:

«Plantear el problema de los efectos supone que la comunicación no es gratuita, que tiene un objetivo...» (J. Durant, 1985).

«Toda argumentación sólo se concibe en función de la acción que ella prepara o determina» (Ch. Perelman, 1970).

«Lenguaje provides a conventional resource for influencing people's attitudes and behaviour» (S.H. Ng y J.J. Bradac, 1993).

«El único propósito de la comunicación es el afectar, en otras palabras, nos comunicamos tan sólo para influir en el medio que nos rodea y en nosotros mismos» (Berlo, D.B., 2000).

El análisis de discursos célebres, el estudio de las formas comunicativas de líderes carismáticos, la predicción de los efectos de campañas publicitarias o electorales, el asombro ante la seducción ejercida por ciertos hombres o mujeres... todos estos fenómenos nos enfrentan con el hecho indiscutible de que hay *impactos comunicativos que arrastran y cambian la vida de la gente*, al mismo tiempo que nos alertan contra el peligro de su uso inadecuado.

Sin embargo, la evidencia de este poder social no parece ser suficiente para vencer a los responsables de la formación de maestros, médicos, psicólogos, etcétera, de que es necesario que éstos sean entrenados en técnicas y recursos persuasivos de probada eficacia.

Vamos a entrar, pues, en el análisis de tan interesante fenómeno, adoptando la definición de «persuasión» aportada por Petty y Caccioppo:

«Por persuasión se entiende “cualquier cambio que ocurra en las actitudes de las personas como consecuencia de su exposición a una comunicación”» (Petty. y Caccioppo, 1986).

Recordemos ahora la segunda de nuestras preguntas:

¿Son los efectos de la comunicación equivalentes en ambos interlocutores?

Es evidente que no, que cuando las identidades han surgido y se han reconocido mutuamente en el encuentro comunicativo, una tiene más impacto en la otra.

Esto es tan importante en nuestras relaciones interhumanas que en muchas de las situaciones comunicativas está más en juego esa lucha de poder o «tanteo de fuerzas» que el intercambio de información.

«Mediante la comunicación podemos facilitar el crecimiento del otro o destruirlo (...) mediante la comunicación tejemos la trama de significación que define nuestro propio yo (...) mediante la comunicación aprendemos con quién hemos de confrontarnos y a qué posiciones debemos razonablemente aspirar» (Readon, K.K., 1991).

«...distinguimos entre “poder para” y “poder sobre” (...) El “poder para” es la realización de metas personales o colectivas (...) el “poder sobre”, por el contrario, es la faceta relacional del poder. Una persona tiene poder sobre otra cuando los dos integran una relación de “dominación-sumisión”; esto puede ocurrir en contextos institucionales (por ejemplo, en el ejército), en contextos no institucionales (por

ejemplo, en un secuestro), legítima o ilegítimamente, entre amigos o entre enemigos...» (Ng y Bradac, 1993, traducción y subrayado propios).

Es evidente que en estas relaciones de «dominio-sumisión», ambos papeles son claramente identificables para los propios actores que los encarnan, al igual que lo son para los posibles espectadores que los observan.

De hecho, es sorprendente el grado de *acuerdo* entre observadores o «jueces» de todo tipo de interacciones *respecto a quién está ejerciendo más poder sobre el otro*.

Bradac, O'Barr, Zander, Johnson, Lakoff y Ng, entre otros, han analizado las «*señales de poder*» que son perceptibles en la comunicación interpersonal, y cómo esas señales son leídas de manera inequívoca por personas de diferentes estratos sociales y niveles culturales.

Algunos de los hallazgos de estas investigaciones, recogidos en el interesante «*Power in Language*», de Ng y Bradac (1993), son la base del siguiente cuadro-resumen (Cuadro 16.15).

Entre los datos reunidos en este cuadro, podemos distinguir claramente dos grupos: mientras que la «*variedad léxica*» o los «*titubeos*» en el habla, son aspectos observables; la «*competencia o sabiduría*», la «*pertenencia a uno u otro grupo*», o el «*control emocional*» son atribuciones (hipótesis deductivas) a partir de lo que se observa.

CUADRO 16.15 «Señales de poder» en la comunicación: algunos datos recogidos por Ng y Bradac (1993)

- Los «**comunicadores más poderosos**» son percibidos como **pertenecientes a grupos altamente valorados, como competentes y efectivos, y como activos y fuertes**.
- Los percibidos como poderosos resultan también más atractivos, y esto independientemente de variables como el sexo y la edad.
- **El poder percibido está asimismo en relación con la percepción de «competencia» o «sabiduría» en todos los ámbitos.**
- Las **vacilaciones, tartamudeos y circunloquios** son percibidos como señales de **poco poder** en la comunicación.
- El **acento u otras señales de pertenencia a grupos sociales** pueden aumentar o disminuir la percepción de poder.
- La **variedad léxica** es percibida como **señal de poder**.
- **La ansiedad**, por su efecto de empobrecimiento y disminución de la variedad lingüística, así como, por la percepción de escaso control, **disminuye drásticamente el poder** ejercido en la comunicación.
- **El ritmo del habla, así como la «intensidad»** («cualidad del lenguaje que indica el grado en el que la actitud del hablante hacia el tema se separa de la neutralidad», según Bowers, 1963), **son señales de poder**.
- **Los roles** de escucha (participante, dirigido y sobreescuchador) y de hablante (animador, actor y principal) **suponen grados diferentes de poder**.
- Son también señales de poder:
 - **El control de los «turnos»** de intervención.
 - **El control del tema** del que se habla.
 - **El control de las formas o el lenguaje utilizado.**
 - **El control o establecimiento de cualquier otra norma que regule la conversación.**

Vamos a analizar ambos grupos, empezando por los aspectos deductivos más generales, aquellos aspectos extracomunicativos que afectan al resultado comunicativo.

Recordemos nuestra tercera pregunta:

¿Qué aspectos externos a la comunicación, afectan al resultado persuasivo?

No nos resulta difícil aceptar que las personas con autoridad, títulos, atractivo físico, cargos de dirección (real o atribuida por el interlocutor) están en posición de ejercer un mayor control o poder sobre el otro (Cuadro 16.16).

Sin embargo, todos conocemos casos de personas que, sin poseer ninguno de estos afortunados dones, logran enormes efectos sobre los demás, al igual que conocemos ejemplos del caso contrario: personas competentes, atractivas y situadas en puestos de autoridad que, contra todo pronóstico, no logran la influencia que pretenden. Así, el médico que no consigue aliviar la angustia de su paciente ante una intervención quirúrgica a pesar de informarle de las estadísticas y medidas técnicas que garantizan su seguridad; el profesor que no logra ganar la atención y el respeto del adolescente a pesar de la erudición de sus clases, el empresario que ve frustrada su intención de motivar a sus empleados aunque él crea profunda y honestamente en su proyecto, la madre que fracasa una vez más en evitar la conducta violenta del hijo pese a que muchas veces ha intentado hablar y dirimir mediante el diálogo sus diferencias con él (Segura, 2001).

En todos estos ejemplos, la autoridad, sabiduría y poder objetivo harían presuponer el logro de los resultados pretendidos. Sin embargo, esos resultados no se alcanzan porque, *a pesar de las condiciones de poder* que en cada caso se ostentan, *cada persona tiende* (por variables biográficas y psicológicas diversas) *a adoptar frente al otro una posición que disminuye drásticamente su poder interpersonal efectivo*.

Es realmente sorprendente cómo la tendencia al control de la conducta ajena y el «gusto por el poder» pueden ser independientes de las posibilidades objetivas que *a priori* existen para ejercerlos.

Sin embargo, a pesar de la sorpresa de este hallazgo, debemos aceptar como una realidad indiscutible que la *«motivación de logro interpersonal»* y su *práctica continuada* pueden llevar a resultados llamativos, contra cualquier pronóstico previo.

CUADRO 16.16 Las fuentes de la persuasión (Briñol y cols., 2001)

- **Credibilidad:**
 - Competencia o experiencia atribuida.
 - Fiabilidad o confianza.
- **Atractivo o simpatía:**
 - Similitud.
 - Familiaridad.
 - Manejo de recompensas.
 - Atractivo físico.
 - Fama o prestigio social.
- **Poder o autoridad:**
 - Por el cargo o **posición social** ocupada.
 - Por **la situación** de superioridad objetiva en circunstancias determinadas.

Igualmente, debemos reconocer que hay personas, designadas y apoyadas socialmente en el desempeño de roles de autoridad, que sin embargo fallan estrepitosamente en sus intentos.

Podemos afirmar que *motivación y competencia fáctica a la hora de ejercitar el poder son requisitos indispensables*, y que los factores más objetivos (atractivo, conocimientos y cargo) solamente son potenciadores de esas habilidades persuasivas si en la práctica éstas ya se ejercitan adecuadamente.

¿Cuáles son los elementos comunicativos que afectan al resultado persuasivo?

Nos ocuparemos ahora de los elementos más concretos, es decir, cómo podemos aprender y mostrarnos «poderosos» en la relación con los otros, para terminar con un análisis que hace referencia a los estilos o tendencias personales más reconocibles.

Vamos a exponer las distintas pautas o recursos que han demostrado su utilidad en el logro persuasivo:

- 1. Recursos para la autoafirmación y la persuasión** (Cuadro 16.17).
- 2. Técnicas para la obtención de la conformidad** (Cuadro 16.18).

La utilización o no de estas técnicas, los límites que nos imponen los demás o que nos autoimponemos a la hora de usarlas, el gusto o repugnancia por ciertas formas de trato con los demás, éstos y otros interrogantes relativos a las fronteras de la persuasión tienen más que ver con cuestiones éticas y sociales que con el análisis de la eficacia de estos recursos.

En efecto, el chantaje emocional, el engaño, la manipulación de hechos y sentimientos, ser capaces de todo para conseguir lo que pretendemos del otro, no son en absoluto modelos éticos ni sociales dignos de ser propuestos.

CUADRO 16.17 Recursos para la autoafirmación y la persuasión

- **Elegir el momento y el lugar**, de forma que las condiciones personales y ambientales sean favorables al logro de los propios objetivos.
- **Iniciar la interacción**: tomar la decisión de comunicarse con el otro y propiciar el encuentro (no evitar las «relaciones difíciles»).
- **Hacer preguntas y escuchar de forma crítica**, para conseguir información relevante del interlocutor (objetivos, estado de ánimo...).
- **Mirar de forma directa**, para no mostrar temor o inhibición.
- **Mantener una proximidad adecuada**, para no desproteger el propio espacio ni escapar del espacio ajeno.
- **Hablar de forma serena**, sin precipitación y con volumen de voz suficiente.
- **Hablar de forma expresiva**: con pausas, inflexiones de voz y gestos significativos (sonrisa, mirada, movimientos de manos...).
- **Mantener el diálogo en dirección al objetivo**, controlando los temas colaterales, las críticas, las repeticiones, las abstracciones o cualquier otro desvío, casual o provocado, respecto a la meta prevista.
- **Conducir el diálogo hacia otros objetivos**, si se evalúa sobre la marcha que el logro de los objetivos iniciales es improbable o se ha vuelto inadecuado.
- **Mantener bajo control las señales de ansiedad**: hacer que la ansiedad no alcance cotas de incontrolabilidad o excesiva presencia.

CUADRO 16.18 Técnicas para la obtención de la conformidad (Readon, K.K., 1991)

- **Promesa:** «Si haces..., te daré...».
- **Amenaza:** «Si no haces..., te castigaré».
- **Experiencia positiva:** «Si haces, seguro que lograrás».
- **Experiencia negativa:** «Si no haces, seguro que perderás».
- **Simpatía:** Mostrarse cercano, simpático, para dificultar que el otro «rompa esa cordialidad».
- **Anticipo:** Premiar o mejorar la situación del otro de antemano, comprometer al otro en una esperada reciprocidad.
- **Estímulo adverso:** Empeorar las condiciones del otro hasta que se comporte según se desea.
- **Deuda:** «Yo hice..., luego tú debes hacer...».
- **Apelación moral:** «Alguien con tus principios no puede dejar de hacer...».
- **Sentimiento positivo de sí:** «Te sentirás bien contigo mismo».
- **Sentimiento negativo de sí:** «Te sentirás mal contigo mismo».
- **Modelo positivo:** «Alguien responsable haría...».
- **Modelo negativo:** «Alguien sin escrúpulos haría...».
- **Altruismo:** «Te lo pido como un favor personal».
- **Estima positiva:** «La gente que te quiere estará contenta».
- **Estima negativa:** «La gente a la que quieres nunca lo entendería».

En estas páginas queremos hacer tan sólo un recorrido por los estudios y hallazgos sobre la eficacia de ciertas formas de conducta interpersonal. Dejamos al criterio de cada uno la forma de regular sus maneras, en función de sus valores y del imprescindible respeto al otro.

Para terminar, queremos resumir los rasgos que, por encima de cualquier otro condicionante, deben regir nuestros encuentros con los otros, sobre todo cuando estos encuentros no son fáciles de lograr y cuando están al servicio de una práctica profesional eficaz y responsable (Cuadro 16.19).

Recordemos que ser una persona entre personas y negociar los propios objetivos y los ajenos, llegando a los mejores efectos posibles para todos, es una tarea difícil, que se proyecta en el tiempo y que requiere un trabajo entusiasta y continuo.

Estilos de autoafirmación y poder

El primer lugar, hemos de aclarar que aunque los elementos y recursos anteriormente expuestos están teóricamente disponibles para casi todos y, puedan y deban cambiar

CUADRO 16.19 Rasgos generales del comportamiento afirmativo y persuasivo

- Conocerse a uno mismo y saber «cuál es mi objetivo».
- Conocer al otro lo mejor posible.
- Cambiar las condiciones (ambientales y personales) para facilitar mis logros.
- Esperar las condiciones adecuadas para actuar.
- Probar formas diferentes de influir en el otro.
- Reflexionar acerca de los resultados.
- Avanzar *de forma gradual y continua* hacia los objetivos.

en cada situación, *existe una gran regularidad y consistencia en las formas individuales de comportamiento persuasivo (o no)*.

Estas «formas individuales de comportamiento interpersonal», con sus logros previsibles, se mantienen como *estilos reconocibles*, a pesar de los cambios de situación y de interlocutor.

En efecto, podemos decir que, con algunas variaciones formales, la posición que cada uno de nosotros adopta frente a otra persona se muestra como una señal de identidad, que hace predecibles las formas y resultados de nuestras conductas comunicativas.

Es predecible que el que trata de imponer a toda costa su criterio, no escucha y critica sin miedo y con palabras rotundas a su interlocutor, practique este ejercicio de poder en la mayor parte de las situaciones. Es también predecible que el que se inhibe, titubea, no expresa su opinión y dice sí a lo que se le propone sin apenas preguntar, siga «escondido» en muchas otras ocasiones en las que el encuentro interpersonal requiera un mínimo de autoridad o poder.

El que tiende a imponer su punto de vista lo hace en situaciones de ocio, laborales, ideológicas, con subordinados, con superiores, con su pareja... Igualmente, el que renuncia por anticipado a mostrarse o a influir sobre otros, por considerar que no podrá, por miedo a las consecuencias o por una falsa idea de «respeto al otro» (mostrarse y tratar de influir sobre el otro no constituyen una falta de respeto, si se hacen de forma adecuada) veremos que lo hace así con su hijo pequeño, con el alumno indisciplinado o con el médico que quiere acaparar el poder en el servicio cuya jefatura ostenta.

Ya que estos estilos parecen definirnos tan bien ante los otros, merece la pena que los repasemos brevemente.

Dependiendo de la posición que adoptemos frente a nuestro interlocutor (de la forma de actuar, opinar, escuchar) y del modo de defender nuestros propios objetivos, estaremos siendo fieles a uno de los siguientes estilos:

■ **Estilo «inhibido»: El inhibido**

- *Se repliega a los objetivos del otro.*
- *No muestra y defiende sus propios objetivos o intereses*, teme ofender, enfadar o perder la estima de sus interlocutores.
- *Teme las consecuencias de su autoafirmación* (efecto de «negativismo» o anticipación de efectos negativos más que positivos, Kanouse y Hanson, 1972; Peeters, 1971; Ng y Bradac, 1993).
- *Se muestra poco* en sus opiniones, emociones y preferencias, aceptando rápidamente los puntos de vista del otro.
- *Se considera, en la práctica, inferior a los otros*, con menos derechos, poder y necesidad de respetarse a sí mismo. Se juzga más severamente y presta más atención a sus errores y a los aciertos de los otros.

Ventajas

- Se expone a menos riesgos y conflictos.
- Respeto y escucha a los otros.
- Rara vez hiere, agrade o hace daño a los demás.

Inconvenientes

- No logra sus objetivos.
- No influye y cambia a los demás.
- No llega a saber lo que podría lograr.
- Se mantiene como un desconocido ante los otros y ante sí mismo.
- No moviliza, instruye u orienta a los demás.

■ **Estilo «excesivo»: El que se excede**

- Actúa regido, sobre todo, por las emociones e ideas que van surgiendo en él en la propia situación.
- Escucha poco y no tiene en cuenta las emociones, puntos de vista u objetivos del otro.
- Minimiza o desatiende las consecuencias que pueden derivarse de la insistencia, agresión o presión ejercida sobre el otro.
- Se considera superior a los otros, siendo más complaciente o tolerante con sus propios errores que con los de los demás.

Ventajas

- Suele conseguir sus objetivos.
- No suele ser criticado, rechazado o discutido por los demás directamente.
- Siente el alivio y la satisfacción de mostrarse ante los demás con opiniones y emociones.
- Es dinamizador, orientador y líder de personas, que sin esa dirección no serían capaces de actuar.
- En nuestra sociedad está bien valorada la conducta excesiva, incluso es envidiada y puesta como modelo.

Inconvenientes

- No llega a conocer a los demás.
- Mantiene de forma rígida e invariable sus posiciones y actitudes.
- Aprende poco de los demás.
- Frena y empobrece la iniciativa y participación de los otros.
- Hace sentir mal a los otros, creando tensión, distancia y enfrentamiento.
- Agranda los problemas y las diferencias.
- Crea sometimientos acrílicos.
- Desconoce lo que los demás piensan de él.

■ **Estilo «autoafirmativo»: La persona afirmativa**

- Escucha y se interesa por conocer a los demás.
- Conoce sus objetivos y busca la forma de hacerlos compatibles y enriquecerlos con las posiciones de los otros.
- Opina sobre lo positivo y negativo de la conducta de los otros y lo expresa de forma directa y ponderada.
- Actúa según sus objetivos y no según las emociones del momento.
- Sabe, sin embargo, «escuchar» sus emociones y las ajenas, así como expresarlas adecuadamente.

Ventajas

- Aprende de los demás y de sí mismo, siendo capaz de cambiar y adecuarse a las distintas situaciones, interlocutores y objetivos.
- Respeta y hace sentirse bien a los otros.
- Se muestra ante los demás y consigue que le conozcan.
- Economiza «malos ratos», tiempo, confusiones y facilita la solución de problemas.
- Aumenta las probabilidades de acuerdo y resolución de conflictos.
- Se siente bien en el trato interpersonal.

Inconvenientes

- El aprendizaje puede ser largo y difícil.

Como vemos, la posición más adecuada, la de una afirmación consciente y serena, no supone la continua y excesiva búsqueda del poder; supone, por el contrario, el logro de una posición respetuosa y cómoda, que optimiza los resultados en la *dialéctica entre el coste de negociar con el otro y el beneficio de ser y mostrarse como uno pretende*.

Decir «no», insistir en los propios objetivos, probar nuevas formas de influir en los demás, son formas de «ir siendo nosotros mismos» y de persuadir que, aun no siendo infalibles, contribuyen a nuestra satisfacción y a la eficacia en nuestro trabajo, cuando éste implica necesariamente un efecto deliberado sobre otras personas.

Para el personal sanitario en general, y para los jefes de servicio en particular, este efecto deliberado en otras personas es un imperativo en el desempeño de sus funciones, razón por la cual deben moverse en el territorio de la persuasión y el ejercicio adecuado del poder con la mayor sabiduría y soltura posibles.

BIBLIOGRAFÍA

- BERKI DK. *El proceso de la comunicación*. El Ateneo, Buenos Aires, 2000.
- BRIÑOL TURNES, P., DE LA CORTE IBÁÑEZ, L. y BECERRA GRANDE. *Qué es persuasión*. Biblioteca Nueva, Madrid, 2001.
- CANO VINDEL A, SIRGO A y DÍAZ OVEJERO MB. «Control, defensa y expresión de emociones: Relaciones con la salud y la enfermedad». En: *Emociones y Salud* de Fernandez Abascal, E.G. y Palmero F. (coordinadores). Ariel Psicología, Barcelona, 1999.
- COCHRAN L and CLASPELL E. *The meaning of grief*. Greenwood Press, New York, 1987.
- DAVIS P SCHWARTZ. *Repression and the inaccessibility of affective memories*. Journal of Personality and Social Psychology, 52, 1987.
- DURANT J. *Las formas de la comunicación*. Mitre Barcelona, 1985.
- FOX E. *Allocation of visual attention and anxiety*. Cognition and Emotion, 7, 1993.
- FRIJDA NH and TCHERKASOFF A. *Facial expression as action readiness*. En: J.A. RUSSELL and JM FERNÁNDEZ-DOLS Eds. The Psychology of Facial Expression». Cambridge University Press, Paris, 1997.
- General Medical Council. *Good Medical Practice*, 1998.
- GIL DE PAREJA JL. *La filosofía de la psicología de Ludwig Wittgenstein*. Promociones y Publicaciones Universitarias, S.A., Barcelona, 1992.
- GOLEMAN, D. *Inteligencia Emocional*. Kairós, Barcelona, 1996.
- HAYAKAWA SI. *El lenguaje en el pensamiento y en la acción*. Limusa S.A., Mexico, 1992.
- KNAPP ML. *Essential of Nonverbal Communication*. Holt, New York, 1980.
- MARINA JA, LÓPEZ PERNAS M. *Diccionario de los sentimientos*. Anagrama, Barcelona, 1999.
- MACKAY M, DAVIS M, FANNING P. *Mensajes: El libro de las técnicas de comunicación*. RCR Ediciones, Madrid, 1995.
- MCLUHAN M, POWERS BR. *La aldea Global*. Gedisa, Barcelona, 1996.
- MEHRABIAN A. *Silent Messages*. Wadsworth, Belmont, CA, 1971.
- MEHRABIAN A. *Nonverbal Communication*. Aldine-Atherton, Chicago, 1972.
- NG SH y BRADAC JJ. *Power in Language: Verbal Communication and Social Influence*. SAGE Publications, Londres, 1993.
- PERELMAN CH, OLBRECHTS-TYTECA L. *Tratado de la argumentación. La nueva retórica*, Ed. Gredos, Madrid, 1989.
- PETTY RA, CACCIOPPO JT. *Communication and persuasion: Central and peripheral routes to attitude change*. Springer-Verlag, New York, 1986.
- PETTY RA, CACCIOPPO JT. *The Elaboration Lijebood Model of Pesuasion*. En: L. Berkovitz Eds. Advances in Experimental Social Psychology, Vol. 19. Academic Press, New York, 1986.
- PLANAP S. *Communicating Emotion*. Cambridge University Press and Editions de la Maison des Ciencias de l'Homme. Paris, 1999.
- POTTER J. *La representación de la realidad: Discurso, retórica y construcción social*. Paidós. Barcelona, 1998.
- RAMOS JL, FERNÁNDEZ R y SEGURA M, RAMOS JL, FERNÁNDEZ R y SEGURA M. *Emotions, Feelings, Mood, Passion...: A Conceptual Analysis from the Interbehavioural point of view*. Comunicación no publicada, presentada en el VII Congreso de la E.A.C.B.T. (European Association of Cognitive Behavior Therapy), Venecia.
- READON KK. *La persuasión en la comunicación*. Paidós Ibérica, S.A., Barcelona, 1991.
- RUBEN BD, Stewart LP. *Communication and Human Behavior*. Allyn and Bacon Ed. Boston, 1998.
- SEGURA M. *Flujos Comunicativos: Lenguaje, emoción y poder*. Conferencia en Ciclo de Invierno de Ciencia y Tecnología del Foro Complutense. Organizado por la Universidad Complutense y el Ayuntamiento de Madrid, Cuartel del Conde Duque, Febrero 2001.
- STEWART J. *Bridges not Walls: A Book about Interpersonal Communication*. Mc Graw-Hill College, Boston, 1999.

