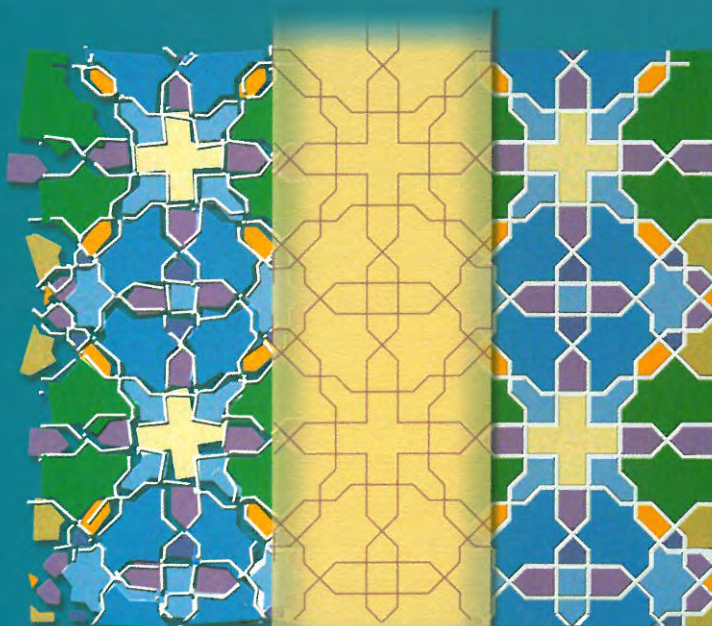




GESTIÓN DE CALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

ACREDITACIÓN, PROFESIONALES Y PRÁCTICA CLÍNICA



Sergio Minué Lorenzo ■ Fernando Silió Villamil
EDITORES

ACREDITACIÓN, PROFESIONALES Y PRÁCTICA CLÍNICA

EDITORES:

Sergio Mínué Lorenzo
Fernando Silió Villamil

2002



Escuela Andaluza
de Salud Pública



Catalogación por la Biblioteca de la EASP

Seminario sobre Gestión de Calidad en Atención Primaria (2º. 2002. Granada)
Acreditación, profesionales y Práctica Clínica: ponencias y documentación /
editores: Sergio Minué Lorenzo y Fernando Silió Villamil. -Granada:
Escuela Andaluza de Salud Pública, 2002. - (Monografías EASP; 34)

1. Acreditación 2. Calidad de la atención de salud. 3. Atención primaria de
salud. I. Minué Lorenzo, Sergio. II. Silió Villamil, Fernando.
NLM Classification W 84

Edita: ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA
Campus Universitario de Cartuja. Apartado de Correos 2070
18080 Granada España

Acreditación, Profesionales y Práctica Clínica
2º seminario Gestión de Calidad en Atención Primaria

ISBN: 84-87385-65-6

Depósito Legal: 1056/02

Fotocomposición: Irene Fernández Romacho

Impresión: Gráficas Alhambra



El contenido de esta publicación refleja exclusivamente las conclusiones y hallazgos propios de los autores y no de los patrocinadores, presentándose como un servicio a las profesiones sanitarias.

Todos los derechos reservados. Esta publicación no puede ser reproducida, ni registrada ni transmitida en ninguna forma ni por ningún medio sin el permiso del editor.

2^o SEMINARIO
**GESTIÓN DE CALIDAD
EN ATENCIÓN PRIMARIA**

**ACREDITACIÓN, PROFESIONALES
Y PRÁCTICA CLÍNICA**

Ponencias y Documentación

ÍNDICE

| | |
|--------------------|---|
| Introducción | 9 |
|--------------------|---|

GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

| | |
|-------------------------------------------------------|----|
| Gestión del conocimiento | 15 |
| <i>Albert J. Jovell Fernández</i> | |
| Hacia mejores decisiones en el sector sanitario | 23 |
| <i>Albert J. Jovell Fernández</i> | |

ACREDITACIÓN

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Fortalezas y debilidades de los sistemas de acreditación en nuestro entorno | 45 |
| <i>Jaume Durán i Navarro</i> | |
| Aplicación del Modelo EFQM en la Dirección de Salud Pública de Galicia..... | 53 |
| <i>José Luís Aboal Viñas</i> | |
| Acreditación en el Sistema Sanitario Público de Andalucía..... | 61 |
| <i>Antonio Torres Olivera</i> | |
| Programa de mejora organizacional conducente a la obtención de la acreditación, Certificación ISO e implementación del Modelo de Excelencia de Negocio..... | 67 |
| <i>David Freyre Sanders</i> | |

EL PAPEL DE LOS PROFESIONALES

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Gestión de calidad y motivación de los profesionales | 79 |
| <i>Jesús Huerta Almendro</i> | |
| El desarrollo de profesionales para la mejora de la calidad de la atención | 87 |
| <i>Ignacio Fontúrbel Calleja</i> | |

Acreditación de la competencia profesional
 en Medicina de Familia y Comunitaria97
Ramón Vilatimó Pujal

Motivación, incentivos, eficiencia y ética en los sistemas de salud111
Pablo Lázaro y de Mercado

LA PRÁCTICA CLÍNICA

¿Puede haber calidad en el sistema sanitario
 sin buena práctica clínica?149
Ricard Meneu de Guillerna

Efectividad en la práctica clínica:
 ¿esencial o circunstancial en la gestión de la calidad?159
Marc A. Ribó Golovart

Efectividad en la práctica clínica: ¿esencial o circunstancial
 en la gestión de calidad? La visión de los médicos175
Isabel Fernández Fernández

UN MODELO DE CALIDAD EN EL REINO UNIDO

Políticas para gestionar la calidad asistencial. *Clinical governance*183
Ian Fletcher

INTRODUCCIÓN

La preocupación por *la mejora de la calidad de los servicios sanitarios* tiene ya una trayectoria consolidada en la Atención Primaria de nuestro país. Desde el inicio de la reforma se han ido sucediendo diversas aproximaciones relativas a la implantación de medidas de control de calidad, posteriormente de aseguramiento o garantía de calidad y, ya más recientemente, de introducción de la gestión de calidad total.