- TOMKINS SJ. *Affect, imagery, and consciousness*. Springer, New York, 1963.
- WAINBERGER DA. *The Construc Validity of the repressive coping style*. En: J.L. Singer ed. *Repression and Dissociation: Implications forr Personality, Psychopathology and Health*, University of Chicago Press, Chicago, 1990.
- WAINBERGER DA, SCHWARTZ GE, DAVIDSON RJ. *Low-anxious, high-anxious and repressive coping styles: Phychometric patterns and behavioural and physiological responses to stres*. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 1979.
- WATZLAWICK P. *¿Es real la realidad?* Herder, Biblioteca de Psicología, Barcelona, 2001.

CAPÍTULO 17

La comunicación en la gestión de las unidades clínicas

Mariana Segura Gálvez

La comunicación en los entornos sanitarios: características y desafíos en el marco de la sanidad actual ■

Análisis de los procesos comunicativos en las unidades clínicas ■

El contexto de la comunicación

Áreas y temáticas de la comunicación en las unidades clínicas

Los interlocutores

Los objetivos y los medios

La comunicación paciente-personal sanitario ■

Características de la comunicación médico-paciente

El lenguaje en la comunicación médico-paciente

Las emociones en la relación médico-paciente

La autoafirmación y la persuasión en el trato con el paciente

Algunos ejemplos de análisis de la comunicación en situaciones concretas

Pautas para la comunicación en una situación de «primera entrevista»

Pautas para la comunicación en una situación de diagnóstico e información de procedimientos

Pautas para la comunicación en una situación de prescripción de cuidados e instrucciones

Comunicación y función directiva en las unidades clínicas ■

Contexto amplio que afecta a las tareas de gestión en las unidades clínicas

Análisis de las metas u objetivos comunicativos en la jefatura de servicio

El lenguaje en la gestión de las unidades clínicas

Las emociones en la gestión de las unidades clínicas

Autoafirmación y persuasión en la gestión de las unidades clínicas

Algunos ejemplos de análisis de la comunicación en la gestión de las unidades clínicas

Bibliografía ■

APÉNDICES:

Guías de actuación para situaciones de comunicación de alta complejidad ■

Modelo de ficha de «evaluación individual de comunicación» ■

La comunicación en los entornos sanitarios: características y desafíos en el marco de la sanidad actual

Para analizar los procesos y tareas comunicativas propias de las organizaciones sanitarias, es necesario definir el perfil que estas organizaciones presentan en el momento actual.

El nuevo marco de la sanidad ha sido expuesto en capítulos precedentes, por lo que aquí nos limitaremos a enumerar los aspectos más relevantes que configuran el contexto organizativo en el que tienen lugar las distintas situaciones comunicativas.

En efecto, las organizaciones, entendidas como *sistemas abiertos* (Parsons, 1960; Katz y Khan, 1977; Pettigrew, 1979), crean distintos *contextos culturales* que, superpuestos al contexto cultural general, sirven de marco a las actividades, interacciones y resultados de los profesionales que trabajan en ellas.

«Una ORGANIZACIÓN es un colectivo con límites relativamente fijos e identificables, con unas disposiciones normativas, un sistema de autoridad jerárquica, un sistema de comunicación y un sistema de miembros coordinados. La organización está formada por una base relativamente continua dentro de un medio ambiente que la rodea, y se ocupa de las acciones y de las actividades que habitualmente están orientadas hacia objetivos finales previamente establecidos» (Weinert, 1985).

La *cultura* de las organizaciones sanitarias se inscribe, por tanto, en la más amplia de las organizaciones públicas y, éstas, a su vez, en la cultura socioeconómica general del país o entorno geográfico en cuestión.

Recíprocamente, la cultura de la organización *es especificada, matizada y transformada*, dando lugar a las distintas *culturas de grupo*, propias de las unidades, departamentos o subestructuras de la organización.

Es posible incluso aplicar este concepto de «cultura» a cada uno de los integrantes de esas unidades; hablaríamos entonces de *cultura individual* (Fig. 17.1).

De esta forma, la «cultura» (formas de actuación, valores, relaciones...) de los servicios clínicos está determinada por el cruce de factores generales (cultura social, sanitaria y hospitalaria) y factores particulares (cultura de cada grupo específico de profesionales y de cada uno de esos profesionales como pequeñas unidades con entidad propia).

Las decisiones, prioridades, normas y formas de relación tenidas por adecuadas o modélicas y por criterios de calidad en el trabajo, son definidos en cada servicio clínico, a partir de la influencia de esas culturas.



Figura 17.1. Culturas que influyen en la actividad de las unidades clínicas.

El grado de influencia de lo social, sectorial, organizativo, grupal o individual, variará según los momentos y características de personas y estructuras, pero la totalidad de estos factores establecerá siempre los límites de actuación del servicio como unidad.

Las citas siguientes precisan este aspecto, de sumo interés para el análisis posterior de las formas de comunicación en el entorno de las unidades clínicas.

«La cultura consiste en formas de comportamiento explícitas o implícitas, adquiridas y transmitidas mediante símbolos, y constituye el patrimonio singularizador de los grupos humanos, incluida su plasmación en objetos... El núcleo esencial de la cultura son las ideas y especialmente los valores vinculados a ellas: los sistemas culturales pueden ser considerados, por una parte, como productos de la acción y, por otra, como elementos condicionantes de la acción futura» (Kroeber y Kluckhohn, 1952; en Rodríguez Fernández, 1993).

«Llamamos cultura a un modelo de asunciones subyacentes básicas, inventadas, descubiertas o desarrolladas por un grupo dado al ir aprendiendo a enfrentarse con sus problemas de adaptación externa e integración interna, que hayan ejercido la suficiente influencia como para ser enseñadas a nuevos miembros como el modo correcto de percibir, pensar y resolver esos problemas» (Schein, 1988).

Si, como se ha dicho, la cultura de una organización imprime un carácter reconocible en las formas de percibir, pensar y actuar de sus miembros, así como en los valores, normas y costumbres que subyacen a esas formas de pensar y actuar, es indudable que las acciones comunicativas quedarán poderosamente afectadas por los «mandatos culturales» más o menos explícitos predominantes en cada momento en la organización.

Es un hecho que en los últimos treinta años estos mandatos culturales han cambiado ostensiblemente en las organizaciones pertenecientes a los sistemas sanitarios públicos de los países europeos y norteamericanos. Así, se ha pasado de un modelo basado en las reglas formales y en el control de la organización, como sistema cerrado al exterior, a un modelo basado en la apertura a la sociedad y orientado a resultados medibles.

Saltman ilustra esta transición de uno a otro modelo, haciendo notar la situación híbrida en que se encuentra la cultura del sector.

«...Un modelo híbrido que combina la responsabilidad social y las ventajas de una Salud Pública derivados del modelo tradicional de planificación y control, con los fuertes incentivos para incrementar la eficiencia y la ejecución, encontrados en la teoría neoclásica de mercados» (Saltman).

También Rodríguez Fernández subraya el concepto de «evaluación» como un imperativo que va a articular las acciones, tanto clínicas como de gestión, de los centros sanitarios.

«...se está desarrollando lo que podríamos llamar la cultura de la evaluación (...) desde esta clave la administración pública analiza en qué medida responden a las necesidades reales y a los objetivos previstos y plantea el modo más adecuado de intervención» (Rodríguez Fernández, 1993).

Analicemos con más detalle cuáles son actualmente esos mandatos culturales en el sector sanitario y cómo afectan a la comunicación entre las personas y grupos que la integran.

■ **Cultura de la equidad y el servicio:** Significa que las acciones de los integrantes del sistema sanitario *deben* contribuir, ya sea desde la gestión, ya desde la práctica clínica, a la adecuada e igualitaria atención de las necesidades de todos los ciudadanos.

Los siguientes artículos de la Ley General de Sanidad ilustran este principio:

- «La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española».
- «El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva».
- «La política de salud estará orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales» (Ley General de Sanidad, 1986).

Veremos más adelante las implicaciones de este imperativo sobre las interacciones médico-paciente y los subsiguientes objetivos comunicativos.

■ **Cultura de la calidad y la eficiencia:** El sistema sanitario *debe someter* sus estructuras, decisiones, gastos, métodos, acciones técnicas, etcétera, a una continua medición y evaluación, para alcanzar los mejores resultados posibles con los recursos disponibles.

«En un tiempo concreto y en un lugar determinado, un Sistema Ideal de Salud es aquel en el que las necesidades sanitarias (tal y como las define una sociedad) son satisfechas de la manera más eficaz y eficiente. Es decir, se obtienen los mejores resultados (cantidad y calidad) con los medios económicos que esa sociedad está dispuesta a destinar» (Drummond).

«El nuevo SNS tendrá como núcleo básico la calidad. Sin ella no existe justicia social (...) la calidad en su sentido más amplio debe ser lo siguiente: hacer las cosas adecuadas, en el momento justo, a favor de las personas apropiadas y hacerlas bien... la primera vez» (Tony Blair, White Paper, 1997).

Este énfasis en la evaluación, la búsqueda de la calidad y la transparencia, obliga a los servicios clínicos y a los propios profesionales sanitarios a un esfuerzo adicional que imprime a su trabajo y a sus relaciones mayores ocasiones de encuentro y enriquecimiento mutuo, pero también mayor tensión y potencial conflictividad.

■ **Cultura de la información, participación y elección conjunta:** El paciente o usuario pasa de ser el *objeto desinformado* de las decisiones y prácticas sanitarias, a ser sujeto agente de las opciones, demandas y acciones que, respecto a su salud, vayan a ser planteadas.

Como es evidente, este aspecto cambia radicalmente las «ecuaciones comunicativas», en las que el peso de la información, del poder y de la influencia, pasan de ser unidireccionales (médico → paciente) a ser bidireccionales (médico ↔ paciente).

«...la consolidación del ciudadano de derecho, que paga impuestos y exige un nivel de servicios acorde con sus expectativas sobre “lo que” recibe y “cómo” lo recibe (...)

La “revolución del cliente”, que ha obligado a las organizaciones a revisar desde la perspectiva del que usa los servicios y no desde el que los produce.

Esta realidad social, irreversible por otra parte, ha incorporado al ciudadano y cliente a la valoración y validación de la calidad de los servicios y, cada vez más, a los procesos de toma de decisión» (Ruiz Iglesias, 1999).

- **Cultura de la innovación, flexibilidad y adaptabilidad:** Otro aspecto de gran relevancia de esta cultura de la calidad es la incorporación masiva de las tecnologías de la información tanto a los procedimientos de intervención clínica como a las formas de registro, intercambio y archivo de información.

Este elemento llega a tener tal peso en los cambios, novedades y formas de acción propias de los servicios sanitarios, que podemos decir, sin riesgo de equivocarnos, que estamos ante la cultura de la informática, con las consecuencias (positivas y negativas) que de esto se derivan en el trabajo y en los hábitos comunicativos de los profesionales sanitarios (véase Castells, 2001).

La innovación y permanente adopción de nuevos procedimientos y métodos no se observa sólo en el aspecto tecnológico, sino que invade todos los ámbitos del quehacer clínico, provocando una perpetua sensación de «torpeza» y «falta de dominio» en aquellos que se ven abocados a sustituir, una y otra vez, sus destrezas apenas adquiridas por otras nuevas.

La interacción médico-paciente, la comunicación de los jefes de unidades clínicas con sus respectivos servicios, la actividad conjunta de los equipos de trabajo, la articulación de los contactos entre la gerencia y los profesionales, las relaciones con los medios de comunicación, las negociaciones con los sindicatos, el contenido y formato de las campañas de salud y otras muchas situaciones comunicativas propias del entorno organizativo sanitario, han quedado intensamente afectadas por este «cambio cultural» que, como mencionaba la doctora Ruiz Iglesias, es profundo e irreversible.

Podemos afirmar, pues, que todos los actos comunicativos que tienen lugar y estructuran el trabajo de los servicios clínicos (al igual que cualquier otra estructura organizativa), están influidos por las características que dibuja esta nueva «cultura sanitaria». Pero debemos hacernos dos preguntas:

1. **¿Cuáles son, específicamente, los cambios observados en las formas de comunicación de las organizaciones sanitarias en general y en las de los servicios clínicos en particular?**

De momento nos limitaremos a enumerar los cambios más importantes. Más adelante analizaremos en profundidad el formato comunicativo de cada uno de ellos (Cuadro 17.1).

Una vez resumido este marco general en el que la comunicación tiene lugar, pasemos a la segunda pregunta:

2. **¿Son esos cambios o problemas una «marca de la casa» que afecta por igual a todos los que allí trabajan o, por el contrario, suponen nada más (y nada menos) que un contexto condicionante donde cada persona, según sus propias competencias comunicativas, logra unos resultados u otros?**

La respuesta a esta pregunta constituye la base de todo lo que a continuación se expone. Tal respuesta subraya evidentemente la importancia de las variables individuales en los «juegos comunicativos» entre personas que, aun perteneciendo al contexto organizativo que los condiciona, difieren ampliamente en sus formas, competencias y, resultados comunicativos.

CUADRO 17.1 Cambios que afectan a la comunicación en los entornos sanitarios

- La *función directiva* tiene más carácter *de gestión* que de liderazgo, lo que supone una disminución del «poder interpersonal» del directivo.
- La *sobrecarga de información* requiere, por parte de los directivos, un continuo filtro y selección, con el consiguiente riesgo y crítica por parte de sus subordinados.
- El *cambio frecuente* de procedimientos, sistemas y programas, imprime inseguridad, diversidad de puntos de vista y permanente percepción de ignorancia, tanto propia como ajena.
- La *evaluación de la calidad (y cantidad) en las prácticas sanitarias* disminuye la autonomía y seguridad de los profesionales, antes indiscutidos en su trabajo clínico.
- El *mayor protagonismo del usuario* transforma la *comunicación* con él, haciendo que deba ser *más personalizada, informativa y horizontal*. Esto implica no sólo cambios en los papeles tradicionales de «médico» y «paciente», sino también la necesidad de hacer del primero (el profesional), *un comunicador muy competente*.
- La incorporación de las *nuevas tecnologías* (informáticas, bioquímicas, genéticas, etc.) y *disciplinas* (gestión, economía, etc.) exige del conocimiento y comprensión de *lenguajes e interlocutores nuevos*.
- La evidencia aportada por numerosas investigaciones acerca de la *calidad comunicativa como instrumento de mejora en la eficiencia sanitaria*, hace necesario un aprendizaje más planificado, riguroso y extensivo a todos los profesionales relacionados de una u otra forma con la salud.

Así, en cualquiera de las situaciones o tareas que antes mencionábamos (trabajo en equipo, negociación, instrucciones de un jefe de servicio a sus profesionales, etc.), *la calidad* del acto comunicativo *será una u otra dependiendo de las competencias puestas en juego* por los participantes y, en especial, *por aquel que ostenta la autoridad en cada interacción*.

Las páginas siguientes tienen como objetivo que los lectores conozcan y mejoren las principales competencias comunicativas.

Análisis de los procesos comunicativos en las unidades clínicas

Una vez expuestos los elementos, dimensiones y recursos más importantes de la comunicación, debemos ahora especificar *cómo son las situaciones y condiciones de la comunicación en el contexto de las unidades clínicas de cualquier centro sanitario*.

Para ello, iremos de lo más general a lo más concreto, de las características de los entornos comunicativos, a las peculiaridades de las situaciones particulares.

El trabajo en una unidad o servicio clínico, no sólo es de tipo técnico y científico, sino también claramente comunicativo.

Esos actos comunicativos deben alcanzar los mismos criterios de calidad que los actos médicos, y no es conveniente dejarlos al azar de los perfiles individuales de cada profesional.

Pero, la búsqueda de la eficiencia comunicativa, no es todavía una preocupación prioritaria de las organizaciones sanitarias. Veamos lo que escribía hace pocos años un experto en atención sanitaria:

«El equipo de Atención Primaria desarrollará su tarea preventiva en un continuum que va del polo mínimamente estructurado, informal, a un polo conside-

rablemente estructurado, formal (...). El polo informal remite a las guías de actuación, consejos ofrecidos, pautas higiénicas y alimentarias, así como a las recomendaciones relativas a prácticas y estilos de vida considerados saludables: se intentará modificar las actitudes y comportamientos de la población hacia formas de vida valoradas como no nocivas y positivas para la salud. Esta vía preventiva se vehicula a través del personal médico y de enfermería que en sus conversaciones con los usuarios trata de corregir aquellas prácticas que parece necesario rectificar (...) los mecanismos de persuasión diferirán en función de la capacidad y predicamento del trabajador sanitario que, dependiendo de su talante personal, tratará de transmitir tanto mensajes generales, como normas concretas y pormenorizadas en razón directa al hecho al que se enfrenta» (Uribe Oyerbide, 1989).

Términos como «tratar de corregir», «parece necesario rectificar», «capacidad y predicamento» son, coherentemente con el mensaje propuesto, términos vagos, coloquiales y nada técnicos, términos que nunca se usarían para hablar de rigurosas intervenciones médicas.

Sin embargo, se dejan al talante personal de los trabajadores sanitarios tareas tan complejas y relevantes para la salud de los ciudadanos como (y cito textualmente):

- Elaborar guías de actuación sobre pautas higiénicas y alimentarias.
- Corregir prácticas que parece necesario rectificar.
- Transmitir mensajes generales.
- Transmitir normas concretas y pormenorizadas.

Este contraste entre el cuidadoso diseño de las prácticas técnicas y el descuido, desconocimiento e infravaloración de las prácticas comunicativas (consideradas «no técnicas», aunque lo sean igualmente) no es privativo del sector sanitario: lo podemos encontrar en ámbitos como el educativo, el psicológico, el empresarial y otros.

La consideración de la comunicación efectiva como «arte personal», unida al tradicional poder indiscutido de la figura del médico, ha propiciado la torpeza e inhabilidad en las conductas de unos profesionales cuyas tareas y retos comunicativos afectan directamente a la salud y calidad de vida de todos.

«En cada acto médico hay siempre dos partes implicadas, el médico y el paciente... La historia de la medicina, por lo tanto, no puede limitarse a la historia de la ciencia, las instituciones y los caracteres de la medicina, sino que debe incluir la historia del paciente en la sociedad y la historia de las relaciones entre médico y paciente» (Sigerist, 1960; el subrayado es nuestro).

Una vez asentada la idea de que un entorno sanitario, y en especial *el entorno constituido por un servicio clínico, es un entorno comunicativo* de gran relevancia, en el que tienen lugar numerosas interacciones de gran complejidad, pasamos a analizar sus peculiaridades y cómo estas condiciones y perfiles afectan a los modos y resultados de la comunicación.

El contexto de la comunicación

En las unidades y servicios clínicos, el trabajo y, por tanto, también la comunicación, tienen lugar en contextos caracterizados por (Cuadro 17.2).

Estas características diferenciales influyen, para bien y para mal, en los encuentros comunicativos y hacen que se asemejen o difieran ampliamente de otros que tienen lugar en entornos distintos, como el educativo, el de ocio, etcétera.

CUADRO 17.2 Características del contexto clínico

- **Marco arquitectónico diferencial:** el hospital o centro sanitario es un edificio único, con perfiles propios.
- **Pertenencia a un contexto más amplio:** el servicio clínico no está separado ni es independiente de los demás servicios.
- **Diversidad funcional:** en el mismo espacio tienen lugar los actos sanitarios, los de gestión, los formativos e incluso los residenciales (las camas hospitalarias).
- **Roles diferenciados pero polivalentes:** se desempeñan a un tiempo labores clínicas, formativas, de gestión, de promoción...
- **Diversidad interpersonal:** los posibles interlocutores son muchos y variados.
- **Complejidad y especificidad de las prácticas:** para las personas ajenas a este contexto, la actividad desarrollada es «extraña e incomprensible».
- **Protagonismo de las experiencias negativas:** dolor, muerte, enfermedad...
- **Ritmos y condicionantes temporales:** la prisa y la acumulación de trabajo es frecuente en la actividad diaria.

Hay rasgos inamovibles, intrínsecos a la propia actividad (tipo de prácticas y de lenguajes), pero también hay otros, como la prisa o el tipo de espacio diseñado, que pueden ser analizados y mejorados significativamente, para evitar así algunos de sus efectos más negativos (Tabla 17.1).

Aunque la intensidad y relevancia de estos impactos en la comunicación varía mucho de unos a otros profesionales y usuarios, es indudable que conocerlos y preverlos es una forma de disminuir el perjuicio que pueden causar.

Áreas y temáticas de la comunicación en las unidades clínicas

El contexto que acabamos de dibujar enmarca y condiciona las relaciones de todo tipo que tienen lugar en las unidades o servicios clínicos.

Podemos agrupar esta variedad de situaciones comunicativas en *cuatro grandes apartados* que, aunque no son independientes, sí tienen estructuras y funciones comunicativas diferentes.

1. **Relación entre las formas de comunicación y la eficiencia de los recursos curativos:** contenidos y objetivos de la comunicación marcados por la especificidad de cada dolencia o enfermedad tratada.
2. **Relación paciente-profesional sanitario:** orientada hacia objetivos informativos (intercambio de información) e interpersonales (alivio de estados emocionales, logro del seguimiento de prescripciones...).
3. **Información para la mejora de los hábitos de salud de los ciudadanos:** campañas, folletos, comparecencias en medios de comunicación, etcétera.
4. **Comunicación y gestión de las unidades y servicios clínicos:** la comunicación como vehículo para lograr las mejores prácticas clínicas y de gestión posibles.

Veamos cada uno de ellos.

Comunicación y eficacia sanitaria

La comunicación constituye un recurso más entre todos los que existen para el diagnóstico e intervención del problema de salud tratado en cada caso.

TABLA 17.1 *Efectos del entorno clínico en la comunicación*

Característica	Efecto en la comunicación
Marco diferencial	Facilita la aplicación de normas y formas de trato especiales. Dificulta la orientación y conocimiento de los pacientes y visitantes. Facilita la adopción de roles (médico, paciente, enfermera...).
Integración en un contexto más amplio	Condiciona las formas y contenidos de la comunicación por las normas y valores impuestos por la organización. Dificulta los cambios y las decisiones desde el contexto del servicio clínico. Obliga a someterse a jerarquías y poderes externos al servicio.
Diversidad funcional	Los escenarios comunicativos pueden no ser los adecuados para los objetivos. Puede desorientar a los interlocutores.
Roles diferenciados	Los lenguajes, conocimientos, puntos de vista, etcétera, son tan diversos que dificultan la comprensión mutua y el trabajo en común. Sin embargo, el acuerdo y la complementariedad se hacen imprescindibles.
Diversidad interpersonal	Los interlocutores (con sus intereses, lenguajes, etc.) son muchos, y ello obliga a que las competencias comunicativas sean de alto nivel. Para los usuarios es difícil la orientación y el reconocimiento de «quién es quién».
Complejidad de las prácticas	Dificulta la comprensión por parte de los pacientes y las personas ajenas al mundo sanitario. Dificulta las explicaciones, la traducción a lenguajes más comunes y la empatía mutua. Obliga al manejo ágil de lenguajes técnicos y de gran abstracción.
Protagonismo de lo negativo	Hace que las condiciones de emocionalidad dificulten la comprensión y la comunicación. Se intensifican los conflictos y enfrentamientos. Los profesionales deben enfrentar situaciones de gran dificultad interpersonal.
Ritmos rápidos y prisa	La escucha se hace más difícil. La atención está frecuentemente dividida. Las fórmulas comunicativas se automatizan, el trato se hace impersonal y las rutinas se imponen.

Para que los recursos comunicativos sean efectivos frente a cuadros-problema como el Sida o la preparación al parto, es necesario un análisis detallado de los *momentos, situaciones y objetivos de la comunicación, para ese problema*.

Por ejemplo, si la *comunicación de resultados de una analítica* va a ser, previsiblemente, una *situación de gran tensión, miedo y rechazo por parte del que lo escucha, el profesional debe aprender a controlar las emociones propias y ajenas, debe lograr tranquilizar al otro y disponer las condiciones* (en ese momento o más tarde) *para que éste pueda comprender y seguir las instrucciones* que se derivan de ese diagnóstico.

Algunas funciones o efectos a los que debe servir la comunicación, según la enfermedad de que se trate, son:

- Distraer del dolor.
- Disminuir la ansiedad ante intervenciones quirúrgicas.

CUADRO 17.3 Comunicación y eficiencia de las prácticas sanitarias: problemas de salud a los que se ha aplicado

- Dolor crónico.
- Trastornos cardíacos, cardiovasculares y vasculares periféricos.
- Alteraciones gastrointestinales.
- Trastornos genitourinarios.
- Diabetes.
- Cáncer.
- Rehabilitación neuromuscular.
- Hemofilia.
- Obesidad.
- Rehabilitación postinfarto de miocardio.
- Preparación para todo tipo de intervenciones quirúrgicas.
- Procesos de intervención en unidades de quemados.
- Sida.
- Preparación al parto.
- Intervenciones y prácticas dentales.

- Cambiar los hábitos de vida para prevenir recaídas.
- Lograr el seguimiento de prescripciones e instrucciones.
- Controlar la conducta de otros, por ejemplo en el caso de padres de niños enfermos.

Para que estas metas informativas y persuasivas, de gran complejidad, puedan alcanzarse, sin que ello dependa del talante personal, es preciso que el personal sanitario lleve a cabo un entrenamiento específico.

En el siguiente apartado trataremos con detenimiento estas situaciones y las formas adecuadas de enfrentarlas. Aquí nos limitaremos a ofrecer una relación de los problemas en los que se ha estudiado la relación entre la calidad comunicativa y la eficiencia sanitaria (Cuadro 17.3).

Relación paciente-personal sanitario

La relación o trato entre el paciente y el profesional sanitario abarca numerosas situaciones comunicativas.

A estas situaciones dedicaremos íntegramente el siguiente apartado, por lo que aquí sólo anticiparemos las más relevantes (Cuadro 17.4).

CUADRO 17.4 Relación paciente-personal sanitario

- Escucha, recepción de información y personalización de la atención.
- Explicación del diagnóstico y del proceso curativo propuesto.
- Comunicación de malas noticias y de fallecimientos.
- Seguimiento de prescripciones médicas.
- Logro de efectos emocionales.
- Persuasión y logro del consentimiento informado.

Información para la mejora de los hábitos de salud de los ciudadanos

Cuando en la interacción comunicativa los interlocutores son poblaciones enteras, un gran número de ciudadanos a los que no conocemos ni conoceremos nunca, nos hallamos en condiciones muy parecidas a las de la llamada «comunicación de masas».

Se dan estas situaciones en *campañas, folletos o actos de presentación*, que tienen un formato más parecido al de la publicidad o el marketing que al de la comunicación paciente-médico.

Podemos decir que de las cinco preguntas de Laswells, sólo se mantienen invariables dos respuestas: *quién comunica y para qué* (igual que en la relación médico-paciente directa), habiendo cambiado claramente el «*a quién*», el «*cómo*» y el «*por qué canal o medio*».

Respecto al «*a quién*», los destinatarios de estas formas de comunicación son, como hemos dicho, poblaciones enteras caracterizadas por poseer perfiles comunes en determinadas variables (entorno social, déficit económicos o formativos, alteraciones biológicas), que las convierten en *poblaciones de riesgo o poblaciones diana*.

La comunicación, dirigida así a un «individuo-media», inexistente por definición, pierde casi su carácter de contacto interpersonal, y corre el riesgo de perder también su eficacia, por lo inespecífico y poco cuidado de sus formas comunicativas.

Sin embargo, creemos que *cuanto más personalizada sea la comunicación*, cuanto más a la medida se haga el «*cómo*», seleccionando formas de lenguaje, cantidad y calidad de la información, vías de acceso a los destinatarios, etcétera, *en función de las características personales que diferencian a los potenciales interlocutores, más eficaces y adecuados serán sus resultados*.

Como en cualquier otro acto comunicativo, el conocimiento y la adecuación a los perfiles del interlocutor mejora los efectos de comprensión y persuasión de los mensajes.

Desde la perspectiva de la antropología de la actividad sanitaria, es importante que nos demos cuenta de que lo que *a priori* parece tan sólo un «consejo de salud de probada eficacia», es en realidad una incursión en el territorio de los valores, las costumbres y las formas de vida colectivas. Estos valores, costumbres y formas de vida serán resistentes al cambio y debemos prever sabiamente su resistencia para, en función de ella, arbitrar los más inteligentes recursos comunicativos con los que podamos contar.

Dejar de fumar, practicar el sexo seguro, alimentarse de forma sana, incorporar el ejercicio físico a las rutinas diarias de nuestra vida: estas recomendaciones tan sensatas y de utilidad indiscutible suponen, sin embargo, una *violencia y una propuesta radical de cambio* respecto a nuestros bien instaurados hábitos de conducta. Y los hábitos de conducta, sean convenientes o no para nuestra salud, son el armazón que nos construye como personas y, por tanto, son tremendamente resistentes al cambio.

Si queremos que toda una población adquiera nuevos y más saludables hábitos, debemos afrontar seriamente el difícil reto de lograrlo, más allá de los limitados impactos de la lógica, el sentido común y el talante de comunicadores bienintencionados, pero poco preparados. Debemos incorporar al sistema sanitario los medios y expertos que en otros ámbitos (publicidad, política, medios de comunicación...) consiguen los mejores resultados.

Las palabras de Paolo Bertilli nos adentran en este punto de vista:

«La educación sanitaria es una intervención social que tiende a modificar, de manera consciente y duradera, el comportamiento en relación a la salud. Presu-

pone el conocimiento del patrimonio cultural del grupo y la determinación de sus intereses subjetivos(...) es un proceso de comunicación interpersonal, dirigido a proporcionar la información necesaria para un examen crítico de los problemas de la salud(...) La educación sanitaria no consiste en una simple transmisión de información culturalmente neutra(...) es una auténtica intervención en la cultura de los individuos, ya que tiende a incidir en los conocimientos, los valores y los comportamientos de la gente» (Bertilli, 1989).

Campañas como las de prevención del contagio del virus VIH, con multitud de formatos y mensajes y diseñadas por prestigiosas agencias de comunicación; el «póntelo, pónselo» que ganó premios en festivales de todo el mundo; la radical campaña contra el consumo de cocaína, que optaba por la elocuente imagen de un gusano introduciéndose por la nariz de alguien en primerísimo primer plano; las de la Jefatura Central de Tráfico, con sus desiguales resultados en el intento de cambiar los hábitos al volante, todas ellas son muestras del apasionante mundo de la comunicación visual y de sus poderosos (si se saben usar bien) recursos persuasivos.

Lamentablemente no disponemos de espacio para profundizar en este tema, como tampoco lo haremos en el de la comunicación escrita, con sus formatos más tradicionales (comunicados, entrevistas, folletos...) y también con los más nuevos (Internet, correos electrónicos, etc.).

Comunicación y gestión de unidades y servicios clínicos

Por último, vamos a referirnos someramente al tema que ocupará la última parte de este capítulo: cómo la comunicación puede (y debe) convertirse en vehículo y herramienta para el buen funcionamiento de la unidad clínica, entendida como subestructura organizativa.

Aquí los interlocutores son los integrantes de la propia unidad y están, por tanto, afectados por las mismas condiciones o variables.

Los lenguajes, temas, intereses y tareas, son comunes a todos los que intervienen en los procesos comunicativos. Esto, en principio, debe facilitar enormemente el entendimiento y la eficacia en la comunicación. Sin embargo, existen problemas específicos que contradicen esa aparente facilidad comunicativa.

Algunos de esos problemas se derivan del carácter ajeno que las tareas de *marketing*, gestión, economía, etcétera tienen para profesionales que han sido formados en las prácticas de tipo técnico-sanitario.

Otro de los aspectos que aumenta la dificultad de los actos comunicativos en los centros sanitarios en general, y en los servicios clínicos en particular, reside en la propia complejidad de su estructura y sus funciones organizativas.

Veamos algunas de las peculiaridades del perfil comunicativo de los servicios clínicos (Cuadro 17.5).

Basta con echar una ojeada a este listado para comprender las dificultades y la responsabilidad que afrontan los directivos e integrantes de esas subestructuras llamadas «servicios clínicos». Expondremos detalladamente cómo salir bien parado de estas situaciones.

Los interlocutores

En el análisis de los procesos comunicativos en las unidades clínicas es imprescindible tener en cuenta los diferentes interlocutores que, dependiendo de las situaciones, se constituyen en verdaderos protagonistas de la comunicación.

CUADRO 17.5 Tareas o situaciones comunicativas en las unidades clínicas**Comunicación en la función directiva** (comunicación descendente):

- Motivación, persuasión, instrucción y orientación.
- Delegación y asignación de tareas.
- Evaluación, crítica, sanción y recompensa.
- Negación de peticiones.

Comunicación ascendente:

- Presentación de informes.
- Formulación de peticiones y demandas.
- Negociación, argumentación y crítica.

Otras tareas comunicativas de alta complejidad:

- Presentaciones en público.
- Comunicación en los procesos formativos.
- Comunicación en situaciones de crisis.
- Comunicación escrita.
- Comunicación en los procesos de negociación.
- Comunicación en los equipos de trabajo (comunicación horizontal).

Enumeraremos ahora a todos ellos, y luego nos centraremos fundamentalmente en dos de esos «perfiles de interlocutor»: los usuarios y los componentes de la propia unidad clínica (Cuadro 17.6).

Las particularidades del trato y diálogo con cada uno de estos interlocutores de la comunicación, deben tenerse en cuenta a la hora de juzgar la adecuación o inadecuación de las formas comunicativas de los integrantes del servicio clínico.

Los objetivos y los medios**Los objetivos**

A pesar de la gran variedad de interlocutores, situaciones y temas a los que se enfrenta el personal de un servicio clínico, *los objetivos generales y últimos* que deben guiar

CUADRO 17.6 Interlocutores de la comunicación en las unidades clínicas**Interlocutores externos a la organización:**

- Usuarios.
- Familiares de enfermos.
- Laboratorios y proveedores.
- Medios de comunicación.
- Sindicatos.

Interlocutores integrantes de la propia organización:

- Gerencia.
- Otros servicios.
- Personal no sanitario.
- Profesionales no sanitarios: informáticos, contables, ingenieros...
- Integrantes del propio servicio.

todas las acciones comunicativas *son* en definitiva sólo dos: *uno orientado directamente a los logros en el trato con el paciente o usuario y otro, subsidiario de éste, dirigido a la buena comunicación en el funcionamiento del propio servicio.*

Ésta es la razón por la que dividiremos nuestro análisis en estos dos grandes bloques de situaciones, estructuradas en función de los dos objetivos prioritarios:

- Promover conductas (estados emocionales, acciones y formas de pensamiento) que favorezcan el mantenimiento de la salud o la rápida y eficaz curación, en los usuarios actuales y en los potenciales.
- Promover conductas (estados emocionales, acciones y formas de pensamiento) que favorezcan el desempeño eficiente y la satisfacción de todos los que integran la organización sanitaria.

Los medios

Los medios o recursos comunicativos para alcanzar estos objetivos no son otros que los que ya hemos señalado como dimensiones o componentes de la comunicación:

- El uso adecuado del lenguaje.
- El control y expresión emocional.
- La adopción de posiciones y roles idóneos: autoafirmación y uso adecuado de la autoridad y el poder, para producir los efectos pertinentes en cada acción clínica o de gestión.

La comunicación paciente-personal sanitario

La gestión de una unidad clínica tiene como meta última la calidad en la atención al usuario de ese servicio sanitario.

Desde el punto de vista de la comunicación podemos afirmar lo mismo. *Aunque se den multitud de situaciones comunicativas «internas» entre los componentes de la unidad, éstas tendrán su sentido final en la mejora de los recursos y la eficacia en el trato al paciente.*

Podemos afirmar rotundamente que *una buena práctica clínica se identifica con el logro del impacto adecuado en la conducta del paciente*, entendiéndolo por conducta todo aquello que tiene que ver con sus *conocimientos acerca de la enfermedad; sus prácticas, hábitos de salud y cuidados específicos; sus estados de ánimo y emocionales, el seguimiento de instrucciones y prescripciones, etcétera.*

Un jefe de servicio debe, por tanto, ocuparse de que la comunicación de su organización funcione de manera ágil y «bien engrasada», pero debe igualmente conocer y *garantizar la calidad comunicativa de sus profesionales en la relación con los usuarios.*

El jefe de servicio y todo el equipo que él dirige, tienen la responsabilidad de dispensar un buen trato humano, médico y comunicativo a los usuarios para los que trabajan.

Por esta razón, al hablar de la gestión de las unidades clínicas es imprescindible referirnos en primer lugar a la relación médico-paciente, para seguir después con el análisis de la comunicación interna entre el propio equipo clínico.

Características de la comunicación médico-paciente

La comunicación entre el que pide ayuda en un centro médico y el que atiende sus demandas es un proceso que, por una parte, se rige por los códigos y recursos de la

comunicación interpersonal general y, por otra, tiene peculiaridades y restricciones que la hacen diferente y «extraña».

Los aspectos comunes a toda comunicación son la utilización de un *lenguaje común* para la formulación de las demandas, la *expectativa de un trato social y humano cortés* (saludo, amabilidad, reglas de respeto, etc.) y la *adopción de roles* similares a los de otras situaciones *de demanda-provisión de ayuda*, como las que pueden darse a la hora de pedir un crédito en un banco o cuando se solicita una plaza para un hijo en un centro escolar.

Sin embargo, hay una serie de rasgos diferenciales que separan las interacciones comunicativas entre los usuarios y el personal sanitario, de cualquiera otra que tenga lugar en otros ámbitos (Cuadro 17.7).

Como vemos, a diferencia de la solicitud de un crédito y a diferencia, incluso, del trato con el médico de cabecera, aquí la relación está dificultada y marcada por rasgos propios, que merecen ser analizados desde la perspectiva de su efecto previsible en los resultados de la comunicación.

En términos generales, la relación curativa con los pacientes o usuarios presenta las siguientes condiciones:

1. Es una relación entre desconocidos. Como hemos señalado, en la relación con el médico de cabecera, el médico de familia o el de atención primaria, puede haber un trato más continuado que haga posible un conocimiento mutuo, con todas las ventajas comunicativas que ello implica.

Pero, *en un servicio clínico*, que pertenece al nivel de la atención especializada, *se trata al usuario de forma más o menos esporádica*, casi siempre sin ocasión de que se construya un conocimiento mutuo y, por tanto, una comunicación más personalizada.

2. Es una relación asimétrica. Recordemos lo que suponíamos al hablar de la autoafirmación y el poder. Aquí la asimetría y el poder se inclinan hacia el lado del profesional sanitario, y casi todas las circunstancias están a favor de su autoridad en la comunicación.

Los criterios de «conocimiento y sabiduría», «pertenencia a un grupo social altamente valorado» y, la capacidad de producir efectos en lo que más puede afectar a nuestras vidas, han hecho del poder de los «sanadores» algo incuestionable y de enorme magnitud, en momentos y culturas de todo tipo.

La asimetría no sólo se debe a la diferencia objetiva de conocimientos y posición, también tiene que ver con algunos otros aspectos mencionados: la extrañeza (para

CUADRO 17.7 Peculiaridades de la comunicación paciente-personal sanitario

- Se suele dar en *situaciones de vulnerabilidad emocional* del paciente.
- En algunas situaciones *se rompen las convenciones sociales* de privacidad, pudor y trato entre desconocidos.
- *Las conductas, prácticas y conocimientos del médico son*, con frecuencia, *la máxima prioridad* entre las motivaciones o valores *del paciente* en esos momentos.
- El paciente tiene un *conocimiento casi nulo de esos principios y prácticas*.
- El *trato previo entre paciente y médico es inexistente*, por lo que la orientación mutua se hace más necesaria y difícil.

el paciente) del entorno donde tiene lugar la comunicación y el estado de alteración emocional que puede estar afectándole.

Utilizando una metáfora deportiva, podemos decir que *el paciente juega en campo ajeno a un juego cuyas reglas desconoce, en posiciones secundarias y estando en baja forma física y psicológica*.

Esta asimetría social e interpersonal ha posibilitado que en el pasado, y todavía hoy, la práctica médica no haya sido muy cuidadosa en la comunicación con el paciente. Como hemos indicado al hablar del ejercicio de poder en la comunicación, cuanta más autoridad objetiva (*a priori* del encuentro interpersonal) ostente alguien, menos tiene que cuidar la comunicación para lograr del otro una escucha atenta y la motivación para aceptar y hacer lo que se le diga.

En la actualidad esta relación de fuerzas ha cambiado: el paciente ya no es un jugador de segunda, ya no es un «paciente ignorante y acobardado».

Pero no olvidemos que aunque su rol social sea ahora más valorado y tenido en cuenta, algunas de las condiciones que hemos mencionado no sólo no se han transformado para bien, sino que han empeorado.

Volveremos sobre ellos al hablar de la autoafirmación del médico ante el paciente.

3. Es una relación «extraña». Tanto para el paciente como para el profesional sanitario, las prácticas clínicas tienen mucho de ruptura de las convenciones sociales.

Desde *la desnudez hasta el contacto físico con alguien extraño*, pasando *por los horarios, el atuendo, la comida y el aseo* (en el caso de estancias hospitalarias) en un entorno que no se parece a ningún otro en el que uno haya residido nunca, y siguiendo por los «extraños contenidos» de las conversaciones, *todo lo que se hace y se dice en un contexto clínico produce desorientación* (no se pueden generalizar los comportamientos a partir de otros entornos) *y extrañeza*.

Facilitar la orientación del paciente ante la dualidad de «conversaciones normalizadas», por un lado, y «momentos extraños», por otro, es uno de los retos comunicativos más interesantes para el clínico.

4. Es una relación «intensa». La relevancia de lo que hay en juego, los estados emocionales que ello desencadena, lo aversivo y doloroso de ciertas prácticas, el enorme alivio, agradecimiento y alegría por la curación o el nacimiento de un hijo... todo lo que da sentido y contenido a la práctica clínica supone para ambos, paciente y profesional, una experiencia humana y profesional de primer orden.

No es de extrañar que los «nervios», las emociones y el estrés estén a la orden del día, ni que los encuentros comunicativos sean todo menos informativos y neutros.

Pues bien, en este *contexto comunicativo de relaciones intensas, extrañas y claramente asimétricas*, es en el que tiene lugar la interacción médico-paciente, una relación que ha sido estudiada por diferentes autores, desde el gran momento de cambio iniciado en la década de 1960.

Veamos algunos de los datos y modelos de análisis que sobre la relación médico-paciente, se nos han propuesto (Fig. 17.2).

«...Las percepciones que mantienen los propios profesionales de la salud, a veces basadas en estereotipos, son que estos profesionales más que tratar con personas tratan con categorías sociales, su comportamiento varía en función de los tipos de pacientes, tipos de conductas, tipos de enfermedad, tipos de personalidad o estilos de interacción e incluso en función de la popularidad de los pacientes...» (Stetler, 1977).



Figura 17.2. Relación entre comunicación y satisfacción en la atención sanitaria.

«...las percepciones están claramente sesgadas al efectuarse a partir del criterio técnico de los profesionales de la salud, ya que atribuyen la mayoría de las dificultades de comunicación –79%– a los propios pacientes» (Jaspars y cols., 1990).

«...Muchos pacientes no poseen las habilidades sociales necesarias para actuar adecuadamente en cada situación, como el pedir información sin llegar a sentirse molestos, o sin que se les juzgue personas exigentes» (Cartwright, 1964).

«Los profesionales de la salud pueden, en este sentido, adoptar el papel de entrenadores (“entrenadores culturales”), enseñando la cultura de la consulta médica a quien la desconozca: decirles qué se espera de ellos y qué papel deben adoptar, etc.» (Bochner, 1990).

«...La comunicación como proceso bidireccional debe ser abordada desde la perspectiva de los pacientes, lo que permite entender mejor los problemas que acarrea. Los pacientes atribuyen distintos niveles de dificultad a las situaciones que afrontan, mostrando una gama variada de respuestas con respecto a las mismas, de forma que los que tienen mayor “afinidad cultural” tienden a sentirse menos confundidos» (Bochner, 1990).

Una vez repasadas estas cifras, que dan una idea clara acerca de las formas de relación médico-paciente y sus déficit, vamos a analizar con más profundidad las características de esta relación comunicativa partiendo de algunos de los modelos más conocidos (Tabla 17.2).

Como vemos este modelo de análisis de las relaciones paciente-personal sanitario subraya las condiciones de asimetría, extrañeza e intensidad que antes mencionábamos.

Pero dado que *estas condiciones varían según el tipo de enfermedad, según el perfil del paciente y según los momentos y estilos del propio servicio clínico*, podemos decir, citando a Szazs y Hollendet (1956), que *la relación también oscilará entre la total pasividad del paciente y la colaboración o participación activa*, en un continuo en el que hay todo tipo de posiciones intermedias (Tabla 17.3).

TABLA 17.2 *Modelo de relación médico-paciente de Parsons (1966).*

	Paciente	Médico
Estatus	Rol de enfermo	Rol de profesional
Expectativas comportamentales	Estar motivado para ponerse bien Buscar ayuda técnica competente Confiar en el médico Aceptar la asimetría de la relación	Actuar para el bienestar del paciente Guiarse por las reglas de conducta profesional Aplicar sus conocimientos y destrezas para resolver el problema de salud Ser objetivo y no implicarse emocionalmente con el paciente
Privilegios del estatus	Exención de otros roles Exención de responsabilidades	Acceso a la intimidad física y psíquica del paciente Autonomía Dominancia profesional

TABLA 17.3 *Tipos de relación médico-paciente según Szasz y Hollendet (1956).*

Modelo	Papel del médico	Papel del paciente	Aplicación clínica
Actividad-pasividad	Hace algo al paciente	Recibe la acción del médico	Anestesia Trauma agudo
Guía-cooperación	Dice al paciente lo que debe hacer	Coopera: sigue las instrucciones	Procesos infecciosos Agudos...
Participación mutua	Ayuda al paciente a ayudarse a sí mismo	Participa	Enfermedades crónicas, etc.

Más recientemente, Roter y Hall (1992) han identificado varios tipos de relación entre el médico y el paciente, en función del grado de control que cada uno de los dos ejerce sobre la comunicación y el trato mutuo (Tabla 17.4).

Cabe señalar *que el tipo de relación no debe estar en principio preestablecido, sino que debe adecuarse a los objetivos específicos de cada intervención clínica con cada paciente.*

TABLA 17.4 *Tipos de relación médico-paciente según el nivel de control (Roter y Hall, 1992).*

	Control del médico BAJO	Control del médico ALTO
Control del paciente BAJO	DEFECTUOSA	PATERNALISTA
Control del paciente ALTO	CLIENTELISTA	MUTUALISTA

De esta forma la comunicación será, un instrumento eficaz al servicio de una mayor calidad en la atención a las personas. Para que sea posible alcanzar este objetivo ofrecemos ahora algunas recomendaciones prácticas, ordenándolas en función de las dimensiones antes tratadas: lenguaje, emociones, y persuasión y ejercicio del poder.

El lenguaje en la comunicación médico-paciente

Al hablar de las funciones y niveles del lenguaje ya hemos señalado la utilidad y pertinencia de algunas de las formas lingüísticas para el logro de resultados clínicos tales como conocer al paciente, explicar diagnósticos e intervenciones, distraer del dolor, aliviar la ansiedad, disminuir la agresividad o conseguir el seguimiento de instrucciones.