El consenso relativo a la necesidad de políticas de calidad en los servicios sanitarios, unido a la progresiva asunción de que sin calidad no hay gestión eficiente, han posibilitado la eclosión de un importante abanico de *alternativas para el abordaje de la mejora de la calidad en nuestros servicios*. Existen ya (y no sólo como referencias teóricas en la literatura) interesantes ejemplos de aplicación de aquellos instrumentos más utilizados para valorar y mejorar la calidad en los servicios sanitarios: diferentes modelos de acreditación, certificación o autoevaluación, se han ido adaptando a la realidad de nuestro contexto.

Tal aproximación global ha llevado a situar en el centro de las estrategias de gestión de la calidad a los auténticos protagonistas del servicio sanitario, *los pacientes y los profesionales que les atienden*: es por ello que la valoración que ambos tengan sobre su satisfacción en relación con la atención sanitaria juega un papel esencial en este terreno.

La orientación de los servicios hacia el paciente y no la adecuación de éste a los servicios cobra cada vez un mayor protagonismo, apareciendo nuevas alternativas de organización de los servicios sanitarios en torno al paciente ciertamente interesantes.

En este contexto de *cambio como oportunidad de conocimiento*, análisis y valoración de la gestión de la calidad en Atención Primaria se enmarca este Seminario, que pretende dar a conocer las innovaciones más relevantes existentes al respecto en el primer nivel asistencial.

Siguiendo este planteamiento general, el 2º Seminario de Gestión de calidad en Atención Primaria se articuló en torno a tres enfoques clave:

- Las experiencias de *Acreditación* en nuestro medio.
- El papel de los *Profesionales* en las políticas de calidad.
- La importancia de la buena *Práctica Clínica* como núcleo de las iniciativas destinadas a mejorar la calidad de los servicios sanitarios.

Previamente al desarrollo de las tres mesas redondas en las que se debatió sobre los tres aspectos citados, parecía necesario reflexionar sobre la creciente importancia que representa en las organizaciones la gestión de su principal activo: el capital intelectual. Para ello, el doctor Albert Jovell, Director de la *Fundació Biblioteca Josep Laporte* de Barcelona, analizó las alternativas para la *Gestión del Conocimiento* en las instituciones sanitarias.

Dentro de la primera mesa redonda se debatieron diferentes alternativas para la acreditación en Atención Primaria: Jaume Durán, realizó una valoración crítica de los diferentes modelos de acreditación en Atención Primaria. José Luis Aboal presentó la aplicación del modelo de autoevaluación EFQM en el campo de la Salud Pública, y David Freire Sanders expuso los programas de mejora organizacional del *Health Quality Service* de la King's Fund. Por último, Antonio Torres Olivera presentó el modelo de acreditación para el Sistema Sanitario Público de Andalucía, que incluye como aspecto novedoso la incorporación en el modelo de aquellos elementos que garanticen la continuidad asistencial, en el marco de un modelo de gestión por procesos asistenciales integrados.

El papel de los *profesionales* en las políticas de calidad fue analizado desde tres perspectivas: Ignacio Fontúrbel expuso un modelo de gestión de competencias en una empresa no sanitaria; Ramón Vilatimó aportó la experiencia de una sociedad científica (en este caso la de Medicina familiar y Comunitaria) en la acreditación de competencias profesionales de los médicos de familia. Y, finalmente, Pablo Lázaro presentó algunas de las conclusiones de sus estudios sobre la motivación de los profesionales en el sistema sanitario.

La reflexión y discusión del papel (esencial o circunstancial) que debe jugar la buena práctica clínica, la actividad clínica efectiva, en la gestión de la calidad en el sistema sanitario se abordó desde tres puntos de vista diferentes y complementarios: el de Ricard Meneu como investigador en servicios sanitarios, el de Marc A. Ribó como gestor y el de Isabel Fernández en calidad de médico asistencial.

Por último, el doctor Ian Fletcher expuso el modelo de gestión de la calidad asistencial actualmente existente en el Reino Unido: las estrategias de *Clinical Governance* (gestión clínica o Dirección clínica en traducción más o menos libre).

El 2º Seminario pretendió, además de presentar experiencias de interés en el campo de la gestión, servir de lugar de discusión entre profesionales expertos en la materia. Esperamos que esta publicación, reflejo de esos días de trabajo, permita recordar algunas de las interesantes ideas debatidas.

Sergio Minué Lorenzo

José Francisco García Gutiérrez

Profesores del Área de Gestión. EASP. Granada



GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO ¹

PONENCIA ESCRITA

Albert J. Jovell Fernández

*Director General Fundación Biblioteca Josep Laporte.
Profesor Universidad Autónoma de Barcelona*

1. La necesidad de gestionar el conocimiento

Las ciencias médicas se distinguen por la gran cantidad de información disponible y la rápida obsolescencia de la misma. La calidad de dicha información suele ser desigual y, en ocasiones, es redundante. Además, los profesionales deben extraer del conjunto de datos e información que disponen aquella que es útil para la toma de decisiones. Esta tarea de estructurar la información en conocimiento puede ser de gran complejidad ya que a su abundancia se une su rápida producción y las dificultades para poder acceder a la misma. A ello hay que añadir el escaso tiempo del que disponen los profesionales para poder seleccionar y revisar la información a la que logran acceder. A modo de ejemplo de esta complejidad, se ha estimado que un médico de atención primaria necesita leer diecisiete artículos científicos diarios cada día del año para poder mantenerse actualizado en su especialidad.

La gestión del conocimiento aparece como una estrategia necesaria para poder manejarse en unas condiciones de exceso de información y escasez de tiempo. Esta estrategia permite producir, capturar, seleccionar, almacenar, clasificar, sintetizar, configurar, editar y diseminar el conocimiento disponible. El conocimiento es un valor intangible, acumulable en el tiempo que se incrementa con su uso y que aumenta las ventajas competitivas y, por lo tanto, la capacidad productiva y el capital humano de las personas e instituciones que lo poseen.

¹ Adaptado de Jovell AJ. El futuro de la profesión médica (próximamente disponible en: www.fbjoseplaporte.org).

La adopción de las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) y, sobre todo, de Internet, permite desarrollar todas esas actividades que forman parte de la gestión del conocimiento. Todo ello se relaciona con dos conceptos que son básicos en medicina: economía de la información y economía de la atención. El primero de ellos se refiere al valor que se añade al acto médico como consecuencia de la selección y distribución del mejor conocimiento disponible, mientras que el segundo se relaciona con la capacidad de facilitar un aprovechamiento más eficiente del escaso tiempo del que disponen los médicos mediante la provisión del conocimiento apropiado como, cuando y donde se necesita.

2. Tecnologías de la Comunicación y de la Información en la gestión del conocimiento

La introducción de las aplicaciones basadas en las TIC en el ámbito de la medicina ha permitido una mejora de los procesos de información, comunicación y formación. Las TIC facilitan el acceso a información y formación especializada de forma personalizada, interactiva, flexible y diferenciada atendiendo a las necesidades específicas de los profesionales. Además, permiten el acceso inmediato y cuando se quiere desde cualquier lugar conectado a Internet a contenidos especializados y de calidad. Todas estas ventajas asociadas a las TIC dependen de un uso apropiado de las mismas. Es por ello que su valor se incrementa si se asocia a propuestas de calidad elevada, entre las que destaca la capacidad de responder de forma personalizada a necesidades específicas de los profesionales.

Una propuesta de valor para el ámbito de la medicina basada en Internet debería incluir las siguientes características: contenidos de calidad, amplio acceso, facilidad de navegación y fidelidad de los usuarios. Los contenidos de calidad suponen la mejor selección de un conjunto de recursos de información y formación, con el propósito de responder de forma efectiva a necesidades específicas de los profesionales. El concepto de acceso se refiere a la posibilidad de que un amplio número de profesionales pueda acceder a los contenidos desde cualquier lugar y en cualquier momento obviando las limitaciones asociadas a las distancias físicas y temporales. La facilidad de navegar se relaciona tanto con características técnicas —ancho de banda, herramientas de ayuda, velocidad de conexión—, como estructurales —fácil comprensión para el usuario, mapa web—. La fidelidad valora el acceso rápido de los usuarios al sitio web o portal en el que se incluyen los contenidos como medida del valor y la utilidad percibida del mismo.

Las características antes citadas permiten diseñar una estrategia global de gestión del conocimiento dentro de un concepto de comunidad médica virtual. El con-

cepto de comunidad permite que un conjunto de profesionales que tienen intereses comunes estén comunicados e interconectados entre sí, compartiendo recursos de información y de formación. En las comunidades se puede compartir, acumular y crear conocimiento. Además, en una comunidad participante de profesionales se pueden realizar sesiones clínicas virtuales en tiempo real, consultas médicas interprofesionales, actividades de formación, búsquedas de información en bibliotecas digitales y coordinación de actividades asistenciales. En la comunidad también se puede ofrecer otro tipo de servicios relacionados con estrategias de comercio electrónico de profesional a profesional (*peer-to-peer*) o a consumidor (B2C), y entre empresas (B2B).

3. Conocimiento explícito y conocimiento tácito

Como se ha mencionado, el exceso de conocimiento puede superar con facilidad la capacidad de los profesionales para asimilarlo y adoptarlo en su práctica profesional. Además, el acceso al conocimiento científico conduce a dos situaciones de difícil resolución: la primera de ellas está relacionada con la transferencia del conocimiento disponible a la práctica profesional cotidiana; la segunda situación surge de la dificultad de trasladar el conocimiento obtenido en estudios de pacientes o en otros contextos sanitarios al manejo del caso clínico individual o al contexto en el que trabajamos, respectivamente.

Ambos procesos de transferencia implican la consideración de forma simultánea de dos tipos de conocimiento: explícito y tácito, así como la adopción de una actitud crítica reflexiva en su aplicación a la práctica profesional. El conocimiento explícito o tangible es aquel que es fácilmente transferible entre profesionales y alcanza su mayor visibilidad en las publicaciones de los estudios científicos o en los documentos compartidos dentro de la institución. El conocimiento tácito o intangible surge del conocimiento del entorno laboral en el que se trabaja y de la experiencia acumulada durante los años del ejercicio profesional.