Cada una de estas metas comunicativas se alcanza más fácilmente mediante una determinada forma (función, nivel, tipo y elementos no verbales del lenguaje) lingüística. Recordemos las tareas o situaciones comunicativas integrantes de la «relación curativa», subrayando que, en términos generales, se trata siempre de tareas lingüísticas en la relación médico-paciente (Cuadro 17.8).

Como vemos, para cada tarea se requerirá un tipo de lenguaje diferente:

- En primer lugar, y pese a los condicionantes del tiempo y el trabajo, *la escucha atenta y empática debe protagonizar el primer contacto y la búsqueda de conocimiento del paciente* (recordemos que el que mejor conoce a su interlocutor, mejor logra sus objetivos).
- Para el *intercambio de información* será conveniente un *lenguaje descriptivo, con términos coloquiales y términos no técnicos*.
- Para las *valoraciones* deberemos usar formas lingüísticas *ponderadas* (sin trivializar ni alarmar gratuitamente), *más concretas y detalladas en lo positivo que en lo*

CUADRO 17.8 Tareas lingüísticas en la relación médico-paciente

- **Hacerse con información:**
 - Acerca de quién es el paciente.
 - Acerca de lo qué le pasa.
 - Acerca de las condiciones (económicas, legales, religiosas, etc.) que pueden afectar al tratamiento.
- **Proveer de información:**
 - Cómo y cuándo se llevarán a cabo las acciones.
 - Quién intervendrá.
 - Cuáles son los requisitos y procesos.
- **Valorar y opinar sobre:**
 - La gravedad del problema.
 - Las posibilidades de resolución.
 - Lo «molesto» o «aversivo» de los procedimientos.
 - Lo «positivo» o «conveniente» de ciertas acciones.
- **Explicar las conexiones causales entre:**
 - Prácticas curativas y resultados.
 - Hábitos de vida y condiciones de riesgo o protección.
 - Seguimiento de instrucciones y facilidades para la curación.
 - Condiciones hospitalarias o sanitarias y resultados positivos.

negativo y con elementos no verbales que transmitan *serenidad, empatía y apoyo* (véase el apartado dedicado a las emociones).

- Por último, para las *explicaciones técnicas* se deberá usar un *lenguaje concreto*, con *ilustraciones, metáforas y comparaciones*, y *traduciendo siempre los términos técnicos* para facilitar la comprensión (Cuadro 17.9).

Las emociones en la relación médico-paciente

Las condiciones impuestas por los entornos, prácticas y temáticas clínicas, hacen improbable (y no conveniente) una comunicación neutra, informativa y racional, sin la presencia de los elementos emocionales.

Estos elementos emocionales o afectivos van a estar siempre presentes, en mayor o menor medida y con un signo u otro, dependiendo de multitud de variables. Pero siempre van a ser un factor clave que hay que tener en cuenta a la hora de diseñar una comunicación de calidad con el paciente (Cuadro 17.10).

Las emociones más frecuentes con las que deben «lidiar» tanto el paciente como el profesional son, en el primer caso, la ansiedad, el miedo, la tristeza, la rabia y la agresividad y, en el segundo caso, la empatía excesiva, la impotencia, la rabia y la agresividad.

Por último, ofrecemos algunas recomendaciones para estos casos (Cuadro 17.11).

La autoafirmación y la persuasión en el trato con el paciente

Ya hemos mencionado la importancia de que sea el profesional sanitario el que asuma la autoridad y la responsabilidad de dirigir y orientar la comunicación hacia la efectividad a la que debe dirigirse.

Según Rodríguez Marín (2001), que sigue aquí los planteamientos de Raven (1988), cabe distinguir seis bases sobre las que se asienta la influencia o persuasión del profesional sanitario:

1. *Usar la información con argumentaciones y datos.*
2. *Usar la fuerza de la coerción y el castigo.*

CUADRO 17.9 El lenguaje en el trato con el usuario

- La escucha debe ser informativa y empática.
- El habla debe ser serena, pausada y con autoridad (véase «Autoafirmación»).
- Es conveniente emplear un lenguaje descriptivo, preciso y breve, tanto en las preguntas como en las explicaciones e instrucciones.
- Se debe dirigir la línea de diálogo, controlando la información innecesaria y las preguntas y temas colaterales.
- Es preciso traducir siempre los términos técnicos.
- Hay que cerciorarse de que los mensajes son comprendidos.
- Hay que dedicar unas palabras al alivio y mejora de los estados emocionales del que hace la demanda (véase el apartado dedicado a las emociones).

CUADRO 17.10 Variables que influyen en el tipo e intensidad de las emociones en la comunicación médico-paciente

En cuanto al paciente:

- Situación de dolor, inmovilidad o daño físico.
- Significado de peligro, muerte o, por el contrario levedad de la enfermedad.
- Tipo de «valor social» asociado a la enfermedad.
- Experiencia anterior del paciente respecto a esa enfermedad y a la enfermedad en general.
- Formas de respuesta emocional de esa persona.
- Competencia a la hora de controlar y expresar sus emociones.

En cuanto al profesional:

- Conocimientos y competencias para afrontar la enfermedad.
- Experiencias previas con ese paciente y con la práctica clínica en general.
- Formas de respuesta emocional ante la responsabilidad, la pena o cualquier otra alteración emocional.
- Competencias para la expresión y el control de las emociones propias y ajenas.

3. *Usar el poder de recompensar.*
4. *Influir basándose en la legitimidad que le confiere el puesto que ocupa.*
5. *Basarse en su pericia.*
6. *Lograr la referencia, identificación y empatía entre ambos.*

Como vemos, estas formas de influencia coinciden plenamente con lo expuesto en el epígrafe dedicado a la persuasión y, una vez más, dependerá de los límites éticos y personales el que se empleen unos u otros recursos.

En nuestra opinión, además de los elementos debidos a la experiencia y al poder del cargo, los profesionales sanitarios deben manejar una *alta competencia en sus*

CUADRO 17.11 Las emociones en el trato con el paciente

- Las **emociones**, que están siempre presentes en las demandas de asistencia sanitaria, **deben reconocerse y atenderse**, al tiempo que se recoge la información necesaria para la intervención.
- **El profesional debe evitar** que las emociones interfieran en la comunicación y en las acciones sanitarias.
- **Respecto al usuario**, deberá intervenir para el control y disminución de emociones como la **ira, la ansiedad, el miedo, la tristeza, la inhibición...**
- **Respecto a sí mismo**, deberá conseguir un control suficiente sobre su **frustración, cansancio, irritabilidad y, sobre todo, ansiedad.**
- La **expresión y escucha emocional** deberá llevar a una suficiente (no excesiva) **empatía**, que facilite el conocimiento del interlocutor, la comprensión mutua y la toma de decisiones.
- **En ningún caso las emociones deben controlar o interferir el proceso comunicativo** y las subsiguientes actuaciones de los profesionales implicados en la atención clínica.

comportamientos comunicativos, lo que facilitará que hagan el mínimo uso posible del poder para lograr los mejores y mayores efectos posibles, siempre manteniendo los objetivos de atención al paciente y sin abuso o déficit de autoridad.

Por último, ofrecemos algunas recomendaciones (Cuadro 17.12).

Algunos ejemplos de análisis de la comunicación en situaciones concretas

Para terminar esta parte dedicada a la relación paciente-profesional sanitario, sintetizaremos en forma de cuadros varias situaciones extraídas de la casuística de estos encuentros.

Hemos seleccionado tres situaciones que creemos paradigmáticas por lo relevantes y diferentes entre sí:

1. Primer contacto con el paciente.
2. Información del diagnóstico y las intervenciones que se seguirán.
3. Prescripción de cuidados e instrucciones.

En vez de analizar un caso particular, vamos a señalar los aspectos relevantes y que deben ser cuidados en cada uno de estos tres supuestos.

Es indudable que las circunstancias individuales y situacionales que configuran la particularidad de cada caso, imprimen diferencias que deben contemplarse, pero en un primer acercamiento estas guías son suficientes para orientar hacia una mejor práctica comunicativa.

Cada lector deberá identificar los aspectos en los que es poco competente para centrar en ellos su entrenamiento y sus objetivos de cambio.

Éste es el proceso seguido en los programas de entrenamiento, en los que, partiendo de los ensayos y *role playing* de situaciones concretas, se detectan los elementos más «rentables» (cambio más eficaz con menor coste personal) de cara a los «planes personales de cambio».

CUADRO 17.12 Persuasión y autoridad en el trato con el paciente

- El profesional sanitario debe aceptar la posición de **autoridad** que le confiere su calidad de experto.
- Debe, por tanto, **dirigir** la comunicación hacia los objetivos pertinentes de **obtención de información y efecto en la conducta del otro**.
- **El efecto**, tanto lingüístico como emocional, **debe ser asimétrico**, siendo siempre mayor desde el profesional al usuario, que en la dirección contraria.
- Esta **dirección** (autoafirmación y persuasión) se manifestará tanto en la **orientación del diálogo** como en el **control de los estados emocionales** (véase el apartado dedicado a las emociones).
- **El profesional debe mantener el control sobre los estados emocionales propios y ajenos** (véase el apartado sobre las emociones).
- Es conveniente adoptar una posición **firme**, pero **empática y cálida**, y moverse desde ella hacia un mayor o menor grado de autoafirmación, dependiendo de los requerimientos y problemas de cada situación.

Pautas para la comunicación en una situación de «primera entrevista»

Objetivos:

1. *Hacerse con información acerca de quién es nuestro interlocutor y cuál es el problema de salud que le aqueja.*
2. *Establecer una buena relación médico-paciente que logre la confianza e influencia necesarias. La mayor dificultad previsible está en las dimensiones informativas y persuasivas.*

Funciones del lenguaje

- Preguntas directas y breves.
- Lenguaje básicamente descriptivo.
- Con alguna valoración positiva acerca de algún hecho o conducta del paciente.
- Observación del tipo de lenguaje del paciente.

Niveles del lenguaje

- Debe primar la concreción.
- Debe observarse si el entrevistado usa lenguajes abstractos o concretos.

Tipo de lenguaje

- Básicamente coloquial y no técnico.
- Comprobación de la mutua comprensión.

Elementos no verbales

- Contacto visual, sonrisa y ritmo pausado en el habla (si hay prisa, se seleccionará mejor lo que decir, pero no se irá deprisa).

Escucha

- La escucha es la gran protagonista.
- Escucha crítica y escucha empática.

Control emocional

- Fundamentalmente de las emociones del otro.
- La serenidad, el ritmo pausado y la atención prestada ya logran relajar.
- Si no es suficiente, dar instrucciones para relajar.

Expresión emocional

- Comentarios empáticos y tonos afectivos en el lenguaje.
- (Lenguaje expresivo).

Logros persuasivos

- Establecer los roles adecuadamente.
- Establecerse como figura de autoridad con calidez y eficacia.
- Lograr que el paciente siga las primeras instrucciones «aquí, y en su vida».

Recursos persuasivos

- Mantener el control sobre lo hablado.
- Mostrar señales de conocimiento sobre lo tratado.
- Mostrar serenidad y control emocional.

Pautas para la comunicación en una situación de diagnóstico e información de procedimientos

Objetivos:

1. *Lograr la comprensión adecuada por parte del paciente acerca de su afección y de cuáles son las acciones y procedimientos que se seguirán.*
2. *Lograr el control de las emociones provocadas por la espera y por el impacto de lo notificado. Mayor dificultad previsible: en las dimensiones explicativa y de control emocional.*

Funciones del lenguaje

- Explicativa de los hechos o factores que causan o provocan la afección.
- Valorativa en cuanto a la ponderación de la gravedad, el dolor o el coste.
- Descriptiva en cuanto a los beneficios y resultados.

Niveles del lenguaje

- Muy concreto y coloquial con ejemplos y metáforas.
- Evitar las generalizaciones del otro:
 - «Nunca me curaré»
 - «No servirá para nada»
 - «Todo es horrible»

Tipo de lenguaje

- Técnico pero con la adecuada traducción.
- Comprobar la correcta comprensión de los mensajes.

Elementos no verbales

- Voz firme y sin vacilaciones y ritmo pausado.
- Son especialmente importantes para dar credibilidad y evitar el incremento del miedo o las dudas.

Escucha

- A pesar de ser una situación de «transmisión de información» el profesional debe atender y observar la recepción de los mensajes y su efecto en el otro.

Control emocional

- Es importante prever y preparar las formas de control de las emociones del otro.
- Aquí, si se ha logrado conocer bien al paciente, se ajustará mucho mejor el mensaje.

Expresión emocional

- La empatía (una vez más, posible gracias al conocimiento previo de nuestro interlocutor) y el lenguaje expresivo serán los que logren el mejor resultado en las emociones.

Logros persuasivos

- En primer lugar, debemos conseguir que el otro escuche a pesar de sus miedos y dudas.
- Que comprenda y que se avenga a seguir el proceso que le proponemos.

Recursos persuasivos

- Palabras que expresen de forma clara y directa la seguridad, rotundidad y «apego personal» al mensaje.
- Con control de las críticas o desacuerdos.
- Sin condicionales ni titubeos o circunloquios.

Pautas para la comunicación en una situación de prescripción de cuidados e instrucciones**Objetivos:**

1. Lograr que el paciente comprenda lo que se propone y que esté de acuerdo con ello.
2. Lograr que los comportamientos se den correctamente en el entorno natural del paciente.
Dificultad mayor previsible: que la comprensión no sea correcta y, sobre todo, que no se siga la prescripción.

Funciones del lenguaje

- Descriptiva hasta el límite, tanto en el cómo hacer como en los beneficios y resultados de hacerlo.

Niveles del lenguaje

- Muy concreto con repeticiones, ayudas gráficas y visuales y, si es posible, con ensayos en nuestra presencia.

Tipo de lenguaje

- Fundamentalmente no técnico aunque se «enriquezca» con términos técnicos para lograr mayor credibilidad.

Elementos no verbales

- Gran utilización de gestos, acciones (ejemplificar lo que él debe hacer, para servir de modelo al paciente) y énfasis en el volumen de voz y la entonación.

Escucha

- Animar a que el otro pregunte, comente y exprese sus dudas o dificultades.
- Comprobar la comprensión y el acuerdo con preguntas y observación.

Control emocional

- Controlar la propia impaciencia, inquietud e irritabilidad por los ritmos del otro.
- Controlar la ansiedad o temor del otro.

Expresión emocional

- Mostrar empatía por las dudas, temores y reticencias del otro.
- Usar un lenguaje altamente expresivo en la anticipación de los beneficios.

Logros persuasivos

- Acuerdo y adhesión emocional a lo que le proponemos.
- Cambio de conducta a corto plazo y a largo plazo cuando nosotros ya no estemos presentes.

Recursos persuasivos

- La dificultad de los logros perseguidos hace necesario utilizar todos los recursos posibles.
- Sobre todo:
 - Promesa.
 - Experiencia positiva.
 - Anticipo.
 - Sentimiento positivo de sí.

Comunicación y función directiva en las unidades clínicas

Dedicaremos este último apartado a estudiar las peculiaridades e imperativos que impone la actividad de gestión en todas aquellas situaciones de comunicación cuyos protagonistas son los integrantes de los servicios clínicos.

Para llevar a cabo este análisis, mostraremos algunos rasgos del comportamiento directivo o de gestión.

Como indica Mintzberg (1991), la naturaleza del trabajo directivo está constituida por una serie de roles que tienen que ver mayoritariamente con el intercambio de información y la influencia interpersonal.

«El directivo planifica, organiza, motiva, dirige y controla. Éstos son los aspectos generales de su labor. Añade previsión, orden, propósitos, integración del esfuerzo y efectividad a las aportaciones de los demás. Ése sería el mejor uso de la palabra “gestionar”». (Strong, 1965; en Mintzberg, 1991).

Esta definición reúne casi todas las acciones comunicativas que mencionábamos al referirnos antes a este tema.

En efecto, organizar, motivar, controlar, integrar el esfuerzo y conseguir que las acciones de los que están a su cargo tengan orden, propósito y efectividad, podría ser una buena definición del trabajo de un jefe de servicio clínico.

Por supuesto, todas estas funciones se desarrollan a través de la comunicación del jefe de servicio con los profesionales con los que trabaja y con otros, como el gerente del centro hospitalario y los jefes de servicio y componentes de otras unidades clínicas, los administrativos, etcétera.

Veamos más detalladamente cómo es el día a día de una persona con responsabilidades de gestión (Cuadro 17.13):

A la complejidad de las tareas que lleva a cabo cualquier persona con responsabilidades de gestión o dirección, hay que sumar algunas otras dificultades o límites específicos que, por la naturaleza del puesto, afectan al trabajo de los jefes de servicios clínicos.

Contexto amplio que afecta a las tareas de gestión en las unidades clínicas***El servicio clínico tiene como foco y meta última la atención al paciente***

El hecho de que el objetivo final del servicio clínico sea el cuidado de la salud de sus pacientes, tiene como consecuencia que *la labor de gestión y liderazgo de su jefe esté*

CUADRO 17.13 Características de la conducta del directivo (Segura, 1997)

La definición o descripción del trabajo directivo es imprecisa.

Las razones de ello son:

- a) En tareas complejas no existe una correspondencia entre funciones y comportamientos concretos. Hay distintas formas correctas de dirigir, gestionar o liderar.
- b) Al intervenir muchas otras personas y estructuras en el alcance de cada objetivo, se hace muy difícil «medir» la precisión, adecuación o error del trabajo directivo.
- c) Las conductas de tipo interpersonal y de planificación-decisión son más difíciles de medir y están aún poco estudiadas y analizadas en la práctica.
- d) Las consecuencias del trabajo directivo afectan a otros, a la empresa y al propio directivo de manera intensa y permanente.
- e) La influencia recíproca del directivo y los subordinados es una compleja trama de relaciones interpersonales, caracterizada por la asimetría, la heterogeneidad y el sometimiento a normas y valores, en parte prefijados y externos, y en parte por fijar.
- f) El trabajo directivo y de gestión está marcado por:
 - Las normas generales y específicas de la empresa.
 - El rol o expectativas prefijadas de cumplimiento de la función.
 - Las habilidades y la «tendencia de conducta»: bagaje individual que complementa las expectativas derivadas del rol.
 - Las características y limitaciones impuestas por «la empresa» y por «los otros».

al servicio de resultados complejos y difíciles de medir. La dificultad estriba en aspectos como los siguientes:

- Puede existir desacuerdo entre la valoración de los profesionales, por una parte, y la de los «clientes», por otra, respecto a cómo deben ser los servicios sanitarios, el trato al usuario y los procedimientos utilizados.

Así, mientras que existe un acuerdo casi unánime respecto a cómo debe ser un buen producto del sector informático, turístico o comercial, en la definición de un «buen producto sanitario», las divergencias pueden ser importantes y propiciar los conflictos, el «diálogo de sordos» y las desavenencias con algunos interlocutores (sindicatos, asociaciones medios de comunicación, políticos, etc.).

- El trabajo relacionado con el sufrimiento, la enfermedad y la muerte hace que exista siempre una implicación personal, emocional e ideológica, que dificulta una gestión «fríamente eficiente».

El dolor y la muerte producen respuestas emocionales en médicos, enfermeras y, por supuesto, pacientes, que el jefe de servicio deberá saber escuchar y manejar hábilmente, para que sus efectos no impidan el logro de los objetivos (clínicos y de gestión) previstos.

Las organizaciones sanitarias están integradas por profesionales expertos en la curación y el cuidado de la salud, no por expertos en gestión o en marketing

La necesidad de una formación específica en técnicas y ciencias relacionadas con la gestión es cada vez más patente y aceptada por los responsables del sector sanitario. Esta obra y los seminarios que la han precedido representan iniciativas orientadas a esa capacitación.

Vamos a mostrar algunos de los problemas que esa no profesionalidad del trabajo de gestión en las jefaturas de servicio produce en la comunicación.

- La comunicación del directivo con otros profesionales de la organización sanitaria es una comunicación frecuentemente interferida por lenguajes y puntos de vista dispares entre los interlocutores.

El jefe de servicio debe tratar, escuchar y comprender a informáticos, contables, técnicos, docentes, etcétera imprimiendo orden y sentido al quehacer de todos ellos.

Además, el ahora jefe de servicio ha sido antes un clínico, y puede ser visto por sus subordinados como alguien que «ha perdido la perspectiva» y con quien es imposible llegar a conclusiones comunes.

Para resolver estos problemas que afectan a la comunicación interna del servicio, es preciso poseer unas habilidades excelentes, que permitan que la autoridad funcione, haciendo que el trabajo de todos se oriente unánime y fluidamente hacia un fin común.

- A menudo los intereses y prioridades de la jefatura de servicio y los de los profesionales no coinciden.

Por esta razón, la consecución de objetivos como la motivación y la calidad en el desempeño de los profesionales requiere unas habilidades directivas que pasan por el dominio de la empatía y la comunicación persuasiva.

Como vimos en la *Encuesta sobre las funciones de los jefes de servicio*, los mayores escollos para este desempeño están en la «actitud de los subordinados» (42.6%). Hacer compatibles los intereses individuales, los del grupo y los del servicio como pequeña organización, es el objetivo al que la comunicación debe servir con eficacia.

El sector sanitario está en un momento de cambio cultural profundo

Como dijimos al principio, la sanidad ha incorporado un espíritu de servicio en busca de la excelencia, a través de la medición de resultados, la autocritica y la aplicación de los principios de la gestión y el *marketing*:

Estos cambios han desorientado tanto a unos (los pacientes) y a otros (los médicos), de manera que resulta difícil para ambos reconocerse en sus nuevos cometidos y atribuciones.

Esta situación plantea problemas como los siguientes:

- Los profesionales pueden sentirse amenazados en su estatus, protagonismo e independencia en el desempeño de sus funciones. Los sentimientos de vulnerabilidad, desconcierto o profundo desacuerdo que experimentan médicos, enfermeras, etcétera, ponen a prueba las habilidades de comunicación y liderazgo de los jefes de servicio.
- Los usuarios han adoptado un papel más activo y crítico, pero carecen todavía del nivel de información apropiado.

En esta situación, tanto el personal sanitario de atención directa como los gerentes y responsables de los distintos servicios, deben llevar a cabo eficazmente una doble labor: por un lado, la de informar, instruir y hacer de los usuarios «clientes informados» (labor de «entrenadores culturales»), y, por otro, la de dialogar, mantener posiciones y afrontar las discusiones y quejas que la nueva situación igualitaria ha propiciado.

Ambas funciones requieren un alto nivel de competencia en habilidades tales como la explicación y traducción de mensajes, el manejo de la empatía y la escucha y una gran autoafirmación a la hora de hacer o recibir críticas.

- Se comparte el protagonismo con sindicatos, medios de comunicación, asociaciones ciudadanas, etcétera.

La sanidad no consiste en la práctica indiscutible de unos poderosos técnicos; ahora es preciso dialogar con variados y no siempre informados interlocutores; todos tienen opinión, y esa opinión compite en igualdad de condiciones con la de los expertos.

Este afán democratizador se lleva, a veces, a extremos tales que aquellos que tienen la misión de dirigir un servicio clínico se ven continuamente puestos en entredicho, aconsejados y, en cualquier caso, juzgados por todo tipo de «opinadores», pretendidamente expertos en las «técnicas de navegación» sanitarias.

Encarar todo ese aluvión de reuniones, críticas, amenazas y «juicios públicos» es una tarea de enorme complejidad para la que todas las habilidades directivas son pocas (Cuadro 17.14).

Análisis de las metas u objetivos comunicativos en la jefatura de servicio

Una vez enmarcada la jefatura de servicio en el *tiempo y espacio organizativo* que forman su contenido, vamos a analizar los distintos objetivos comunicativos propios de este peculiar trabajo de gestión, basándonos, por una parte, en la encuesta sobre el trabajo de las unidades clínicas y, por otra, en las funciones mencionadas por Strong en la cita con la que abríamos este apartado.

Conocer a los profesionales que componen el servicio: esta primera meta es, sin duda, la base sobre la que debe sustentarse la construcción de todos los demás objetivos comunicativos

Conocer a los interlocutores más próximos, aquellos a los que hay que dirigir, controlar, motivar, etcétera, es, como hemos dicho en repetidas ocasiones, instaurar las mejores condiciones posibles para el logro de los objetivos comunicativos.