Ambos conocimientos son muy importantes para los profesionales sanitarios. Así, el conocimiento explícito permite informar decisiones mientras que el conocimiento tácito resulta apropiado para valorar decisiones. Al ámbito del conocimiento explícito corresponderían la definición de las necesidades sanitarias según criterios epidemiológicos, estadísticos y demográficos; la medicina basada en la evidencia. La definición de los procesos, la determinación de estándares de calidad y la medida de los recursos disponibles. El conocimiento tácito incluiría el trato humano, el juicio clínico, las decisiones de distribución de recursos y los aspectos

relacionados con la organización del trabajo. El conocimiento tácito está más relacionado con lo intangible y se beneficia de la interacción entre los profesionales y de la relación entre éstos y los pacientes-clientes-consumidores-usuarios-ciudadanos-residentes.

4. El director de conocimientos

La combinación de los conocimientos explícito y tácito genera en los profesionales y en las instituciones la necesidad de adoptar estrategias de gestión del conocimiento orientadas a mejorar el ejercicio de la práctica profesional. En este sentido, la gestión del conocimiento debería contribuir a un mejor desarrollo de la carrera profesional, a tomar decisiones clínicas más apropiadas, a determinar prioridades de investigación, a mejorar la calidad y a promover una distribución más justa de los recursos sanitarios. La adopción de estrategias del conocimiento en la organización sanitaria debería mejorar su capital intelectual y promover un mejor funcionamiento de las mismas.

Entre esas estrategias está la introducción de la figura de director de conocimiento en las organizaciones sanitarias. Su misión sería la de preservar y mejorar el capital intelectual de la organización, así como anticipar y facilitar los procesos de adaptación local a los cambios que le puedan afectar como consecuencia del impacto de la globalización en la sanidad. Además debería facilitar la producción y transferencia de conocimiento tácito en la organización mediante diferentes estrategias de gestión del conocimiento, como son la constitución de comunidades participantes profesionales de tipo presencial o virtual. Uno de los objetivos del director de conocimiento debería ser identificar qué es lo que se conoce en la organización. En otras palabras, ha de ser capaz de medir los activos intelectuales que determinan las ventajas competitivas de la misma.

La introducción de estrategias de gestión del conocimiento en la organización supone la adopción por parte de los profesionales del rol de integrador de conocimientos en sus dimensiones de práctica profesional, investigación, educación, gestión de recursos y servicio a la comunidad. Para poder adoptar el rol de integrador de conocimientos, se precisa un cambio en los programas de formación de pregrado y de postgrado de los médicos así como de otras profesiones sanitarias.

La formación de pregrado debería capacitar a los alumnos para aprender a aprender y estar en condiciones de ejercer la profesión dentro de un concepto de sistema sanitario basado en el conocimiento. En este sentido, la formación actual

de pregrado no parece estar orientada a desarrollar capacidades y habilidades sino a enseñar cómo aprobar el examen de médicos residentes. Por otro lado, debería valorarse hasta qué punto los currículum universitarios responden actualmente a las necesidades de la sociedad. El resultado de esta valoración debería promover la legitimación o la reforma de los modelos actuales de formación.

5. Conocimiento y profesión médica

Una atención sanitaria de calidad depende de la existencia de un entorno de trabajo que promueva el desarrollo y la utilización de conocimiento. Es por ello que el diseño de la carrera profesional debería incluir una formación orientada al aprendizaje y a la adquisición de competencias profesionales en el trabajo diario. Todo esto se debería contemplar dentro de un concepto de capacitación continuada y potenciación profesional (*professional empowerment*). Esta tendría que ser una responsabilidad compartida entre las organizaciones y los profesionales. A la misma podrían colaborar las sociedades científicas, los colegios profesionales y los gobiernos mediante múltiples estrategias de apoyo transversal orientadas a facilitar las tareas de asimilación y aplicación del conocimiento.

Entre estas iniciativas transversales destacan la constitución de bibliotecas electrónicas en ciencias de la salud, las agencias de provisión de conocimiento de calidad, el desarrollo del aprendizaje virtual y los sistemas de acreditación de la competencia profesional. Solo si se ofrecen recursos para poder realizar una mejor práctica profesional se estará en condiciones de exigir a los profesionales que rindan cuentas a la sociedad (*professional accountability*).

La incapacidad de asimilar y cribar el enorme conocimiento al que se puede acceder en condiciones de tiempo real, las dificultades de trasladar la evidencia científica a la práctica clínica, las discordancias entre el conocimiento disponible y las características de un paciente individual, el aumento en el número de áreas de conocimiento propias de la práctica profesional, la caducidad del conocimiento actual y las elevadas expectativas que tiene la sociedad sobre las bondades del progreso científico incrementan las expectativas sobre los estándares de competitividad de las profesiones sanitarias. Ello supone un aumento de la presión social sobre los profesionales, a los que se exige más y mejores competencias profesionales sin que se produzca una variación de las condiciones habituales de trabajo.

La trascendencia del error o del fallo médico incrementa esa presión y puede condicionar el ejercicio de la práctica profesional. Así, la tendencia a la subespe-

cialización entre las profesiones sanitarias refleja en cierta manera la necesidad de incrementar las competencias en áreas de conocimiento y el aumento de la denominada medicina defensiva expresaría la búsqueda de una mayor protección frente a la posible equivocación diagnóstica.