CUADRO 17.14 Peculiaridades del trabajo de gestión de servicios clínicos

1. Estar situado entre lo «directivo-de gestión» y lo «técnico-social», con la consiguiente complejidad y dualidad de intereses, presiones y discursos.
2. Desempeñar estas funciones en un momento de cambio profundo, lo que obliga a priorizar acciones, respetar ritmos y realidades e imponer innovaciones, asumiendo el coste de discrepancias y críticas.
3. Tener una gran variedad de interlocutores, heterogéneos en cuanto a su grado de poder, información e intereses, por lo que debe ajustar los objetivos, mensajes y formas de comunicación, según los niveles previsibles del diálogo.
4. Llevar a cabo tareas relacionadas con el *marketing* y la gestión cuando, en la mayoría de las ocasiones, su formación de base y su experiencia anterior se sitúa en el ámbito de lo científico-tecnológico.
5. Tener que valorar datos y tomar decisiones a partir de resultados complejos y difícilmente cuantificables, con la consiguiente inseguridad y coste intelectual y emocional.
6. Decidir y planificar en una organización que repercute directamente en la salud de las personas, lo que confiere trascendencia y riesgo a actos que, aunque sencillos, se vuelven así fuentes de ansiedad y conflicto.

Por supuesto que a estas condiciones tiene que sumarse la «puesta en acción» de competencias comunicativas propias, pero, ahora sólo queremos subrayar la importancia de ese trabajo, no siempre realizado con la debida atención, de «conocer concienzudamente a los otros».

Los recursos comunicativos que proponemos como más eficaces para alcanzar esta meta son:

- Demorar las decisiones sobre el trato y las formas de comunicación con cada uno de los interlocutores. Se trata de no sacar conclusiones rápidas acerca de cómo es cada uno y de las formas más acertadas de construir la relación con él.
- Observación continuada. Una tarea imprescindible para conocer cada vez mejor a aquellos con los que se trabaja es observar de forma constante las palabras, adhesiones, desacuerdos, propuestas, formas de trabajo, alianzas o respuestas emocionales para, con todas esas piezas, ir armando un puzzle cada vez más nítido del perfil individual de cada uno.
- Comparación y deducción. El elemento que da sentido a los datos que vamos obteniendo de los otros es la comparación de unas piezas con otras. Así, para conocer a alguien, es de gran relevancia poner en relación los siguientes aspectos:
 - a) Relación «decir-hacer»: grado de correspondencia o coherencia entre lo que dice respecto a algo y lo que hace.
 - b) Relación «antes-ahora»: se trata de observar el grado de coherencia o continuidad de comportamiento de alguien a lo largo del tiempo.
 - c) Relación «condiciones-efectos»: se trata de observar las condiciones (estrés, cansancio, presencia de otros, responsabilidad, carencia de medios...) que hacen variar los comportamientos y resultados de cada uno de los profesionales.
 - d) Relación «conducta-fines»: este aspecto motivacional, que alude a la finalidad o intencionalidad que mueve las acciones de cada uno de nosotros, es probablemente el más complejo y también el más importante a la hora de conocernos unos a otros.
- Experimentación: por último, y para poner a prueba las hipótesis deductivas que hemos construido a partir de la observación y comparación de datos, no está de más hacer pequeños «experimentos» en los que se instauren ciertas condiciones (cansancio, crítica, responsabilidad...) para comprobar cómo se comporta alguien en ese escenario.

Suponemos que el lector, conocedor del método científico, puede reconocer en estos pasos el proceso descrito en cualquier manual que explique cómo podemos obtener un conocimiento riguroso de la realidad.

Como ya dijimos, el conocimiento interpersonal no debe ser más vago o torpe que el que nos proponemos alcanzar respecto a cualquier otro objeto de estudio, sobre todo si nuestro compromiso y responsabilidad profesional reside precisamente en organizar, motivar y dar sentido a la conducta de otros.

Teniendo en cuenta que en esto consiste el trabajo de gestión, el *conocimiento riguroso de los profesionales clínicos* no sólo no es una pérdida de tiempo (como puede parecer a simple vista a los atareados jefes de servicio), sino que, por el contrario, *se convierte en la herramienta fundamental para optimizar relaciones, acciones y procedimientos.*

Dirigir, delegar, denegar y asignar tareas

Dando por hecho que el jefe de servicio conoce las debilidades, perfiles, competencias y preferencias de las personas con las que tiene que constituir un grupo de tra-

bajo consistente y eficaz, el siguiente objetivo comunicativo se centra en lo que podríamos llamar «*dar forma y poner límites*» al comportamiento de cada uno de ellos.

Esta tarea directiva se manifiesta y cobra sentido si se logran de forma sucesiva los siguientes pasos o submetas:

- **Dirigir.** La dirección supone, como tarea comunicativa, un uso preciso del lenguaje, una autoafirmación alta y una persuasión suficiente como para lograr los efectos previstos sobre las conductas del otro. Veamos estos aspectos con detenimiento.

El lenguaje al servicio de la dirección de personas supone el dominio de recursos tales como:

- a) Alto nivel de abstracción para unificar, conceptualizar y trazar líneas de acción, ante el otro.
- b) Lenguaje descriptivo para concretar y acordar con el otro de forma segura aquello que proponemos, exigimos o pretendemos.
- c) Construcción de una «identidad directiva» ante el otro. Esto supone asumir y, sobre todo, mostrar de forma coherente una autoridad que sitúe la comunicación en un plano de asimetría indiscutible para nuestro interlocutor.
- d) Este plano asimétrico no debe, en ningún caso, anular o perjudicar la autoestima del otro. Un buen directivo no anula a sus subordinados; muy al contrario, fomenta la aparición y el reconocimiento de sus identidades en la comunicación. Escucha con respeto las aportaciones e ideas de todos y propicia el crecimiento personal y la creatividad que enriquece el trabajo del grupo y mantiene alta la motivación hacia este trabajo.
- e) Utilización de los recursos del lenguaje afectivo para imprimir convicción, entusiasmo y credibilidad a un discurso que debe ir seguido de acciones concretas, es decir, para lograr una gran persuasión por medio de estrategias tanto verbales como no verbales.

- **Delegar.** Una de las mejores formas de motivar y optimizar los recursos de un servicio clínico (y de cualquier empresa) es la delegación de tareas o funciones en aquellos que sabemos que las desempeñarán adecuadamente porque los conocemos bien.

Delegar supone asumir ciertos riesgos, a cambio de una mejor redistribución del trabajo, y a cambio también de «experimentar» (de forma controlada y segura, por supuesto) las competencias, motivaciones y potencialidades de los demás.

El jefe de servicio debe asumir este riesgo, propio de la tarea de gestión y que, si está fundado en un buen conocimiento de sus subordinados, será mínimo y, en contrapartida, proporcionará un considerable beneficio.

- **Denegar.** Ya nos hemos referido, al hablar de la autoafirmación, a la relevancia de ese «no» que nos diferencia de los otros y nos permite poner condiciones a su comportamiento.

En toda tarea directiva o de gestión debe asumirse, una vez más, el coste, el desagrado y la tensión de impedir el acceso del otro a sus deseos, intenciones u objetivos.

Decirle «no» a alguien que nos pide algo es cerrarle la puerta al escenario que él propone o prefiere, obligándole a permanecer y moverse en el nuestro.

El jefe de servicio debe desempeñar con empatía y respeto, pero también con seguridad y firmeza, esta dura obligación de negar peticiones, demandas o propuestas a aquellos que están a su cargo.

Hacerlo manteniendo el buen clima y la motivación en el trabajo del servicio será uno de los más complicados retos a los que deba enfrentarse. Para detallar más éste

y otros cometidos comunicativos de alta complejidad, remitimos al lector a las guías que figuran en el Apéndice 1.

- **Asignar tareas.** La asignación de tareas, como elementos complementarios a la delegación y la negación de propuestas, es la tarea más pragmática de todas las que configuran este apartado.

Los recursos comunicativos que deben entrar en juego para asignar tareas son los siguientes:

- a) Lenguaje muy descriptivo.
- b) En las propuestas y explicaciones y en los resultados que se pretenden.
- c) En las condiciones, plazos y métodos para llevar a cabo dichos cometidos.
- d) En las formas de evaluación y seguimiento de la tarea, que se llevarán a cabo para controlar su ejecución.
- e) Alto nivel de persuasión al adelantar los beneficios, aprendizajes o avances que, para el otro, se derivan de llevar a cabo lo que le asignamos.

Controlar, recompensar y sancionar

Una vez puestos los límites de lo que se propone, se prohíbe y se espera de los otros, es decir, una vez orientada la conducta de aquellos a los que se dirige hacia el camino considerado correcto, el jefe de servicio no puede «sentarse a esperar» que los comportamientos de todos se ajusten fielmente a esa imagen prevista.

Si lo hace así, si se limita a desear o tener confianza en que «como están bien sentados los principios», todo funcionará regido por ellos, las sorpresas serán numerosas y la decepción estará garantizada.

Porque instaurar hábitos de conducta es muy difícil; lo es incluso en condiciones óptimas de competencia y buena disposición por parte de aquellos que deben seguir las pautas propuestas; y mucho más si no están aseguradas la competencia y la motivación.

Por eso es necesario un proceso continuo de supervisión y retroalimentación del desempeño de cada uno en cada tarea.

Este proceso abarca los siguientes pasos:

■ **Controlar**

Controlar significa estar informado de cómo se hacen las cosas, significa, igualmente, saber por qué se están haciendo así en ese momento, y significa también hacer saber a los otros que de forma ponderada, exacta y continua se dispone de esos datos.

Por tanto, desde el punto de vista de la comunicación, controlar supone:

- a) *Observar de forma atenta y continua* el trabajo de los otros.
- b) *Preguntar, escuchar y pedir hipótesis* (lenguaje explicativo) de por qué se está trabajando así.
- c) *Valorar los progresos parciales.*
- d) *Pedir y valorar las alternativas, propuestas e iniciativas* de aquellos cuyo trabajo se está evaluando.

■ **Recompensar**

La valoración positiva y la recompensa por un trabajo bien hecho son el mejor medio para lograr una motivación activa en aquellos a los que se dirige.

Cuando se valora positivamente el trabajo de otro, se pretenden dos objetivos: *un objetivo emocional* (satisfacción, alegría, bienestar...) y *un objetivo operativo* (que el profesional continúe haciendo bien el trabajo, e incluso que lo mejore y enriquezca de forma creativa).

Para lograr estas metas, de valoración y recompensa, debemos comunicar sirviéndonos de recursos tales como:

- a) *Describir concretamente lo que nos parece bien.*
- b) *Valorar de forma cálida, concreta, creíble.*
- c) *Valorar de forma personalizada:* con palabras y trato a la medida del otro.
- d) *De forma contingente:* con inmediatez y valorando los progresos parciales y pequeños avances.
- e) *Proponiendo vías de acceso a los logros aún pendientes.*

Para la tarea de valorar positivamente el trabajo de otros proponemos, remitimos una vez más a las guías del Apéndice 1.

■ **Sancionar**

Al igual que ocurre con la valoración positiva, la valoración que contiene una crítica, o desaprobación del desempeño de alguien a nuestro cargo, constituye un cometido delicado.

La crítica o valoración negativa nos asusta por sus implicaciones inmediatas (respuesta del otro) y futuras (clima de trabajo, resistencias...).

Sin embargo, si nos planteamos la crítica no como una valoración del otro en su totalidad, sino como una *petición de cambio en un aspecto concreto de su trabajo*, nos resultará mucho más fácil llevarla a cabo y abordar en cada caso los encuentros comunicativos orientados hacia dicha meta.

Además de la guía exhaustiva que proponemos en el Apéndice 1, resumimos aquí los principios que deben orientar toda crítica:

- a) *Controlar las emociones* e iniciar el diálogo de forma relajada y amigable.
- b) *Exponer de forma breve* y concreta el punto que se va a tratar.
- c) *Hacer preguntas y escuchar* las respuestas del otro.
- d) *Describir* aquello que se va a valorar.
- e) *Valorar de manera firme pero ponderada y limitada* aquello que se juzga en ese momento.
- f) *Proponer y escuchar alternativas.*
- g) *Cerrar con compromisos de cambio.*
- h) *Valorar positivamente el diálogo* y el compromiso, si se ha logrado.

Motivar y propiciar la creatividad y la sinergia

Aunque el conocimiento, control, elogio y crítica constructiva del trabajo de un profesional es ya una vía segura para mantener su motivación, queremos añadir algunos aspectos que tienen que ver con el trabajo y buen clima de todo el equipo.

Una vez más, conocer las diferencias individuales y las relaciones que existen entre los clínicos de un servicio propiciará estrategias de gran eficacia a la hora de mejorar el clima de relación y la calidad del trabajo en equipo.

Para el responsable de la gestión del servicio esto supone la puesta en marcha de recursos tales como:

- **Reuniones** en las que se favorezca la expresión de puntos de vista, valoraciones e identidades diversas, de forma distendida, sincera y controlada.
- **Mediación en conflictos interpersonales** entre dos o más miembros del equipo clínico. Para que esta mediación funcione como tal, debe hacerse a tiempo, con pragmatismo y ecuanimidad, es decir, primando los acuerdos y resultados prácticos por encima de las tomas de posición e intereses personales.

■ **Incorporación de técnicas, formación y asesoría** para la mejora del trabajo en equipo y la creatividad. Esta formación de los profesionales que deben trabajar al unísono se hace extensiva también al propio jefe de servicio, si sus conocimientos en estas áreas son deficitarios.

No olvidemos que escenarios comunicativos como los expuestos aquí cuando hablamos de «negociación», «mediación en conflictos», «liderazgo de reuniones» y «trabajo en equipo», suponen un nivel de complejidad tan alto que han acabado constituyendo programas autónomos de «Entrenamiento en Comunicación», con métodos y procedimientos propios.

No obstante, también sobre este tema dispone el lector de breves guías de acción en el Apéndice 1.

Mediar, representar y negociar

El último y no menos importante objetivo comunicativo que vamos a tratar sitúa al jefe de servicio en una posición no de autoridad, como en los anteriores objetivos, sino de simetría o de subordinación respecto a otros que ostentan mayor poder que él.

Se trata de situaciones en las que el jefe de un servicio tiene que representar a éste en reuniones y diálogos con otros jefes de servicio o con gerentes y directores de centros sanitarios.

En estos casos, *la autoafirmación y capacidad persuasiva están mermadas por la ausencia de superioridad objetiva* pero, como dijimos al hablar de la persuasión, esto no debe dejar indefenso («powerless», en términos de Ng y Bradac, 1993) a aquel que defiende unos intereses, demandas o puntos de vista en su propio nombre o en nombre de su equipo.

La autoafirmación, la firmeza y la convicción en palabras, gestos y acciones pueden lograr (y de hecho lo logran con frecuencia, como ya dijimos) que desaparezcan las desventajas (esa «no superioridad»), y se alcancen *objetivos comunicativos que, en un principio, parecían casi imposibles*.

Así, pedir más medios humanos o material a un gerente, negociar con otros jefes de servicio el uso conjunto de ciertas instalaciones, decir «no» ante una petición excesiva de un superior, defender ante terceros el buen desempeño y los resultados del servicio, proponer nuevos objetivos, mostrar desacuerdo ante la propuesta de incorporación de nuevos procedimientos... Éstas y otras situaciones pueden tener mayor o menor coste emocional y también mejores o peores resultados objetivos, dependiendo de la competencia comunicativa del que se enfrenta a ellas.

Recursos como el *control emocional*, la *afirmación en el mantenimiento del tema objeto de debate*, la *escucha empática* y todo tipo de *estrategias persuasivas* serán, entre otras, las armas básicas para desenvolverse en estas lides.

Remito al lector a las páginas dedicadas a la autoafirmación y el poder, para evaluar su propio punto de partida en estas habilidades o recursos, sin los cuales las tareas de mediación y negociación tendrán pocas probabilidades de éxito.

Como, además, la relación entre los diferentes componentes del equipo directivo de un centro sanitario no es ocasional, sino una continua y repetida confrontación (dicho sin connotación peyorativa), las señales de inhibición, escasa autoestima e identidad borrosa de uno de los jefes de servicio será conocida e identificada por sus interlocutores que, como cabe esperar, actuarán con él recíprocamente, ejerciendo mucho más poder y dominio del que ejercerían con otro tenido por «seguro de sí mismo y firme en sus posiciones».

Si alguno de los lectores se identifica con este perfil de inhibición o de exceso (también el exceso de autoritarismo da al traste con estos objetivos), aconsejamos que

aborde la tarea de formarse y mejorar como una de las prioritarias y más rentables para la mejora de la calidad en su desempeño como jefe de servicio.

Antes de terminar este bloque de contenidos resumimos lo expuesto en la Figura 17.3.

El lenguaje en la gestión de las unidades clínicas

Como hicimos antes, mostraremos aquí las tres dimensiones de la comunicación en su relación con el tema que nos ocupa.

Teniendo en cuenta que esta vez los interlocutores son «colegas» que manejan conocimientos casi idénticos y que desempeñan roles parecidos, el «dibujo» de las situaciones comunicativas y sus posibles problemas no será el mismo que en el caso de la relación médico-paciente.

Para llevar a cabo estas tareas, el jefe de servicio deberá manejar con soltura las distintas funciones lingüísticas; deberá, también, conocer los estilos y déficit lingüísticos de los profesionales que trabajan con él, y deberá lograr un acuerdo sobre unas formas de lenguaje que faciliten, en cada caso, la comprensión mutua y el avance hacia los objetivos del servicio (Cuadro 17.15).

Las emociones en la gestión de las unidades clínicas

Podemos decir que el jefe de servicio se enfrenta a dos tipos de alteraciones emocionales que le afectan a él mismo y a sus compañeros:

1. *Emociones ajenas a las relaciones del equipo clínico*: se trata del cansancio, estrés, ansiedad, exaltación o impotencia causados por situaciones externas al trabajo, o por situaciones derivadas de la propia práctica clínica (si el jefe de servicio sigue desempeñando también esta función), con sus limitaciones, frustraciones y alegrías.



Figura 17.3. En este triángulo, que representa la labor de «gestión de las unidades clínicas», la base es el conocimiento concienzudo de los otros; el lado izquierdo representa las tareas comunicativas más personalizadas o individuales, y en el lado derecho, figuran las que integran a todo el servicio, e incluso a toda la organización sanitaria (hospital o centro).

CUADRO 17.15 Tareas lingüísticas en la función directiva

Hacerse con información:

- Preguntar.
- Escuchar.
- Observar.
- Indagar

Transmitir información:

- Seleccionar.
- Asignar.
- Dar instrucciones.
- Abstractar y globalizar a partir de informaciones concretas.

Valorar:

- Hacer críticas.
- Reconocer y recompensar.
- Opinar y tomar posición.

Argumentar y explicar procedimientos y líneas de acción:

- Decisiones.
- Planes de acción.
- Negativas.
- Procedimientos.
- Propuestas.

En estos casos, la relación del gestor con su interlocutor puede estar afectada por la emoción de éste o por la suya propia, pero es más fácil controlarla y que no interfiera con la comunicación.

2. *Emociones derivadas de la propia relación entre el jefe de servicio y alguno de los miembros de éste:*

Aquí, el control deberá ser mayor, y además deberá implicar metas de cambio en la relación, más globales y a largo plazo.

Algunos de los estados emocionales más frecuentes en estas circunstancias, son:

- **Irritación, agresividad e impotencia** por una negativa de la gerencia a una demanda propia.
- **Tristeza y rechazo al comprobar la falta de compromiso** de un médico con los objetivos del servicio.
- **Agresividad de un profesional hacia él** por tener que someterse a sus decisiones y autoridad.
- **Desmotivación y «burn out» de profesionales** que llevan mucho tiempo en la organización.
- **Impotencia ante la falta de colaboración** y acuerdo con otros jefes de servicio para emprender acciones conjuntas.
- **Impacto de una crítica** del gerente acerca de su labor como gestor.
- **Agresividad y frustración tras la lectura en la prensa** de noticias que tergiversan lo ocurrido en el servicio.

Autoafirmación y persuasión en la gestión de las unidades clínicas

Sin duda, la dimensión persuasiva y de autoridad es la más relevante en esta tarea de dirigir o gestionar un servicio clínico.

Si en el caso de la relación con el paciente los problemas provienen mayoritariamente de errores lingüísticos o de estados emocionales que interfieren, ahora (y sin

que estos dos aspectos desaparezcan) es la dimensión de poder la que adquiere protagonismo.

Se trata de un poder que puede ser:

- Cuestionado abiertamente.
- Negado y debilitado por acciones indirectas.
- Demandado en exceso por quienes no tienen ni quieren autonomía.
- Puesto a prueba por todos desde un principio.
- Limitado por los superiores.
- Limitado por los condicionantes económicos y estructurales.
- Tal vez no deseado por el propio jefe de servicio.

Entramos de lleno en el atractivo tema del liderazgo, en el que vemos cómo las competencias y la motivación para ejercer la autoridad se deben hermanar de forma eficiente para lograr que esa autoridad llegue a ser efectiva.

Cerramos este apartado con unas recomendaciones que juzgamos de gran interés (Cuadro 17.16).

Algunos ejemplos de análisis de la comunicación en la gestión de las unidades clínicas

Por último, ofrecemos algunos ejemplos con los que concluimos este capítulo dedicado a la comunicación.

Vamos a analizar las situaciones siguientes:

1. Formulación de una demanda ante el gerente.
2. Crítica a un médico.
3. Propuesta de acción y petición de adhesión y compromiso por parte del equipo.

Además, en el Apéndice 1 se incluyen unas guías para afrontar de estas tareas comunicativas de alta complejidad propias del trabajo de gestión.

CUADRO 17.16 Recomendaciones para el adecuado ejercicio de la función de gestión de las unidades clínicas

- No precipitarse ni actuar impulsivamente.
- Hacerse con mucha información para conocer al máximo a los interlocutores, desde el principio.
- No precipitarse a la hora de sacar conclusiones respecto a cómo son los otros y a las posibilidades de lograr efectos en ellos.
- Sentar precedentes de autoridad desde el principio.
- No permitir que se cuestione nuestro poder, y menos ante terceros.
- Tomarse tiempo para el logro de los objetivos persuasivos, sin abandonarlos ante las primeras dificultades.
- Comunicarse de forma distinta con unos y otros, en función del conocimiento que se tenga de ellos.
- No evitar ni escapar del contacto con los interlocutores más molestos o divergentes.
- Reconocer los pequeños avances propios y ajenos.

*Formulación de una demanda al gerente***Objetivos:**

1. *Lograr que se acepte una petición.*
2. *Lograr que el respeto y autoafirmación ante el directivo prevalezcan aunque la demanda no fuera aceptada. Dificultad mayor previsible: la falta de escucha, empatía y persuasión del otro.*

Funciones del lenguaje

- **Descripción** de las ventajas y consecuencias positivas de acceder a la petición.
- **Repetición** de los mismos argumentos («disco rayado»).
- **Explicación** y documentación de las razones de la petición.

Niveles del lenguaje

- **Concreto pero culto y bien elaborado** para forjar una buena imagen ante el otro.

Tipo de lenguaje

- Fundamentalmente técnico aunque se traduzca y se ilustre con datos y consideraciones de tipo coloquial.

Elementos no verbales

- Es de gran relevancia mantener un habla pausada pero firme con modulaciones del volumen y el tono de voz para transmitir seguridad personal, convicción y adhesión a lo que se pide.

Escucha

- Tras una exposición breve, se debe preguntar y escuchar con atención, sin prisa por intervenir y sin exceso de argumentación.
- La escucha será crítica y empática.

Control emocional

- Control de la propia ansiedad, impaciencia o pesimismo.
- Así como de la agresividad producida por las respuestas del otro.

Expresión emocional

- Mostrar empatía por las dudas y reticencias del otro.
- Usar un lenguaje altamente expresivo en la anticipación de los beneficios.