La complejidad y la incertidumbre asociada a la decisión sanitaria imponen limitaciones que deberían ser objeto de un mayor reconocimiento social. En este sentido, se debería promover en las profesiones sanitarias asistenciales una agenda de investigación destinada a la producción de evidencia en las áreas donde existen vacíos de conocimiento, a facilitar la transferencia de la evidencia a la práctica clínica habitual, al desarrollo de guías de práctica clínica y a la colaboración efectiva entre profesionales.

Esta promoción del conocimiento en las organizaciones sanitarias tendría que enfatizar el hecho de que el valor del conocimiento aumenta cuanto más profesionales tengan acceso al mismo y lo utilicen, ya que el conocimiento se incrementa con su uso y transferencia. Asimismo se debería desdeñar la infalibilidad de la medicina y educar a los usuarios informados y a la ciudadanía sobre la naturaleza probabilística de la práctica médica, así como sobre la complejidad de la decisión médica.

La gestión del conocimiento como estrategia de gestión del cambio es importante como elemento de diferenciación del profesional y de los profesionales. El conocimiento presenta una relación intrínseca con la formación, las actitudes, los valores y las competencias. La formación aparece como un elemento de ventaja competitiva a lo largo del ciclo vital de un profesional.

Una actitud orientada al aprendizaje tanto mediante formación estandarizada como en el trabajo tiende a aumentar el valor del profesional. En este sentido, en el futuro es más probable que los pacientes consideren más importante quién te trata que dónde te tratan. Ello promovería la aparición de clases sociales basadas en el conocimiento. Es por ello que los atributos de excelencia técnica y humanística deberían ser incentivados y no penalizados. Los sistemas de acreditación de la competencia profesional deberían destacar el hecho y la aportación diferencial que todo ciudadano valora cuando está enfermo.

No cabe ninguna duda de que el rol de las profesiones sanitarias como gestores de conocimiento va a ser, y es, uno de los más importantes. El conocimiento, tanto en su categoría explícita como tácita, constituye el elemento esencial para la capacitación técnica y humanística de los profesionales.

6. Gestión del conocimiento y aprendizaje a distancia

Una de las aplicaciones más importantes de Internet en el ámbito de la medicina es la de proveer una plataforma tecnológica para desarrollar actividades de formación profesional continuada. Las características de los modelos de formación no presenciales son: contenidos específicos, modelo pedagógico, interactividad, seguimiento tutorizado (coaching), personalización y disciplina.

Los contenidos de las actividades de formación tienen que responder a unos objetivos educativos de capacitación y creación de competencia, por lo que han de diferenciarse de los de tipo informativo. El elemento clave del proceso de formación es el modelo pedagógico que guía al estudiante en su proceso de aprendizaje. En este sentido, lo importante no es que la formación se realice a distancia sino que ésta sea de calidad y no se confunda tecnología con pedagogía, e información con formación o conocimiento.

La aportación de las TIC a los procesos de formación se relaciona con la disponibilidad de herramientas que faciliten el autoaprendizaje, la personalización de los contenidos, la interactividad con los tutores y la sincronización temporal con las necesidades de aprendizaje. Así, las TIC permiten a los estudiantes personalizar programa de formación según necesidades percibidas y tiempo disponible de forma modular y progresiva dentro de un plan de aprendizaje basado en una estrategia de "formación individual justo a tiempo, no por si acaso es necesaria".

Esta transición desde la sociedad de la información a la del aprendizaje requiere de un cambio cultural que incluya una mayor disciplina de los alumnos y un mejor entendimiento del proceso de aprendizaje, de las necesidades percibidas de formación, y de cómo reaccionan los alumnos cuando las ideas son presentadas mediante una plataforma tecnológica y no por libros o profesores. En este sentido, los avances tecnológicos también contribuyen a establecer una reflexión colectiva sobre las posibilidades pedagógicas reales, las ventajas competitivas, el capital intelectual añadido, la calidad de los contenidos y la accesibilidad en igualdad de oportunidades a los procesos de información, comunicación y formación. Todo ello con la misión de responder al reto de implementar una atención sanitaria de calidad basada en el conocimiento.

HACIA MEJORES DECISIONES EN EL SECTOR SANITARIO

TRANSCRIPCIÓN DE INTERVENCIÓN

Albert J. Jovell Fernández

*Director General Fundación Biblioteca Josep Laporte
Universidad Autónoma de Barcelona*

El esquema de este capítulo incluye cinco temas: el primero es el cambio social en sanidad; el segundo, el concepto de capital intelectual; el tercero, la organización basada en el aprendizaje; el cuarto, los recursos humanos; y el quinto versa sobre el tema de los valores.

1. Cambio social en sanidad

La primera hipótesis es que en el momento actual en el que nadie habla de reforma sanitaria, los sistemas sanitarios están cambiando mucho. Posiblemente nunca hayan cambiado tanto o se hayan producidos tantos cambios como los que se están produciendo en estos momentos, y la naturaleza de los cambios se dividen en nueve cuestiones muy concretas.

La primera cuestión es lo que llamamos la transición demográfica que tiene tres variantes: una es que la gente vive más, y que la gente vive más suponga más necesidades; el segundo es que la gente nace menos, y que se nazca menos supone menos recursos para cubrir esas necesidades en un sistema de distribución de pensiones; y el tercero es que aparecen nuevas necesidades culturales porque nos enfrentamos al fenómeno de la inmigración. Por tanto, existe una competencia diferente de los profesionales.

Desde el punto de vista de la transición epidemiológica aparecen dos elementos muy importantes: el primero es que la enfermedad entendida es la enfermedad crónica, en un contexto en el cual la mayoría de los dispositivos asistenciales, sobre todo los hospitalarios, están diseñados para tratar enfermedades agudas; y, en segun-

do lugar, aparecen las comorbilidades lo que quiere decir que la mayor parte de los pacientes que hoy vemos en el sistema sanitario tienen múltiples patologías o han tenido múltiples patologías o historias de múltiples patologías, y entonces están atendidos por múltiples servicios sanitarios o por múltiples médicos.

La tercera en importancia es la transición tecnológica, que nos lleva a dos situaciones diferentes aunque relacionadas: una es la clásica, que está hoy en día en la prensa, la de las tecnologías de la información y la comunicación; la otra es todo el auge de la biotecnología y la genética, en donde se puede producir la paradoja del progreso y es que avanzar mucho científicamente hoy en día puede suponer un riesgo muy importante porque puede en cierta manera vulnerar el progreso social. Se ha avanzado mucho en progreso social aunque no lo expliquemos así muchas veces porque somos capaces de ofrecer un sistema sanitario universal, gratuito y de acceso a todo el mundo; pero conforme se vayan teniendo tecnologías muy caras y que no se puedan pagar para todo el mundo, estaremos en cierta medida elevando al científico, el cual se convierte en una amenaza para el progreso social. Éste es un argumento controvertido, sobre todo con investigadores. Sin embargo, me parece que es un elemento que debería de tenerse en cuenta.

En cuarto lugar hay una importante transición económica en la cual la lógica económica —que no coincide con la lógica política—, indica que los recursos sanitarios se reconcentran y, por lo tanto, hemos de dirigir la atención a grandes corporaciones sanitarias. Dentro de una estructura política, que habla de la creencia en la equidad lo cual, en cierta manera, entra en contradicción desde el punto de vista simplemente económico, de economías a escala. Lo lógico es que desde un concepto más europeo nos estructuremos en torno a grandes corporaciones sanitarias, excepto en aquellos casos en los cuales estemos creando una provisión de conocimientos, que son unos servicios que estén basados en una provisión muy intensiva de conocimientos. “Tomografía de emisión por positrones” en los cuales se dará lugar a empresas pequeñas pero muy concentradas en monopolios de conocimiento.

En quinto lugar se produce una transición sanitaria laboral muy importante, con muchos elementos, algunos de ellos conocidos. La mayor parte de la gente que estudió medicina lo hizo pensando que esto era una profesión liberal y, no es una profesión liberal, es una profesión asalariada y por tanto tiene sus problemas, sobre todo cuando se compara con otro tipo de profesiones.

En sexto lugar nos topamos con la transición de la subespecialización. La subespecialización genera también una cierta problemática a la hora de poner diferentes especialistas en consonancia, porque el especialista generalmente vive muy bien

concentrado en el mundo de sus ideas, en el mundo de su conocimiento, y es difícil a veces compartir en un sentido de globalidad de sistema. La irrupción de dos grandes actores en el sistema sanitario, uno, el Estado, y otro, las grandes corporaciones, produce una intervención en un elemento clave para los médicos que era la autonomía. Por eso el acuerdo tácito que sacrificábamos al dejar de ser una profesión liberal por el hecho de que se tenía autonomía, se ha quebrado por cuanto en las organizaciones actuales no hay capacidad para ganar un dinero en un mercado libre y tampoco existe la autonomía, ya que muchas veces la capacidad de prescripción, por ejemplo, está limitada órganos superiores.

En séptimo lugar está otra transición muy importante y que también en cierta manera afecta mucho al desarrollo del sistema sanitario: la transición mediática, es decir, los medios de comunicación. Hasta el año 1986, los medios de comunicación prácticamente no trataban temas de salud y desde ese año, con el tema del sida comienzan a hablar de salud; de tal manera que hemos llegado a la situación actual en la cual muchos medios de comunicación han suprimido el "especial de salud" porque ya cada día tratan suficientes noticias de salud como para tener que esperar a concentrarlas todas en un día a la semana. La salud en los medios de comunicación tiene dos características: una es que no le interesa lo normal, sino lo excepcional o *si algo va mal es noticia*; y que le interesa lo nuevo, los descubrimientos, lo que crea expectativas.

En octavo lugar se halla la transición judicial. En España aún no se ha producido la crisis que se ha producido en otros países, pero es probable que en algún momento sí se produzca el fenómeno que se ha llamado de judicialización. Y apenas tenga lugar y alguien vea la visión de negocio que puede tener este elemento, se producirán tensiones entre lo que será la demanda de los pacientes frente a lo que serán los sistemas sanitarios.

En noveno lugar hay que tener en cuenta la transición política. Desde un punto de vista de mero análisis da la impresión que lo de la sanidad políticamente no renta, cuesta mucho dinero, porque hay que estar respondiendo a malas noticias. En los próximos años se puede producir la Teoría de la devolución y es que los estados devuelvan, muy sutilmente, la gestión de la sanidad a los diferentes agentes sanitarios. Un ejemplo de ello se puede ver en la Ley Clinton de Sanidad, donde ya se hablaba de "consumidores". Donde se venía a decir que las alianzas de consumidores junto con las alianzas de proveedores se pusieran de acuerdo en cuánto tiene que valer la póliza sanitaria. Lo único que planteamos es tener una ley de oligopolios, que no permita que la gente que da servicios sanitarios los pueda poner a un precio prohibitivo.

Habrá que esperar a ver qué pasará con la política, la cual se rige mucho por electoralismo. En ese sentido, hay una relación medios de comunicación-política sanitaria más poderosa que la profesión sanitaria, más fuerte que la profesión de gestión; y esto no le es positivo.