Logros persuasivos

- Acuerdo y adhesión emocional a lo que le proponemos.
- Cambio de conducta y acciones en línea con nuestra petición.

Recursos persuasivos

- La dificultad de los logros perseguidos en una situación de desventaja objetiva en el juego de poder, hace que estos recursos sean los protagonistas.
- Sobre todo:
 - Promesa
 - Experiencia positiva
 - Anticipo

*Crítica a un médico del servicio***Objetivos:**

1. *Lograr una escucha serena y una aceptación de nuestras recomendaciones de cambio.*
2. *Lograr que el coste emocional y el efecto sobre la relación sean los menores posibles. Dificultad mayor previsible: el enfrentamiento, no aceptación y devolución de la crítica por parte del otro.*

Funciones del lenguaje

- Descripción de los hechos o conductas criticados.
- Valoración de las consecuencias o efectos negativos de esas conductas.
- Explicación y argumentación del porqué del cambio solicitado.

Niveles del lenguaje

- Concreto en la mayor parte de la crítica, pero también abstracto al hablar de valores y de criterios de conducta.

Tipo de lenguaje

- Profesional y específico si los hechos mencionados lo requieren y coloquial aunque muy preciso y cuidado al mencionar aspectos menos técnicos.

Elementos no verbales

- Habla serena, pausada pero firme.
- Seriedad facial pero con alguna sonrisa.
- No evitar el contacto visual o físico.

Escucha

- Tras una formulación breve de los hechos, se debe preguntar y escuchar con atención, sin prisa por intervenir para conocer las razones y posición del otro.
- La escucha será crítica y empática.

Control emocional

- Gran control emocional ante la propia ansiedad.
- Control de la agresividad o de la ansiedad del otro.

Expresión emocional

- Mostrar empatía por las condiciones que pueden dificultar el cambio en el otro.

Logros persuasivos

- Cambio de conducta y acciones en línea con nuestra petición.
- Mantenimiento del estatus de autoridad y de la buena relación con el otro.

Recursos persuasivos

Es una situación de alta complejidad que requiere:

- Buen conocimiento del otro.
- Ecuanimidad y escucha pero firmeza.
 - Promesa
 - Experiencia positiva
 - Anticipo
 - Castigo

*Propuesta de acción y petición de compromiso ante el equipo***Objetivos:**

1. *Lograr el compromiso entusiasta para llevar a cabo lo que se les propone.*
2. *Lograr que hagan suyo el compromiso y enriquezcan y mejoren su trabajo de forma continuada. Dificultad mayor previsible: puntos de vista dispares y no seguimiento del compromiso.*

Funciones del lenguaje

- Descripción de los pormenores de lo que se les pide.
- Valoración entusiasta de las cualidades de lo propuesto.
- Explicación y argumentación del porqué de esas acciones.

Niveles del lenguaje

- **Concreto y abstracto**, combinando los ejemplos y pormenores de las formas de acción demandadas y los valores y conceptos que subyacen a las mismas.

Tipo de lenguaje

- Técnico cuando lo requiera el mensaje pero coloquial para personalizar y entusiasmar a los interlocutores.

Elementos no verbales

- Volumen y entonación firmes y que denoten convicción y adhesión entusiasta al mensaje.
- Sonrisa y acercamiento físico y visual para lograr las respuestas individuales.

Escucha

- Tras la exposición inicial, se debe preguntar y animar a hablar, escuchando con atención.
- La escucha será crítica y empática.

Control emocional

- Control del pesimismo, desánimo o anticipación de respuestas negativas.

Expresión emocional

- Mostrar empatía por las dudas y reticencias del otro.
- Usar un lenguaje altamente expresivo que contagie el entusiasmo por la propuesta.

Logros persuasivos

- Cambio de conducta y acciones en línea con nuestra petición de forma continuada y coherente con el compromiso asumido.

Recursos persuasivos

- Es fundamental el seguimiento individualizado del cumplimiento de los compromisos con el pertinente reconocimiento o, por el contrario la repetición del mensaje con nuevas medidas persuasivas según los casos.

BIBLIOGRAFÍA

- ARCHER D. *A world of gestures: Culture and non-verbal communication* (videotape). Extension Media Center. Berkeley, CA, 1992.
- ARGYLE M. *Social Skills And Health* Methuen, London and New York, 1981.
- ARISTÓTELES. *Ética Nicomachea*. Biblioteca Clásica Gredos, Madrid, 2000.
- BERTOLLI P. *Antropología de la Educación Sanitaria*. Arxiu d'Etnografía de Catalunya, 7, 1989.
- BLAIR T. *White Paper*, 1997.
- BOCHNER S. *Doctors, patients and their cultures*, en PENDLETON D y HASLER J. *Doctor-patient communication*. Academic Press, Londres, 1990.
- BOWER SA y BOWER GB. *Usted es valioso: Guía práctica para afianzar su personalidad*. Lidlun, Barcelona, 1976.
- BYRNE PS and LONG B. *Doctors talking to patients*. Royal College of General Practitioners, Exeter, 1984.
- CARLI LL. *Gender, lenguaje and their influence*. Journal of Personality and social Psychology, 59, 1990.
- CARTWRIGHT A. *Human relations and hospital care*. ROUTLEDGE and KEGAN PAUL, Londres, 1964.
- CASTELLS M. *La Galaxia Internet*. Brosma S.L. Móstoles, Madrid, 2001.
- FERSTERHEIM H y BAER J. *No diga sí cuando quiere decir no*. Grijalbo, Madrid, 1976.
- GIBBONS P, BUSCH JD y BRADAC JJ. *Powerfull versus powerless lenguaje: Consequences for persuasion, impression formation and cognitive response*. Journal of Lenguaje and Social Psychology, 10, 1991.
- GIL F, LEON RUBIO J y JARANA EXPÓSITO L. *Habilidades Sociales y Salud*, Eudema Universidad, Madrid, 1992.
- GILES H y COUPLAND N. *Lenguaje: Contexts and consequences*. Eds. Open University Press, Buckingham, 1991.
- HUXLEY A. *Words and their Meanings*. Jake Zeiltlin, Los Ángeles, 1940.
- JASPARS J, KING J and PENDLETON D. *The consultation: A social psychological analysis*, en Pendleton D y Hasler J. *Doctor-patient communication*, Academic Press, Londres, 1983.
- KANT E. *Crítica del juicio*. Espasa Calpe, Madrid, 1977.
- KATZ D y KAHN RL. *Psicología Social de las Organizaciones*. Trillas, México, 1990.
- KELLY JA. *Entrenamiento en Habilidades Sociales* Biblioteca de Psicología. Madrid, 1992.
- KETH DENTON D. *Calidad en el servicio a los clientes*. Díaz De Santos. Madrid, 1991.
- KNAPP ML and HALL JA. *Nonverbal communication in Human Interaction*. Harcourt, Brcce and Jovanovich, Fort Worth, Tx, 1992.
- KROEBER AL and KLUCKHOLN C. *Culture: A critical review of concepts and definitions*. Peabody Museum, 47. Cambridge, Mss, 1952.
- LASSWELL HD. *Lenguaje and politics: Studies in quantitative semantics*. MIT Press, Cambridge, MA, 1965.
- LASSWELL HD. *Estructura y función de la comunicación en la sociedad*. En: *Sociología de la comunicación de masas* de Moragas, M. Tomo II, Ed. Gili, Barcelona, 1985.
- LEGER AS, SCHNIEDEN H y WALSWORTH-BELL JP. *Evaluating Health Services Effectiveness*, Philadelphia, Open University Press, 1990.
- LEON JM. y JARANA L. *Habilidades sociales en el trabajo de enfermería*. FUDEN. Madrid
- LEON JM. JARANA L y BLANCO A. *Entrenamientos en habilidades sociales al personal de enfermería: efectos sobre la comunicación con el usuario de los servicios de salud*. Clínica y Salud, 2,1:1319, 1991.
- Ley General de Sanidad 825 de abril de 1986. *Titulo primero: Del sistema de Salud, capítulo primero: de los principios generales*: Artículo Tres.
- Ley P. *Patients understanding and recall in clinical communication failure*. En: PENDLETON D y HASLER J. *Doctor – patient communication*, Academic Press. Londres, 1990.
- MAGUIRE P. *Doctor – patients skills*. En: M. ARGYLE. *Social skills and health*, Methuen. Londres, 1981.
- MAIMÓNIDES. *Obras médicas*. Ediciones el Almendro, Córdoba, 1991.
- MCGUEE A. *The patient's attitude to nursing care*. Livinstone, Londres, 1961.
- McLUHAN M. *La Galaxia Gutemberg: Génesis del Homo typographicus*. Aguilar, Madrid, 1972.
- MEHRABIAN A. *Nonverbal Communication*. Aldine-Atherton, Chicago, 1972.
- MINZBERG H. *La naturaleza del trabajo directivo*. Ariel, Barcelona, 1991.
- OURETVEIT J y TOWNSEN C. *Health Service Quality. An Introduction to quality Methods for Health Services*, Blackwell Scientific Publications. Oxford, 1992.
- PARSONS T. *Estructure and Process in modern societies*. Free Press, New York, 1960.
- PARSONS T. *El sistema social*. Revista de Occidente. Madrid, 1966.
- PEITCHINS SA. *La comunicación entre el personal sanitario y los pacientes*. Alhambra. Madrid, 1982.
- PENDLETON D. *Assessing the communication difficulty in general practice consultations*. En: OSBORNE DJ. y cols. *Research in Psychology and Medicine*. Academic Press, Londres, 1979.
- PENDLETON D. y HASLER J. *Doctor-patient communication*. Academic Press, Londres, 1990.
- PETTIGREW AM. *On studying Organizational Cultures*. Administrative Science Quaterly, 24, 1979.
- RARVEN BH. *Influencia interpersonal: Un modelo interactivo del poder y algunas aplicaciones*. En I. Balaguer Comp. *Psicología, Política y procesos jurídicos*. PPU, Barcelona, 1988.
- RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ A. *La cultura de las organizaciones públicas y privadas*. Psicothema, vol. 5, Suplemento, 1993.
- RODRÍGUEZ MARÍN J. *Psicología Social de la Salud*. Síntesis Psicología, Editorial Síntesis, S.A., Madrid, 2001.
- ROSENTHAL R, HALL JA, Di MATEO MR, ROGERS P and ARCHER D. *Sensibility to nonverbal communication: A profile approach to the measurement of*

- differential abilities*. Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1979.
- ROTHER D and HALL JA. *Doctors talking with patients. Patients talking with doctors*. Auburn House, Westport, Con, 1992.
- ROTHER D, HALL JA and KATZ NR. *Relations between physicians's behaviour and analogue patients' satisfaction, recall and impressions*. Medical Care, 29, 1987.
- RUIZ IGLESIAS L. *El hospital y su entorno*. Nota técnica para la documentación del Programa de Formación para Directivos. Instituto de Empresa. Colegio de Dirección. Madrid, 1999.
- SCHEIN EH. *La cultura empresarial y el liderazgo*. Plaza y Janés, Barcelona, 1988.
- SEGURA M. *Comunicación y Función directiva en el Sector Sociosanitario*. Documentación para el Curso Superior de Gestión Hospitalaria. Instituto de Empresa Colegio de Dirección, Madrid, 1997.
- SHEAFF R. *Marketing for health services: A framework for communications, evaluation and total quality management*. Open University Press, Milton Keynes, Philadelphia, 1991.
- SIGERIST HE. *The physician's profession through the ages*. En: F. Martí Ibáñez Eds. *H.S. Sigerist on the History of Medicine*, MD Publications, New York, 1960.
- STETLER CB. *Relationship of perceived empathy to nurses communication* Nursing Research, 52, 1977.
- SZASZ Th and HOLLENDER MH. *A contribution to phylosophy of medicine: the basic models of doctor-patient relationship* A.M.A. Archives of Internal Medicine, 97, 1956.
- TURBAYNE CM. *El Mito de la Metáfora*. Fondo de Cultura Económica. México, 1974.
- URIBE OYARBIDE JM. *El centro de salud: Una nueva mirada médica*. Arxiu d'Etnografia de Catalunya, 7, 1989.
- WATZLAWICK P. *La realidad inventada*. Gedisa Barcelona, 1991.
- WITTEGENSTEIN L. *Sobre la certeza*. Gedisa, Barcelona, 1997.

CAPÍTULO 17

APÉNDICE I:

GUÍAS DE ACTUACIÓN PARA SITUACIONES
DE COMUNICACIÓN DE ALTA COMPLEJIDAD

GUÍA para hacer preguntas

<p>¿Para qué?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Obtener información. • Facilitar el mantenimiento de una conversación, permitiendo hablar sobre aquella información que obtenemos. • Cambiar de niveles en la conversación (superficial-personal-íntimo).
<p>Hacer preguntas... ¿Cómo?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Directamente, aprovechando una pausa de nuestro interlocutor. Por ejemplo, «¿Le importaría repetir?» • Interrumpiendo amablemente debido a nuestro interés o urgencia. Por ejemplo, «Perdone que le interrumpa, pero podría explicarme...?» • Aprovechando parte de la información que el interlocutor está dando. Por ejemplo, «Usted ha dicho que... ¿sería posible que yo...?» • Resumiendo la información que nos han dado para asegurar que lo hemos entendido. Por ejemplo, «Entonces se trata de... ¿es así? ¿me equivoco?» • Podemos hacer preguntas abiertas (facilitando que nos den información variada, «¿en qué consiste este trabajo?»); o bien, preguntas cerradas, que pueden ser contestadas con un «no» o con un «sí» («¿ha terminado la entrevista?»)
<p>Dificultades habituales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Por exceso, impidiendo la posibilidad de un intercambio idóneo de información entre los interlocutores. Por déficit, empobreciendo la comunicación, ya que perdemos información y/o dificultamos el mantenimiento de la misma.

GUÍA para dar información personal

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">¿Para qué?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Expresar opiniones, deseos, experiencias, etc., y que los demás lo conozcan. • Mantener la conversación, facilitando el uso de la información que aportamos. • Cambiar de nivel en la conversación (de superficial a más personal). • Favorecer que el interlocutor también dé información personal. • Favorecer acercamientos empíricos o afectivos.
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Dar información personal... ¿Cómo?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizando «Mensajes YO» para dar mayor énfasis y favorecer la atención de nuestro interlocutor. (P. ej., «Yo siento que...», «Yo opino...», «Me gusta...»). • Dando información de contenido positivo. Exponiendo (con tono de voz afirmativo) aspectos concretos de nuestras opiniones, deseos, cualidades, etc., sin rodeos, justificaciones, o desvalorizaciones. Dar información positiva favorece los primeros encuentros. • Dando información personal a partir de la información que recogemos de nuestro/s interlocutor/es.
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Dificultades habituales</p>	<p>Generalmente mantenidas por ansiedad, miedo a resultar incorrectos, a no gustar, etc. Pueden ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Por exceso: impidiendo un intercambio idóneo de mensajes, impidiendo que el interlocutor participe. • Por déficit: Dificultando el mantenimiento de la conversación, así como la introducción de niveles más personales. Reduciendo la probabilidad de ser conocidos más ampliamente y perdiendo la posibilidad de expresarnos.

GUÍA para cambiar de tema

¿Para qué?

- Cambiar de tema de conversación.
- Dirigir el diálogo hacia nuestros objetivos.
- Evitar un tema del que no se quiere hablar.

Cambiar de tema de conversación... ¿Cómo?

- Escuchamos activamente, esperamos una pausa.
- Introducimos otro tema al inicio de la conversación, planteándolo directamente («cambiando de tema...») o ayudándonos de «muletillas» como por ejemplo: «por cierto...», «ahora que me acuerdo...», «hablando de...», «a propósito de...», «volviendo al tema...», «como decía antes...», etc.

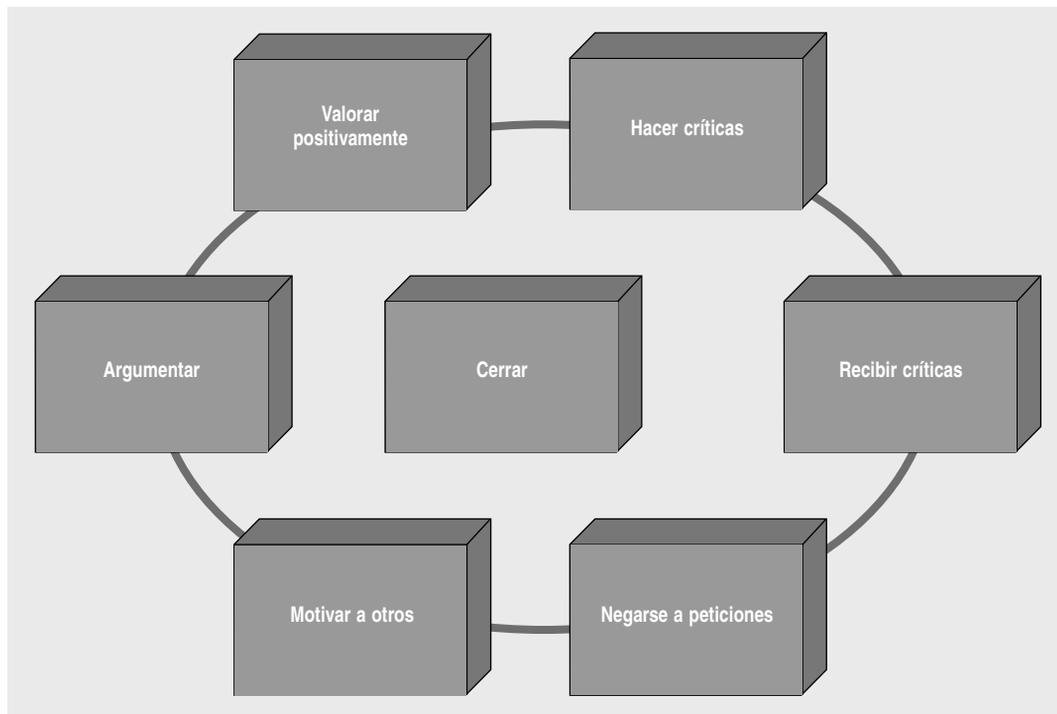
Dificultades habituales

- No encontrar el momento adecuado por miedo a resultar inadecuados, perdiendo nuestro objetivo y nuestra ansiedad.

GUÍA para cerrar la conversación

<p>¿Para qué?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cerrar la conversación. • Evitar que se reabran ciertos temas.
<p>Cerrar la conversación... ¿Cómo?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tomamos la palabra (pidiéndola amablemente o a través de contacto físico leve o un ligero aumento en el volumen de la voz o aprovechando una pausa). • Decimos algo positivo del encuentro o la conversación, etc. • Planteamos nuestro objetivo de finalizar o de marcharnos, sin titubeos, sin «escuchas forzadas»... • Proponemos la continuación del encuentro en otro momento (cuanto más concretemos en este aspecto más probable es que el encuentro se repita).
<p>Dificultades habituales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cortar de forma inadecuada sin tener en cuenta el mensaje y sentimientos del interlocutor.

HABILIDADES O COMPETENCIAS COMPLEJAS



HABILIDADES GENERALES PARA LA COMUNICACIÓN EN SITUACIONES DE ALTA COMPLEJIDAD

Definir el objetivo que defendemos

Utilizar el conocimiento previo para planificar bien la interacción

Escuchar y observar

Controlar la información que se transmite

Dominar el lenguaje: describir, sintetizar, ejemplificar, teorizar...

Conocer los propios motivos, formas de respuesta y «talones de aquiles»

Distanciarse y recordar los objetivos

Controlar las propias emociones

Controlar las emociones ajenas

Hablar del desarrollo de la comunicación

Empatizar

GUÍA para delegar y llevarse mejor

¿Para qué?

- Para aumentar la eficacia y la responsabilidad personal dedicando el tiempo a aquello para lo que estamos mejor preparados y que es definitorio de nuestro cargo.
- Para optimizar los resultados haciendo que la estructura organizativa funcione mejor.
- Para permitir que los otros aprendan, den lo mejor de sí mismos, y se sientan satisfechos de su trabajo.
- Para mostrar respeto y confianza en los otros.
- Para mejorar el ambiente del equipo.
- Para conocer cada vez mejor los recursos, habilidades y «puntos flacos» de uno mismo, de los otros y de la propia organización.

Delegar... ¿Cómo?

- Analizar el cargo que se desempeña y los resultados esperados de él: de forma concreta, sincera y realista.
- Dividir la actividad del cargo en «pequeñas tareas y pasos», de manera que podamos diferenciar lo que es irrenunciablemente nuestra tarea de lo que pueden y deben hacer otros.
- Decidir «quién hace cada cosa»: seleccionando los más preparados y motivados para cada tipo de actividad.
- Establecer un plan de «delegación progresiva»: con tiempos y plazos para la habituación y dominio de las tareas y responsabilidades por parte de cada uno.
- Comunicar de forma correcta y motivante: preguntando, escuchando, incorporando sugerencias y cerrando compromisos.
- Seguir el proceso y evaluar las acciones y resultados: comunicando las valoraciones positivas o negativas de forma adecuada, concreta y motivante.

GUÍA para decir NO... y conservar las amistades

¿Para qué?

- Para no hacer lo que no deseamos.
- Para mostrarnos y autoafirmarnos como individuos.
- Para mantener nuestra «parcela de control» en la relación.
- Para que el otro valore nuestra decisión el día que decimos «Sí».
- Para sentir la satisfacción y autoestima de actuar según nuestros objetivos y criterios.
- Para establecer y mantener las relaciones en términos de conocimiento y respeto mutuos.

Decir «NO»... ¿Cómo?

- Hacer preguntas hasta conocer detalladamente la petición del otro: centrarnos con interés y curiosidad en lo que nos pide en concreto, qué consecuencias tendría nuestra negativa, cómo nos habla (chantaje emocional, miedo, (adelanto del no, etc.)... **Las peticiones son concretas.**
- Decir no, sin rodeos, excusas invalidantes ni agresividad: con lenguaje claro y directo, y sin perder el respeto y buena relación que se tenga con el interlocutor. . . **El otro debe entender que nos estamos negando.**
- Expresar emociones y opiniones positivas: resaltar lo positivo de «la confianza», «el cariño», «el interés de uno por el otro» o cualquier otro terreno emocional positivo en el que se sitúe la relación... **Un «no» no es un enfrentamiento o un enfado.**
- Implicarse en la resolución del problema del otro: colaborar en la búsqueda de alternativas diferentes a lo que el otro nos pide, pero igual o más efectivas y en las que podemos estar implicados nosotros directamente o no... **El problema tiene más de una solución.**
- Expresar alegría, alivio, agradecimiento o la emoción que sintamos por la aceptación de nuestra negativa por parte del otro y por la resolución de su problema... **Un «no» bien aceptado es un avance positivo en una relación.**
- Mostrarse dispuesto a colaborar en el futuro: aunque ahora hayamos respondido con un no, eso no significa que en el futuro no estemos dispuestos a prestar nuestra ayuda de la forma en que ahora se pide o de forma diferente... **El no es puntual, ni global ni para siempre.**

GUÍA para valorar, criticar, recompensar y sancionar

¿Para qué?

- Para expresar el malestar o el perjuicio producido por la conducta del otro.
- Para mostrarnos en nuestras opiniones y emociones.
- Para pedir cambios de conducta.
- Para acercar posiciones.
- Para prevenir distanciamientos, conflictos y malos ambientes.
- Para sentirse bien con los otros y con uno mismo.

Valora, criticar, recompensar, sancionar... ¿Cómo?