Tal vez deberíamos agregar otra transición: un cambio de valores. En la sociedad tendremos que pactar un conjunto mínimo de valores como son la solidaridad y la equidad, que nos permitan, en cierto modo, empujar los sistemas sanitarios hacia delante.

De alguna manera se producen fenómenos muy curiosos. Un primer fenómeno es que pasamos de un sistema de intermediación formal, es decir, desde una relación clara médico-paciente o ciudadanos con la administración sanitaria, a una situación nueva que llamamos de no intermediación. Aparece un concepto nuevo que se ha dado en llamar enfermedad con causa: los pacientes han descubierto que si se asocian en torno a una enfermedad tienen una gran capacidad de presión sobre los sistemas sanitarios, y de esta manera van a obtener algún tipo de recursos que de otra forma no obtendrían.

La historia del sida es una historia clara de anticipación a la reacción del Gobierno por parte de los colectivos. Recibo por correo electrónico una vez al mes el "Fax doctor", en el cual me explican claramente, como si fuera un paciente afectado por el virus de la inmunodeficiencia, cómo tengo que dirigirme a mi médico y qué nuevo medicamento le tengo que pedir.

El fenómeno de la no intermediación es un fenómeno nuevo que, de algún modo, produce una distorsión en lo que se refiere al modelo de relación tradicional ciudadano-gobierno o paciente-médico. La relación sanitaria está basada en la asimetría del conocimiento, pero el usuario cada vez quiere participar más en las decisiones que le afectan. La salud es algo cuya gestión se deposita en los sistemas sanitarios o en un médico, pero al final la salud es de la persona, por lo que es persona la que quiere participar en última instancia en las decisiones que se toman sobre ella.

Hemos tratado antes el sistema controlado por el gobierno; aquí creo que hay dos dimensiones: la británica, que claramente aboga por el control del gobierno y la idea americana de las grandes corporaciones. En España ya se verá por dónde iremos porque este debate aún no ha sido planteado. Políticamente no es rentable controlar la sanidad desde el punto de vista de un gobierno central porque, por ejemplo, cada vez que hubiera un problema de alguien que se muera en urgencias, estaremos necesitando respuestas a nivel de los Consejeros o de los Ministros. Es más fácil delegar esa gestión en los responsables de las corporaciones.

Pasamos de un concepto de planificación centralizada a un concepto que va muy ligado al de la gestión clínica, o sea, la rendición de cuentas. Se trata cuando se toma una decisión se sea también capaz de explicar por qué se hace. Creo que es uno de los conceptos más sutiles y posiblemente desde el punto de vista intelectual, más interesantes que ha aparecido en los últimos años.

Se producen fenómenos curiosos de centralización a descentralización; es decir, favorecemos la equidad, en que todo el mundo tenga acceso a los servicios. Cuando se comienza a valorar este hecho de una manera crítica, nos damos cuenta que mucho acceso, mucha equidad, penalizan la eficiencia y penalizan la calidad.

Descentralizar tiene un problema muy grave, que es que cuando decide mucha gente los costes de transacción son muy altos; entonces el sistema inevitablemente invita a la no decisión, es decir, nadie quiere tomar una decisión si no la toma antes otro; por tanto es un sistema perfectamente diseñado para no tomar decisiones. Y se pasará a una centralización cuyo riesgo es que no esté estrictamente en los gobiernos, sino que esté más en los consejos de administración de las corporaciones sanitarias. Se pasará de un centro asistencial a una red de cuidados donde elementos que tenemos bastante olvidados actualmente, como es la coordinación asistencial, adquirirá importancia. Muchos de los pacientes que atendemos en el sistema sanitario español realmente no tienen un solo médico; tienen una enfermedad crónica, por ejemplo un cáncer de estómago que requiere una quimioterapia produciendo una arritmia y acaban siendo visitados por un oncólogo, un cirujano, un cardiólogo y además un médico de cabecera, al que seguramente informará el mismo paciente y no los médicos.

Hay estrategias de funcionamiento implícito. Se entiende por razonamiento implícito aquél que no se discute, que es estructural. No existen posiblemente estrategias de razonamiento explícito, aunque en el último congreso de determinación de prioridades internacionales, que se celebró en Ámsterdam en noviembre de 2000, los que han comenzado a trabajar con el racionamiento explícito explican que tampoco funciona bien a pesar de que la población participe en la toma de decisiones sobre priorización.

Sin embargo, cuando participan, el problema se plantea en este sentido: ¿a quién defiendes?, ¿les defiendes a ellos?, ¿defiendes a la sociedad?, ¿es lo mismo los intereses de una persona cuando es paciente que cuando es un agente neutral? Esto es, se presentan problemas desde el punto de vista metodológico.

En los últimos años se ha trabajado muy positivamente y con mucho interés en el concepto de medicina basada en la evidencia, que hay que ampliar porque exis-

te una parte de conocimiento que no promueve la evidencia. Hasta aquí el conocimiento tácito, a partir de aquí entramos en un concepto más de gestión del conocimiento. El sistema sanitario ha permitido un gran nivel de autonomía y en los últimos años se está yendo hacia un mayor control profesional; entre otras cosas por las presiones presupuestarias que supone la introducción de las nuevas tecnologías.

Resumiendo este cambio social, se tiene la impresión de que hay un aumento de la incertidumbre y complejidad del proceso de toma de decisiones de la sanidad, más complicado y complejo; aparecen nuevas necesidades en cuanto que se cuenta con una nueva oferta para esa nueva demanda.