- Saber lo que me molesta o perjudica: hecho o conducta a criticar.
- Delimitar si es algo puntual o repetido: particularidad/globalidad.
- Saber cómo me siento por ello: emociones.
- Delimitar cómo me gustaría que se comportara el otro: mi objetivo.
- Anticipar lo que me juego al hacer la crítica: posibles consecuencias.
- Anticipar la respuesta del otro: estilo de lenguaje, manejo de emociones, motivos...
- Preparar una estrategia a la medida: momento, lenguaje, alternativas...
- Mantener la calma: controlar las emociones que me desvían del objetivo y «calientan la situación».
- Escuchar e interesarse por lo que el otro tiene que decir: siempre hay puntos de vista o datos a recoger.
- Empatizar: ponerme en el lugar del otro y acercar posiciones, creando un clima emocional positivo.
- Dar alternativas: proponer formas de acción «deseables» que cambien la conducta criticada.
- Si se acepta alguna de estas alternativas o se aporta alguna otra adecuada... (éxito objetivo), valorar la disposición a cambiar y cada una de las muestras parciales o globales del cambio.
- Si el otro no acierta a cambiar, subrayar las consecuencias negativas de que la conducta siga inalterable y emplazar al otro a que lo piense y plantee más tarde alguna otra alternativa.
- En cualquier caso, mostrar satisfacción por haberlo hablado (éxito subjetivo).

GUÍA para liderar reuniones

¿Para qué?

- Para observar el comportamiento de los otros... y conocerlos (poder predecir lo que van a decir y hacer, y lo que les afecta positiva y negativamente).
- Para mostrarse... hasta cierto punto.
- Para hacerse con datos, puntos de vista y experiencias sobre temas concretos.
- Para llegar a puntos de vista, conclusiones y decisiones conjuntas.
- Para mejorar las relaciones interpersonales.
- Para cohesionar y aumentar la identificación del grupo.
- Para aliviar tensiones y resolver conflictos.
- Para tener una visión de conjunto del funcionamiento del grupo o centro.
- Para conocer el trabajo y los problemas de los otros, relativizando o ubicando el propio trabajo y los propios problemas en el contexto adecuado.

Liderar reuniones... ¿Cómo?

- Sólo lo necesario: las reuniones deben ser realistas y efectivas.
- Anticipar y preparar: previsión, orden del día con comunicación y exigencia de preparación de temas.
- Regular: se deben explicar las normas, objetivos, expectativas, roles y límites temporales.
- Controlar: limitar la extensión y los turnos de palabra, interrupciones, temas colaterales, repeticiones, tipo de lenguaje, estados emocionales, etc.
- Cierres parciales: sintetizar y sacar conclusiones de cada punto de interés.
- Cierre final: sacar conclusiones globales que recojan los resultados de la reunión.
- Compromiso y plan de trabajo: clasificar los pasos a seguir (con fechas, nombres y datos) y asignar responsabilidades y tareas.

GUÍA para negociar... de forma eficiente

¿Para qué?

- Para acercar posiciones.
- Para resolver conflictos interpersonales.
- Para salir del «impás» del enfrentamiento.
- Para llegar a acuerdos y decisiones conjuntas.
- Para conocer a los otros y a sí mismo.

Negociar... ¿Cómo?

- **HACERSE CON TODA LA INFORMACIÓN PERTINENTE:** Sobre el tema, sobre las posiciones de los otros y sobre las alternativas posibles.
- **DEFINIR CLARAMENTE LA PROPIA POSICIÓN:** Diferenciando lo fundamental (irrenunciable) de lo secundario (negociable).
- **ELEGIR LOS INTERLOCUTORES, EL MOMENTO Y EL LUGAR:** Si es posible, se elegirán las personas más racionales y abiertas al diálogo.
- **RELAJARSE Y SITUARSE EN POSICIÓN DE DIÁLOGO:** Postura, mirada y gestos que tranquilizan, reducen prejuicios y facilitan que los otros hablen.
- **ESCUCHAR, NO INTERRUMPIR Y NO ESTAR PENSANDO EN PARALELO:** Para hacerse realmente con la información que el otro transmite.
- **EMPATIZAR E INTEGRAR LOS ASPECTOS POSITIVOS DE LA POSICIÓN DEL OTRO.**
- **EXPONER CLARAMENTE,** censurando los elementos de enfrentamiento innecesarios.
- **DAR ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN:** Para salir de círculos viciosos.
- **VALORAR LA ACEPTACIÓN DE ALTERNATIVAS DE ACERCAMIENTO.**
- **CERRAR LA NEGOCIACIÓN:** Concretando los puntos, acuerdos, compromisos y plazos.
- **MOSTRAR SATISFACCIÓN Y ELOGIO:** Por haber conseguido llegar a un acuerdo.
- Si no es posible cerrar la negociación, aplazarla para otro encuentro futuro, valorando los esfuerzos y el diálogo y reduciendo el tono emocional negativo antes de dar por terminado el encuentro.

CAPÍTULO 17

APÉNDICE 2:

MODELO DE FICHA DE
«EVALUACIÓN INDIVIDUAL DE COMUNICACIÓN»

I. Evaluación cualitativa

Ficha de evaluación individual de comunicación

Nombre: Concepto: primera evaluación (presentación)

Lenguaje	Autofirmación	Emociones
Tipo de lenguaje predominante	Adecuación y claridad del objetivo	Relajación y serenidad inicial
Elementos gestuales y paraverbales	Observación y conocimiento del interlocutor	Ritmo del habla
Estructuración del mensaje	Directividad y convicción en el mensaje	Observación y sintonía emocional con los interlocutores
Escucha	Mantenimiento de objetivos	Presencia de las emociones en el mensaje
Argumentación	Empatía y construcción de acuerdos	Empatía

II. Evaluación cuantitativa

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
L												LENGUAJE
G												
EM												
ES												
AR												
OJ												AUTOAFIRMACIÓN
I												
D												
MO												
AC												
S												EMOCIONES
R												
O												
VE												
E												

Objetivos de cambio

Índice

■ A

Accountability, 68, 71
Actividad
 médica, 4
 en la práctica clínica, 436
Activity-based costing (ABC),
 366, 409
Advance directives, 134
Agencia de calidad del SNS,
 36
Alertas, 540
Algoritmos clínicos, 78
Análisis
 de capacidad, 227, 239, 242,
 511
 de citas, 456
 de la comunicación, 700,
 715
 coste(s)
 beneficio, 308
 completos, 389
 efectividad, 390
 relevantes, 385, 390
 utilidad, 390
 decisiones, 179
 de la demanda asistencial,
 452
 de atención primaria, 454
 dietarios, 453
 de estructura, 326
 de la formación desarrollada,
 307
 gerencial, 226
 de gestión
 del cambio, 508
 y capacidad, 179, 198, 244
 contractual, 154, 155
 unidades clínicas, 715
 de información, técnicas,
 440
 instrumentos, 442
 marginal, 245, 246
 de la organización, 217
 del plan
 estratégico, 307
 de formación, 307
 de plantilla, 327

 de potencial, 293
 de procesos
 comunicativos, 684, 690
 y sistemas, 198
 de puestos de trabajo, 293,
 298, 315
 punto de equilibrio, 382
 de regresión, 249
 de series de tiempo, 236
 de sistemas, 198
Andersen Consulting, 23
Área(s)
 ambulatoria, 605
 clínicas, 99
 de hospitalización, 605
 servicios centrales, 606
 tratamiento y diagnóstico,
 606
Arquitectura sanitaria, 588
 en el siglo xx, 608
Asistencia sanitaria, 21
 cobertura, 21
 resultado y calidad, 6, 23.
 Véase también Calidad
Atención
 individualizada, 74
 integrada, 75
 médica, 6, 17, 54
 primaria, 5
 prestaciones solicitadas,
 455
 sanitaria, 17, 127
Auditoría
 clínica, 57, 77, 83
 médica, 57, 77
Autoafirmación, 664
 estilos, 673
 autoafirmativo, 675
 excesivo, 675
 inhibido, 674
 en la gestión de unidades
 clínicas, 714
 con el paciente, 698
Autoevaluación, 488, 489
Autonomía de la voluntad,
 131
Autorregulación profesional,
 28

■ B

Barómetro de la salud-2000,
 254, 265
Benchmarking, 69, 377, 408,
 482
Bioética, 127
Blair, Tony, 24
Blamefree, 69
Bristol Royal Infirmary,
 16, 59
British Medical Journal, 62
Bulard, Martin, 16, 24
Business process re-engineering,
 246

■ C

Cadena de valor, 269
Calidad, 237, 474
 aseguramiento, 73, 479
 asistencial, 86
 centrada en el paciente, 73
 de la práctica médica, 58
 sanitaria, 6, 23, 475
 control, 227
 de las decisiones clínicas, 4,
 58
 definiciones, 474
 gestión, 55, 56, 476
 modelos, 478
 herramientas para la mejora,
 83, 481
 impacto del diseño de la
 organización, 32
 indicadores, 36, 283
 infraestructura, 36
 mejora, 31, 32, 72, 479
 en el NHS, 31
 normas, 36
 parámetros, 59
 planificación, 478
 políticas, 35, 478
 del producto, 55, 57
 promoción, 33
 regulación, 57
 de resultados clínicos, 55

- Calidad (*cont.*)
 de los servicios, 14
 del sistema, 479
 sanitario, 64
 técnica, 55, 57, 60, 96
 total, 475, 479, 488
- «Cajas», 198
 negra, 363
- Cambio
 tecnológico, 84
 y reorganización, 197
- Campana de Gauss, 64
- Capacidad, 237, 238
 análisis, 227, 239, 242, 511
 gestión, 239, 242
 local, 238, 240
 sistémica, 239, 240
- Capital
 del cliente, 75
 estructural, 75
 humano, 74
- Case-mix*, 85
- Centros
 de actividad interna (CIA), 366
 auxiliares, 370, 372
 de coste, 366
 de decisión periféricos, 431
 económico-administrativos,
 370
 estructurales, 370
 finales, 370
 principales, 370
- Ciclo
 estratégico, 435
 de la gestión, 177
- CIE-9-MC, 461
- Circuito del paciente, 220
- Círculo virtuoso, 206
- Cirugía a distancia, 539
- Cita(s)
 análisis, 456
 previa, sistema, 430
- Citizen's Charter*, 16
- Cliente, 219
- Clima laboral, 293
- Clinical*
Audit, 74
budgets, 50
Directorates, 46, 49, 50
governance, 24, 26, 115
- Clinton, Bill, 29
- CMBD, 446, 459
- Cobertura universal, 22
- Code of Right*, 34
- Codificación *intraframe*, 537
- Codificadores
 basados en la predicción, 565
 sustitucionales, 565
- Código(s), 461
 Penal, 130, 147
- Coefficiente de correlación, 249
- Colas
 coyunturales, 215
 estructurales, 215
 teoría, 243
- Comisión(es)
 clínica, 120
 de cuidados, 120
 de dirección, 120
 para la mejora de la salud, 28
 participación y garantías, 120
- Commission for Health
 Improvement (CHI)*, 28
- Comité
 de Bioética de Cataluña, 135
 ético, 130
 Europeo de Normalización
 CEN/TC251, 519
 de formación, 308
- Committee on the Quality of
 Health Care in America*, 32
- Commodities*, 206
- Competencias
 específicas, 333, 338, 349,
 350, 356
 estratégicas, 333, 349, 350
 genéricas, 356
 gestión, 483
 modelo, 356
 técnicas, 333, 339, 349, 350
- Comportamiento organizativo,
 179
- Compra y provisión
 de servicios, 14
- Comunicación(es)
 análisis, 700
 áreas temáticas, 686
 aspectos, 671
 de banda ultra-ancha, 572
 contexto, 685
 criterios, 667
 en la decisión clínica, 560,
 572
 definición, 628
 dimensiones, 632, 667
 efectos, 669
 y eficacia sanitaria, 686
 elementos, 625, 663
 comunicativos, 672
 no verbales, 644
- emocional, 658
 empatía, 661
 en entornos sanitarios,
 680
 escucha, 661
 y función directiva, 704
 identidades, 667
 interpersonal, 624
 intrahospitalarias, 572
 médico-paciente, 692
 lenguaje, 697
 medios, 692
 objetivos, 630, 691
 paciente-personal sanitario,
 692
 entre personas, 627
 protocolos, 524
 respuesta, 662
 resultado persuasivo, 671
 de servicios clínicos, 690
 de unidades clínicas, 690
- Comunidad Autónoma
 de Andalucía, 139
 de Asturias, 140
 de Cataluña, 138
- Conductas observables, 356
- Congreso norteamericano, 30
- Consentimiento
 informado, 128, 129, 131
 del paciente, 142
- Consortios, 89
- Constante de suavización,
 248
- Consulta a distancia, 538
- Contabilidad
 analítica, 363, 365
 sistemas, 365, 366
 externa, 363
 financiera, 363
 general, 363
 de gestión, 363
 interna, 363
- Contratos, 155
 de agencia, 158
 análisis y gestión, 154, 155
 completos, 155
 costes económicos, 156
 de gestión de los servicios, 5,
 85, 170
 imperfectos, 156
 perfectos, 155
 programa, 84, 160, 168
 implantación, 165
- Contribución
 marginal, 379

Control(es), 456
 burocrático, 201
 estrategias, 202
 de calidad, 227
 concurrentes, 200
 cultural, 202
 económico, 201
 del gasto sanitario, 23
 de gestión, 412
 mecanismos, 170
 personal, 201
 posteriores, 200
 preliminares, 200
 presupuestario, 416
 proceso, 413
 sistema eficiente, 415
 técnicas y protocolos, 200
 tipos, 414
Core process redesign, 262
 Correlación autoridad-
 responsabilidad, 177
 Coste(s)
 análisis
 beneficio, 308
 completos, 389
 efectividad, 390
 relevantes, 385, 390
 utilidad, 390
 analíticos, 431
 asignación, 372, 374
 atención por paciente, 243
 centros, 366, 367, 369
 controlables, 377
 diferenciales, 383
 directos, 367
 afectación, 371
 eficiencia, 25
 entre centros, 400
 fijos, 378, 379
 flujos
 métodos, 372
 modelo, 367
 imputación, 375
 indirectos, 367
 medios, 396
 por naturaleza, 367, 368
 objeto(s), 366
 determinación, 369
 optimización, 13
 por paciente, 394
 proceso de transmisión, 367
 por procesos, 5
 de recursos utilizados, 243
 reducción, 261
 relevantes, 383

sistema(s), 227, 365
 agregados, 394
 basados en actividades,
 366, 409
 basados en la casuística,
 394, 395
 bottom-up, 394
 completos, 366, 367, 377
 controlables, 367
 directos por paciente, 403
 individual, 394
 parciales, 394, 395
 relevantes, 367
 top-down, 394
 totales, 367, 396
 variables, 367, 378
 de transacción, 156
 totales, 367
 unitario
 por prestación, 407
 por producto intermedio,
 407
 variables, 378
 Cuadrados mínimos, 249
 Cuadro de mando, 419-422
 Cuellos de botella, 215, 239
 Culpa grave, 143
 Cultura
 de la adaptabilidad, 683
 de calidad, 682
 de la eficiencia, 682
 de la elección conjunta, 682
 de la equidad, 682
 y estándares, 75
 de la flexibilidad, 863
 individual, 680
 de la información, 682
 de la innovación, 683
 de grupo, 680
 de las organizaciones, 680
 de la participación, 682
 profesional y gestión, 7
 del servicio, 682

■ D

DAM, 248
Data warehouse, 521
 Datos
 base de, 521
 cualitativos, 229
 cuantitativos, 229
 fuentes, 229
 minería, 446

repositorios, 445
 servidores, 522
 visualización, 446
 Decisiones
 análisis, 179
 clínicas, 4, 59
 comunicaciones, 560
 técnicas, 179
 Decreto de Estructura de 1987,
 84
 Delitos
 dolosos, 143
 y faltas de imprudencia, 148
 de imprudencia penal, 146,
 148
 Demanda asistencial. *Véase*
 Análisis
 Departamento de Sanidad
 Británico, 25
 Derecho
 sanitario, 127
 a no ser informado, 133
 Desarrollo
 de métodos y estándares
 de trabajo, 198
 del personal y
 de la organización, 73
 profesional, 348
 de sistemas de información,
 46
 Descentralización, 83, 110, 117
 Desempeño
 evaluación, 356, 358
 gestión, 358
 medición, 413, 414
 profesional, 323
 Desviación
 absoluta media, 248
 corrección, 414
 Diagnóstico
 administración de terapia,
 567
 grupos relacionados, 393
 medios para establecer, 4
 Diagramas
 de dispersión, 248
 de flujos, 602
 de Isikawa, 277
 de Pareto, 277
 Dinámica
 de grupos, 179, 199
 de procesos, 214
 Dirección(es)
 clínica, 105
 estratégica, 113

- Dirección (*cont.*)
 médicas, 7, 140
 de personas, 288
- Director de informática, 260
- Disposiciones
 administrativas, 135
 de carácter estatutario, 136, 138
- Distritos sanitarios, 14
- Dotación de recursos. *Véase*
 Recursos
- DPO, 436
- Druker, Peter, 174, 177
- **E**
- ECM, 248
- EEE, 249
- Eficacia clínica, 73
- Eficiencia, 14
- EFQM, 480
 estructura dinámica, 491
 excelencia, 490
- Eje
 social de comportamiento, 199
 técnico/tecnológico, 198
- Ejecución
 dirección, 198
 de procesos, 221
- EMAP, 249
- Emociones, 649
 acciones, 655
 alteración biológica, 655
 en la comunicación, 658
 comunicar, 660
 control, 655
 definición, 651
 gestión de unidades clínicas, 713
 hechos y situaciones, 652
 relación médico-paciente, 698
- Empowerment*, 486
- Empatía, 661
- Empresa(s)
 concepción orgánica, 211
 de salud, 207
 virtual, 206
- Encaje servicios-procesos, 215
- Enthoven, 14
- Entrevista
 personal, 299
 preliminar, 305
 con el superior, 300
- Equilibrio trasaccional, 154
- Equipo
 directivo, 52, 441
 gestor, 268
 sanitario, 5
- Error
 cuadrático medio, 248
 estándar de la estimación, 249
 medio absoluto porcentual, 249
- Escucha, 646
 y atención, 661
 crítica, 648
 empática, 648
- Escuela(s) de gestión, 175
 de las ciencias, 179
 clásica, 176, 178
 control, 184
 ejecución, 184
 organización, 184
 planificación, 184, 185
 del comportamiento, 178
 enfoques contemporáneos, 177, 180
 neoclásica, 178
 de relaciones humanas, 178
- Espacio hospitalario, 589
 diseño, 592
 planificación, 590
 programación funcional, 590
- Estado
 actividad, 12
 de bienestar, 11, 25
 concepto y papel, 12
 función económica, 12
 papel intervencionista, 12
- Estándares
 de competencia clínica, 75
 de comportamiento clínico, 75
 cultura, 75
 establecimiento, 413
 de formación, 8
- Estatuto
 jurídico del personal médico, 137
 Marco, 127
- Estrategia
 de control burocrático, 202
 de gestión del cambio, 508
 ambiental-adaptativa, 509
 empírica-racional, 508
 factores de selección, 509
 forzada-coercitiva, 508
 normativa-reeducativa, 508
 organizativa, 295
 de personas, 324
 de recursos humanos, 323, 324
- Ética
 médica, modelo, 9
 profesional, 9
- European Foundation for Quality Management (EFQM)*, 480
- Eutanasia, 134
- Evaluación
 clima laboral, 293
 del desempeño profesional, 323, 356, 358
 de personas, 316
 de la práctica clínica, 73
- Evidencia científica, 135
 acceso, 73
 aplicación, 73
- Evolución de plantilla, 326
- Experiencia emocional, 654
- Experimentación terapéutica, 129
- **F**
- Fallo estructural, 238
- Feed-back*, 81, 214, 220
- FIFO, 233
- Financial Management Initiative*, 13
- Firewall*, 536
- First*
Come, 243
In, 243
in system, 243
out, 243
served, 243
- FISFO, 243
- Florence Nightingale, 586
- Flujos, 214
 de comunicaciones, 179, 199
- Formación, 341
 continuada, 27, 83
 desarrollada, análisis y evaluación, 307
 diagnóstico
 de las necesidades, 308
 estándares, 8
 evaluación, 346
 de formadores, 294
 herramientas de apoyo, 345
 necesidades, 341
 de gestores, 13

de las personas, 293
 objetivos, 308
 planes, 306, 359
 programas y planes, 306
 Fowler, Norman, 13
Framework, 38
 Friedman, Milton, 22
 Fry y Wandale, 10, 16
 Fuentes
 de datos, 229
 de información, 437
Full costing, 367
 Función(es)
 directiva, 155, 174
 el marco, 181
 ejecución/dirección, 198
 estratégica, 4126
 gestora, 140
 operativa, 412
 de planificación y control,
 412
 principales de los mandos,
 177
 reguladora, 103
 Fundaciones Públicas Sanitarias,
 89

■ G

Gasto sanitario, 14, 15, 24, 25
 control, 23, 46, 59
 crecimiento continuado, 21
 fortalecimiento del control,
 22
General manager, 14
 Gerente, 13, 48
 en los hospitales, 84
 Gestión, 88, 218. *Véase también*
 Gestores
 activa, 78
 de las administraciones
 sanitarias, 35
 análisis, 46, 110
 autonomía, 105
 de calidad, 56, 86, 476
 modelos, 478
 del cambio, 498
 análisis de situación, 508
 buena práctica, 513
 campo de actuación, 509
 capacidades, 511
 concepto, 500
 estrategias, 508
 habilidades, 511

organizaciones sanitarias,
 500
 proceso, 503
 puesta en práctica, 507
 resistencia, 510
 teoría, 500
 de la capacidad, 198, 236,
 239, 242
 ciclo, 177, 184, 187, 198
 clínica, 89, 112
 área de conocimiento
 médico, 429
 ciclo estratégico, 435
 desarrollo, 110
 estilo de práctica clínica, 429
 en España, 84, 93, 119
 INSALUD, 97
 instrumentos
 de información, 466
 obstáculos, 431
 Servicio Andaluz de Salud,
 101
 Servicio Catalán de Salud,
 105
 Servicio Gallego de Salud,
 103
 Servicio Vasco de Salud, 100
 en el Sistema Nacional
 de Salud, 84
 unidades, 98
 por competencias, 483
 del conocimiento, 82
 contractual, 154
 de contratos, 154
 control, 184, 412
 de cuidados, 78
 elementos estructurales, 79
 elementos funcionales, 79
 descentralización, 105
 del desempeño, 358
 directa, 86, 87
 por la Administración, 87
 a través de Fundaciones, 87
 Públicas sanitarias, 87
 a través de un servicio
 público, 87
 por una sociedad, 87
 directiva, 182
 efectividad, 181
 eficiencia, 181
 ejecutiva, 182
 empresarial, 64
 de enfermedades, 78, 80
 enfoques, 177
 escuelas, 177, 179, 184

estrategia de implantación, 119
 estructuras, 50, 261
 función, 184
 habilidades, 182
 conceptuales, 183
 interpersonales, 183
 políticas, 511
 de relaciones personales, 511
 técnicas, 183
 herramientas, 5
 hospitalaria, 154
 indicadores, 85
 indirecta, 87, 88
 de la información, 112
 marco organizativo, 92
 metodologías, 56
 mixta, 88
 modelo, 23, 80
 de gobierno interno, 119
 niveles, 13, 182
 normas jurídicas, 88
 por operaciones y procesos,
 219, 225
 de las organizaciones
 sanitarias, 84, 157, 184
 de personas, 290, 322
 herramientas, 295
 técnicas, 295
 planificación, 184
 de previsiones, 235
 por procesos, 48, 54, 60, 82,
 86, 100, 111, 200, 207, 481
 productos, 207
 de recursos, 21, 46, 50
 clínicos, 261
 humanos, 101
 relaciones contractuales, 157
 responsabilidad, 174, 181
 del riesgo clínico, 75, 77
 sanitaria, 431, 512
 de un servicio clínico, 236, 690
 de los servicios de salud, 35
 del talento, 288
 de unidades clínicas, 625, 690
 autoafirmación, 714
 las emociones, 713
 el lenguaje, 713
 persuasión, 714
 Gestores
 asistenciales, 60
 clínicos, 467
 formación, 14
 de hospital, 174
 de la organización, 235
 de pacientes, 265

- Gobierno(s)
autonómicos, 97
británico, 60
central, 90
clínico, 27, 49, 59, 60-63, 67,
70
atención integrada, 75
configuración, 74
elementos, 71
fases, 68
implementación, 68
modelo, 68
corporativo, 68, 114
modelo, 117
desarrollo, 60
federal, 33
laborista, 25, 33, 59
de las organizaciones
sanitarias, 59, 113, 115, 117
dirección estratégica, 113
principios, 114
- Grado
de centralización, 23
de competencia, 23
de dependencia, 23
de equilibrio, 23
- GRD. Véase Grupo(s)
relacionados
con el diagnóstico
- Griffiths, Roy, 14
- Grupo(s)
de cuidados, 77
dinámica, 179, 199
funcionales homogéneos
(GFH), 366
relacionados con
el diagnóstico (GRD), 107,
393
toma de decisiones, 248
de trabajo, 485
- Guías
clínicas, 83
de práctica clínica
y asistencial, 36, 262
- **H**
- Habilidades
políticas, 511
de relaciones personales, 511
- Hampton, 58
- Harrison y Pollitt, 8
- Health Maintenance
Organizations*, 29
- Herramientas
de calidad, 481
de gestión, 5
- Historia clínica, 133
electrónica, 516
aplicaciones, 523
arquitectura de sistemas,
520
características, 517
concepto, 518
grupos de trabajo, 519
legislación, 527
seguridad, 526
estándares, 519
- Hojas de cálculo, 444
- Hospital(es)
de agudos, 602
anatomía, 430
área ambulatoria, 605
autogobernado, 15
en bloque, 588
calidad, 604
características, 579
Clínico de Barcelona, 107
construcción, 592
Costa del Sol, 89
diseño, 592, 602
docencia, 607
equipamiento, 593
evaluación, 593
funcionamiento, 429
inicio, 593
horizontal, 603
independientes, 15
investigación, 607
modelo asistencial, 579
monobloque, 588
organización, 602
programa funcional, 594
servicios
centrales, 606
clínicos, 594
generales de apoyo, 608
tipología, 586
variables, 579
de Verín, 89
verticales, 588
- Hospitalización, 605
- **I**
- Impericia, 146
- Imprudencia, 141
delitos y faltas, 148
- grave, 146, 149
leve, 146, 149
médica, 150
penal, 146, 147
profesional, 149
simple, 146
temeraria, 146
- Incentivos, 117, 259
- Indicadores, 432
asistenciales, 431
clases, 432
dimensiones, 433
evolución, 432
magnitudes, 433
- Inductores, 409
- Información
captación y representación,
561
clínica codificada, 439
contexto, 427
fundamentos, 435
objetivo, 429
productos, 427
sanitaria, 435
servicios, 427
sistemas, 427
actores involucrados, 427
condicionantes, 432
escalas de complejidad, 428
hechos y dimensiones, 436
tecnologías, 560
terapéutica, 128
- Informe
de Coopers y Lybrand, 57
Griffiths, 51
Tomlinson, 15
- Infracción del deber
de cuidado, 146
- Inputs*, 214, 219
laborales, 223
de servicio clínico, 221
tecnológicos, 223
- INSALUD, 36
- Institute of Hospital
Administrators*, 13
- Institute of Medicine*, 32, 58
- Instrucciones previas, 134
proceso de implantación,
134
- Integración
asistencial, 76
de los cuidados, 76
- Integrated care*, 25, 56
- Interlocutores, 690
- Internal Market*, 14, 25

Internet
 tecnología, 533
 y telemedicina, 533
 Intranet, 448
 beneficios, 450
 contenidos, 450
 Investigación y desarrollo, 73, 84
 IOM, 32

■ **J**

Jefaturas de servicio,7
 objetivos comunicativos, 707
 Jefe de
 departamento, 136
 servicio, 126, 135, 136, 141
 actuación frente
 al Derecho, 127
 funciones, 136, 139
 y la responsabilidad, 141
 Junta técnico-asistencial, 137
Joint Commission, 57

■ **K**

Kennedy, Ian, 16
 Kinesia, 644

■ **L**

Lenguaje, 633
 códigos, 643
 comunicación
 médico-paciente, 697
 económico, 641
 elementos
 paraverbales, 641
 verbales, 641
 función, 633
 deductiva, 636
 descriptiva, 634
 explicativa, 636
 valorativa, 635
 gestión
 empresarial, 641
 unidades clínicas, 713
 informático, 641
 médico, 641
 niveles, 637
 periodístico, 641
 político, 641
 reglas, 643
 tipos, 641

Ley
 de autonomía del paciente,
 131, 148
 de Cohesión y Calidad, 36, 57
 de contratos
 de las Administraciones
 Públicas, 87
 General de Sanidad, 85, 131
 de muerte natural, 134
Lex artis, 132, 142, 143, 147
 Liderazgo y mando, 179, 199
 Listas de espera, 430
 Lógica contractual, 155

■ **M**

Macro-gestión, 41
Managed care, 80, 95
 organizaciones, 29
 resultados, 29
Management, 174
budget, 51
teams, 13
 Mando
 de línea, 182
 medio, 182
 niveles, 182
 ejecutivo, 182
 supervisión, 182
 Mapas
 de carreras profesionales,
 310, 323, 348
 de cuidados, 78
Mapping, 227
 Marco(s)
 económico y político de las
 reformas, 11
 organizativo y de gestión, 92
 Marketing farmacéutico, 81
 Major, J., 16
 Media
 móvil, 248
 ponderada, 248
Medicaid, 17, 57
Medical audit, 46
Medicare, 17, 57
 Medicina
 basada en la evidencia, 6, 83
 defensiva, 141
 Médico(s)
 adjunto, 348
 como eje de la situación,
 128
 de familia, 14

y gestión, 4
 poder, 6
 Medidas del producto, 431
 Mensaje emocional, 661
 Meso-gestión, 41
 Mestos, 142
 Métodos
 de análisis
 asociativos, 230
 causales, 230
 CIA, 70
 SPOCK, 70
 analíticos, 311
 cualitativos, 236
 cuantitativos, 236
 delficos, 231, 248
 de efectividad probada, 435
 globales, 311
 Micro-gestión, 42
 Modelo(s)
 de acreditación, 36
 administrativo, 92
 de agencia, 9
 Beveridge, 17
 Bismarck, 17
 causales, 248
 competencias, 356
 contractual, 22
 público, 19
 voluntario, 19
 cualitativos, 231, 248
 encuestas de opinión, 231
 grupos enfocados, 231
 método delfico, 231
 paneles de expertos, 231
 cuantitativos, 230
 métodos causales, 230
 series de tiempo, 230
 Delfos, 248
 de desembolso voluntario,
 18
 dotacional, 92
 de ética médica, 9
 EFQM, 36
 estructura dinámica, 491
 excelencia, 490
 de flujo de costes, 367
 de gestión
 del cambio básico, 504
 de las organizaciones
 sanitarias, 16, 23
 gobierno clínico, 68
 horizontal, 128
 de Información de Referencia
 (RIM), 520

- Modelo(s) (*cont.*)
 sobre instrucciones previas, 135
 integrado, 20
 público, 20
 voluntario, 20
 de interés propio, 9
 ISO, 36
Joint Commission, 36
 de mercado, 16
 en Estados Unidos, 17
 organizativos, 49
 de hospitales, 85
 Packwood, 53
 de período único, 245
 de previsión, 231
 aplicación, 233
 selección y evaluación, 231
 de provisión y cobertura, 17
 RAID, 69
 de reembolso
 público, 18
 voluntario, 18
 Semashko, 17
 de Seguridad Social, 17
 series de tiempo, 248
 de Sistema Nacional de Salud,
 17, 23
 de sistema sanitario, 16, 17
 tipos, 17
 transaccional, 92
 vertical, 128
- Mónadas, 195
 Monitores, 456
 autodemanda en citas
 pendientes, 458
 de citas
 mal clasificadas, 458
 reiteradas, 457
 demora extrema, 457
 DCSI, 458
 edad-citas, 457
 servicio actividad-citas, 458
- Motivación individual, 179, 199
 Mui, Lui, 8
- N
- National Frameworks for
 Assessing Performance*, 28
National Health Service, 12, 22,
 26, 48, 604
Community Care Act, 25
First Class Service Quality,
 26
 calidad, 26
- colaboración, 26
 igualdad, 26
 reforma en el Reino Unido, 13
*National Institute of Clinical
 Excellence (NICE)*, 27, 38
*National Service Frameworks
 (NSF)*, 27
*National Survey of Patient and
 User Experience*, 28
 Necesidades formativas, 323,
 341
 Negligencia grave, 143, 146
 NHS. Véase *National Health
 Service*
- Nivel(es)
 de gestión, 13, 79
 macro, 79
 macroeconómico, 6
 mando, 182
 micro, 79
 microeconómico, 14
 político, 79
 procesos, 269
 de riesgo, 246
 de servicio, 246
- Normas ISO, 57
 9000:2000, 479
Northern Region, 13
- O
- OCDE, 17, 22, 114
 ODBC, 443
 OLAP, 446
 Ordenamiento jurídico, 135
 Organización Mundial de la
 Salud, 5, 11, 118
 Organización(es), 191
 agrupamiento y construcción,
 196
 para la calidad, 479
 cambio y reorganización,
 197
 concepción orgánica, 207
 del conocimiento, 180
 contextos culturales, 680
 control, 200
 cultura, 680
 desarrollo y diseño, 192
 económicas, 154
 no económicas, 154
 empresarial, 412
 estructura, 261
 gestión del cambio, 500
- gestores, 235
 hospitalarias, 51
 identificación del sistema, 504
 «mónadas», 194
 objetivos, 188
 orientación a los procesos,
 193
 proceso, 191, 206, 207
 sanitarias, 5, 16, 48, 154, 156,
 211, 705
 análisis, 217
 ciclo vital, 502
 evolución dinámica, 502
 gestión, 84
 gobierno, 59
 procesos, 211
 productos, 208
 públicas, 157
 tipos de cambio, 502
 incremental, 502
 proactivo, 502
 radical, 502
 reactivo, 502
 sistemas abiertos, 680
 unidades básicas, 195
 visión horizontal, 207, 219
Outputs, 200, 214, 219, 222, 224
Outsourcing, 206, 215
 requerimientos, 216
- P
- Pacientes
 como centro de decisión, 128
 ciclo, 220
 circuito, 220, 221
 consentimiento, 142
 deberes, 132
 gestor, 265
 intimidación, 134
 involucración, 73
 métodos para la
 participación, 32
 obligación de colaboración,
 132
 ruta, 221
- Paquetes
 estadísticos, 447
 de *software*, 444
 SPSS, 447
- Paralingüística, 646
 Partido Laborista, 25, 48
 Parsons, 8
 Paternalismo médico, 135

- Patient-focused care* (PFC), 262
Patients First, 13
 Patrones de la demanda
 básicos, 228
 azar, 228
 ciclo, 228
 estacionalidad, 228
 horizontalidad, 228
 tendencia, 228
 Pena(s)
 de banquillo, 144
 criterios de graduación, 149
 Pensamiento
 fayoliano, 177
 taylorista, 176
 Perceptrón multicapa, 569
 Perfil de competencias, 301
 Personas, 295
 dirección, 288
 estrategia organizativa, 295, 324
 evaluación, 316
 formación, 293
 gestión, 290, 322
 planificación estratégica, 296
 reclutamiento y selección, 303
 fases, 304
 Persuasión y poder, 668
 Plan(es)
 de carrera, 293, 309
 de contingencia, 190
 de emergencia, 190
 estratégico, 97, 103
 análisis, 307
 evaluación de personas, 316
 de formación, 306, 359
 análisis, 307
 definición, 308
 diseño, 308
 evaluación, 308
 política, 308
 seguimiento, 308
 General Contable, 363
 integrales de salud, 37, 38, 39
 de mejora, 493
 de motivación, 293
 permanentes, 190
 de reforma sanitaria, 27, 29
 calidad en el NHS, 27
 estándares, 27
 implementación, 27
 monitorización, 28
 salariales, 311
 de salud de las CCAA, 41
 de sucesión, 309, 310
 tipos, 190
 únicos, 190
 Planificación, 188
 barreras, 187
 centralizada, 189
 descentralizada, 189
 estratégica, 413, 435
 etapas, 186
 horizontes, 186
 temporal, 186
 modalidades, 189
 objetivos, 187
 de la organización, 297
 de personas, 297
 procesos, 186
 de recursos humanos, 323, 326
 Plantilla
 análisis, 327
 evolución, 326
 movimiento, 327
Plateau technique, 606
 Poder del médico, 6
 Política(s)
 de calidad, 35, 478
 del plan de formación, 308
 públicas, 11, 12, 17
 de protección social
 y consolidación, 11
 de recursos humanos, 307
 sanitaria, 6, 16, 23, 24, 48, 97
 Australia, 33
 España, 34
 Estados Unidos, 29
 Nueva Zelanda, 33
 Reino Unido, 25
Porrit Report, 13
 Práctica
 asistencial, 41
 clínica, 135
 actividad, 436
 evaluación, 73
 libertad, 8
 médica, 4, 32, 59
 basada en la evidencia, 73
 cambio, 83
 curativa, 5
 eficacia, 32
 eficiencia, 32
 resultados, 32
 Prediagnóstico, 567
 PreSolAp, 455
 Prestaciones sanitarias, 88
 atención primaria, 455
 Presupuesto(s)
 basado en actividades, 417, 418
 base cero, 417, 418
 globales, 22
 por programas, 416, 417
 Previsiones
 formulación, 226
 etapas, 229
 gestión, 235
 metodologías, 230
 sistema, 235
 taxonomía de los modelos, 230
 Principio
 de la confianza, 145
 de la división, 145
 taylorista, 256
 Procedimientos de cuidados, 77
 Proceso(s), 219
 administrativos, 211
 de alto contacto, 220
 análisis, 198
 de apoyo, 211, 482
 asistencial, 127
 básico, 211
 de circuito cerrado, 177
 clave, 482
 de codificación, 462
 comunicativos, 684
 análisis, 690
 de control, 413
 críticos, 482
 de cuasimanufactura, 220
 de cuidados
 multidisciplinarios, 78
 dinámica, 214
 estratégicos, 482
 implantación, 134, 284
 indicadores, 283
 ejecución, 221
 encaje, 215, 223
 estructuras, 222
 de evaluación y control
 de calidad, 55
 facilitadores, 220
 gestión, 207, 225, 481
 del cambio, 504
 mapping, 227
 médico-asistencial, 224
 médico-clínico, 200
 mejora continua, 284
 modelación, 276
 negociación, 156
 de negocio, 256

Proceso(s) (*cont.*)

- nuclear, 211, 215, 220, 224
- operativos, 211, 482
- organización, 193, 206, 207, 211
 - sanitaria, 211
- planificación, 186
- como productos sanitarios, 209
- rediseño, 280, 281
 - principios, 280
- reingeniería, 57, 254
 - ideas básicas, 256
 - tecnología, 257
 - visión inductiva, 257
- sanitarios, 217
- de servicios, desempeño, 216
- simulación, 278
- taxonomía, 211
- Product plus*/servicio
 - expandido, 206
- Producto(s), 366
 - diseño, 217
 - gestión, 207
 - de información, 427
 - interior bruto (PIB), 12
 - medidas, 431
 - de las organizaciones
 - sanitarias, 208
- Profesión, 8
- Profesionalismo médico, 7, 8, 9
- Protocolo(s)
 - aspectos
 - éticos, 130
 - legales, 130
 - metodológicos, 130
- Proveedores de servicios
 - hospitalarios, 15
- Proxémica, 645
- Proyección física, 646
- Puestos de trabajo, 194, 295, 298
 - agrupamiento, 196
 - análisis, 298, 315
 - descripción, 299, 300, 323, 327, 332
 - perfil de competencias, 301, 332
 - reorganización, 293
 - valoración, 311, 315, 352, 353
- Punto
 - de equilibrio, 379, 381
 - análisis, 382
 - muerto, 379
 - de saturación, 202

■ R

- Reagan, Ronald, 11
- Recursos
 - dotación, 214, 238
 - humanos,
 - desarrollo, 347
 - estrategias, 323, 324
 - papel, 259
 - planificación, 323, 326
 - política, 307
 - racionamiento, 238
- Red(es)
 - ADSL, 523
 - de área local inalámbrica, 572
 - de área personal, 572
 - cable, 524
 - de comunicación, 523
 - de funciones
 - de base radiales, 569
 - informática, 448
 - móviles, 524
 - tecnología WiFi, 525
- Reder, esquema lógico, 491
- Reformas sanitarias, 22, 24, 32, 46, 119, 499
 - marco económico y político, 11
 - objetivos, 22
 - propuestas, 22
- Relación(es)
 - administrativa pura, 135
 - agencia, 157
 - asimétrica, 693
 - de causalidad, 141
 - cliente-profesional, 4
 - cliente-proveedor, 484
 - clínica, 126
 - contractuales, 157, 160
 - coste-efectividad, 14
 - curativa, 693
 - entre desconocidos, 693
 - del Estado y los gestores, 10
 - estatutaria, 135
 - extraña, 694
 - funcionarial, 135
 - intensa, 694
 - laboral, 135
 - médico-paciente, 4, 126, 128
 - emociones, 698
 - paciente-personal sanitario, 688
- Reserva debida y secreto
 - profesional, 132
- Residencias Sanitarias, 588

Resource management, 51

- Responsabilidad(es), 117
 - Accountability*, 68, 71
 - de las Administraciones
 - Públicas, 143
 - civil, 142
 - ámbito, 144
 - clases, 141
 - deontológico, 143
 - disciplinaria, 143
 - de gestión, 8, 174
 - de informar, 132
 - patrimonial, 143
 - penal, 141
 - ámbito, 141
- Retribución, 311, 312, 352
 - diseño, 315
 - fija, 352
 - proceso, 313
 - sistema de motivación, 312
 - variable, 353
- Riesgo permitido, 147
- Risk management*, 96
- Royal College of Nursing*, 62
- Ruta profesional, 348, 356

■ S

- SADC, 442
- Scottish Farquharson-Lang Report*, 13
- Sector sanitario, cambio, 499
- Seguridad Social, 97, 137
- Seguros privados, 137
- Sentido común jurídico, 141
- Señal(es)
 - biológicas, 561
 - compresión, 565
 - de rastreo, 249
- Series de tiempo, 230
 - análisis, 236
 - modelos, 248
- Servicio(s)
 - accesibilidad, 32
 - de admisión
 - y documentación clínica, 441
 - alto contacto, 209
 - asistenciales, 156
 - auxiliares, 407
 - bajo contacto, 209
 - categorización, 218
 - centrales, 407
 - clasificación, 209

- clínicos, 156
 - atención al paciente, 704
 - cálculo de las previsiones, 227
 - comunicación, 690
 - concepción orgánica, 220
 - gestión, 690
 - de la capacidad, 236
 - inputs*, 218, 221
 - outputs*, 218, 224
 - sistema de operaciones y procesos, 218, 225
- contacto medio, 210
- costes, 32
- de cuasimanufactura, 209, 212
- diseño, 208, 261
- encaje, 215
- expandido, 206
- GSM, 446
- información, 427
- mixtos, 209, 212
- organización de actividades, 222
- públicos, 12
- puros, 209, 212
- rediseño, 280
- sanitarios, 224
 - básicos, 21
 - calidad, 25
 - organización y reforma, 21
 - tipificación, 206
- tipificación, 218
- utilización, 32
- Servidores
 - de datos, 522
 - de *web*, 522
- Sesgo, 249
- Sistema(s)
 - análisis, 198
 - de aseguramiento y control de calidad, 227
 - basados en la casuística, 458
 - de calidad, 479
 - de cita previa, 430
 - de comunicación, 199, 227
 - de contabilidad analítica, 366
 - de control, 415
 - de costes, 227, 365
 - agregados, 394
 - basados en actividades, 366, 409
 - basados en la casuística, 394, 395
 - bottom-up*, 394
 - completos, 366, 367, 377
 - controlables, 367, 377
 - directos por paciente, 403
 - individual, 394
 - parciales, 394, 395
 - relevantes, 367
 - top-down*, 394
 - totales, 394, 396
 - variables, 367, 378
 - de decisión, 571
 - situaciones, 567
 - externo de pesos relativos, 398
 - de gestión
 - del desempeño, 358
 - documentación, 480
 - de información, 5, 46, 112, 199, 212, 227
 - barreras, 448
 - clínica, 431
 - condicionantes, 432
 - dimensiones, 436
 - función, 441
 - fundamentos, 435
 - hechos
 - asistenciales, 436
 - implantación, 530
 - niveles
 - clásicos, 438
 - para la transición, 439
 - ingeniería, 512
 - Nacional de Salud, 5, 17, 39, 54, 92, 99, 136, 144
 - agencia de calidad, 36
 - Ley de Cohesión y Calidad, 36
 - planes integrales, 39
 - PKI (*Public Key Infrastructure*), 536
 - de previsiones, 235
 - de retribución, 199, 311, 312
 - sanitario, 9, 16, 17, 21, 23
 - acceso, 14
 - aproximación, 11
 - británico, 26
 - de calidad, 59
 - modelo, 16, 17
 - reforma de gestión, 16, 32
 - retos, 25
 - teoría general, 512
 - Skills mix alteration*, 261
 - Sociedades de titularidad pública, 87
 - SQL, 442
 - Stakeholders*, 161
 - Stand-alone*, 240
 - Stewardship*, 118
 - Stiglitz, Joseph, 12
 - Suavización exponencial, 248
 - Support vector machines*, (SVM), 570

■ T

 - Tablas dinámicas, 444
 - Talleres
 - de flujos, 212
 - de órdenes, 212
 - de proyectos, 212
 - Task forces*, 180, 185, 189
 - Taylor, definición, 236
 - Técnica(s)
 - análisis
 - gerencial, 226
 - de información, 440
 - de *brown paper*, 271
 - casuística, 148
 - coste/volumen/beneficio, 379
 - de decisiones, 179
 - penal actual, 148
 - de punto de equilibrio, 379
 - muerto, 379
 - Tecnología(s)
 - de las comunicaciones, 498
 - de la información, 498, 560
 - Internet, 448
 - OLAP, 446
 - y sistemas sostenibles, 447
 - streaming*, 537
 - WiFi, 525
 - Teleasistencia en domicilio, 539
 - Teleformación médica, 540
 - Telemedicina, 530
 - aplicaciones, 538
 - barreras, 532
 - Internet, 533
 - investigación, 542
 - proyectos, 542
 - sistemas
 - arquitectura, 534
 - implantación, 541
 - transmisión de imágenes, 536
 - ventajas, 531
 - Teoría
 - capitalista de agencia, 5
 - de colas, 243
 - general de sistemas, 512
 - de la gestión del cambio, 500

Teoría (*cont.*)

del resultado

desproporcionado, 145

Thatcher, Margaret, 11-14

Tiempo

de ciclo, 215

de ejecución, 215

de espera, 215, 243

de preparación, 215

series, 230, 236

Tipología sanitaria, 588

Titular del derecho

a la información, 132

Toma de decisiones, 157

clínicas, 17

grupo, 248

Trabajo en equipo, 140

definiciones, 336

división, 256

estándares, 198

métodos, 198

niveles, 326

Trade-offs, 243

Tratamiento

curativo estandarizado, 129

uso compasivo, 129

TRI, 243

Triage, 243

Tribunal Supremo, 132,
145

Trust hospitalarios, 60

Tussing, 9

■ U

UML, 506

Unidad(es)

clínicas, 53, 102

análisis de los procesos

comunicativos, 684

comunicación, 690

áreas y temáticas, 686

gestión, 690

autoafirmación, 714

emociones, 713

lenguaje, 713

persuasión, 714

tareas de gestión, 625,

704

de complejidad hospitalaria
(UCH), 400

de dirección, 177

ejecución, 437

de mando, 177

de peso relativo (UPR), 400

relativas de valor (URV),
388

técnicas, 369

Unión Europea, 23

Universal Modelling Language,
506

■ V

Valores éticos asistenciales, 7

Von Otter, Saltman y Caster, 11

■ W

Web, 521

servidores, 522

*White paper: Competing
for Quality*, 16

*White Paper Working
for Patients*, 14, 56

Cátedra
Pfizer

EN GESTIÓN CLÍNICA