En sanidad el dicho de que oferta genera demanda es muy importante. Poner una tomografía en un área determinada supone muy pocos meses en la lista de espera, cosa que no se daba antes porque no existía la tomografía. Aparece un fenómeno absolutamente imprevisible, en cuanto a la valoración que podamos hacer de él, que es el del acceso universal a la información sanitaria; piensen ustedes que durante muchos años hemos accedido a información que estaba restringida a revistas científicas, sesiones clínicas de las ocho de la mañana o congresos; ahora se entra en internet y la capacidad de obtener información es grande y no se necesita demostrar que se es médico, profesional sanitario o enfermera, para poder acceder a esa información.

Aparece un nuevo modelo de usuario que los británicos y los americanos llaman *consumer empowerment*. Es decir, algunos gobiernos han descubierto que la manera de equilibrar la relación sanitaria entre agentes es darle al consumidor gran cantidad de información; de hecho la paga a través de los impuestos y en cierta manera puede ser el propio consumidor el que discuta con los profesionales o con los servicios sanitarios qué es lo que quiere o que es lo que necesita; producto claro de este tipo de medidas es la liberalización de Maryland, en el año 1996.

Lo mismo pasa con la informatización en América: cualquier ensayo clínico que estén pagando los americanos, y que son muchos, está en la web y se puede consultar. Al igual que en el Reino Unido: medidas como el *NHC Direct* o la *National Electronic Light of Little House* no dejan de ser medidas en las cuales se intenta que el usuario sepa cada vez más de temas de salud y por lo tanto esté en mejores condiciones de establecer una relación de "iguales", menos asimétrica con los profesionales. Ya veremos dónde nos llevará toda la eclosión de lo que se llama "salud.com". Esta novedad levanta muchas expectativas aunque aún no se acaba de definir y es muy importante tener en cuenta que la sanidad no es algo que se pueda apuntar simplemente, es decir, cuando hay malas noticias o cuando las cosas no se pueden

hacer bien porque los medios de comunicación están observando; y porque cada vez más se va a fomentar a nivel social este concepto de rendición de cuentas. Vamos a tener que saber explicar, en tiempo preciso, cuándo están ocurriendo las cosas, qué no estamos haciendo bien. Como anotación final, indicar que las páginas web cuya dirección acaba en “.com”, salen en los medios de comunicación porque cuentan con mucho dinero para publicidad, mientras que las “.org”, no se pueden permitir invertir en publicidad.

2. Capital intelectual

Uno de los elementos importantes es que para un sistema sanitario tan complejo lo que se necesita son instituciones con un gran nivel de conocimiento, por tanto con un gran capital intelectual. Para gestionar este cambio aparecen tres conceptos de gestión muy importantes: la gestión del conocimiento, un elemento clave; la gestión de los recursos humanos, donde se plantea la pregunta ¿con la estructura actual de recursos humanos estamos en condiciones de confrontar los retos que aparecen después de este cambio social?; y la gestión de valores, es decir, primero vamos a hablar de valores, es algo de lo que no se habla en las facultades de medicina, vamos a hablarles de profesionalismo a los alumnos y a introducir elementos que permitan como mínimo consensuar un marco de referencia ético para la toma de decisiones.

Un primer elemento importante es el de la gestión del conocimiento, muy vinculado al concepto de capital intelectual, dando lugar a un cambio cualitativo y cognitivo muy importante. El conocimiento, la información, no aparecen como algo que se tiene que poseer y que si se posee y sólo se posee se obtendrán ventajas competitivas, sino como que si se comparte le da ventajas intuitivas. Estamos ante un cambio importante, como dice el refrán “la información es poder”, por lo tanto pasar de decir que la información es algo que te da poder a decir que el poder está en la capacidad de compartirla es desde el punto cualitativo un cambio importante. Los tres tipos de conceptos vinculados más importantes son: los datos, el sistema está lleno de datos cuantitativos, de observaciones, la historia clínica no deja de ser una fuente absoluta de observaciones; la capacidad de recoger estas observaciones y ordenarlas, es lo que constituye una información; y la capacidad de aplicar esta información a un proceso de toma de decisiones, que es lo que le llamamos conocimiento.

Un elemento clave para el gestor de hoy, y para el gestor del mañana, es ser capaz de gestionar el capital intelectual, es decir, cómo conseguir el máximo parti-

do de la gente que está trabajando en la organización. Éste es el elemento clave y el reto clave de la gestión, por tanto estamos hablando no ya de gestionar procesos, de gestionar resultados, que han sido los elementos de moda en los últimos años, sino fundamentalmente de gestionar personas, o sea, que de las personas que sigan trabajando en la organización se sea capaz de obtener más de lo que estamos obteniendo.

Dentro de este concepto de gestión del capital intelectual, es importante desde el punto de vista del concepto de gestión del conocimiento, que se define también de muchas maneras y que está muy relacionado a cómo se organiza este capital intelectual y que se resumiría como el proceso de captura, de selección, de clasificación, de transformación, de utilización, de difusión y de uso de la información, que nos llega o que somos capaces de generar en nuestra organización. Uno de los retos cuando se trata de una organización de personal fijo es conseguir que se transfieran competencias y capacidades, por tanto el gestor de hoy en día tiene que ser capaz de crear la estructura para la cual se desarrollen las capacidades que las personas ya poseen o que puedan adquirir, y por lo tanto puedan acceder a estas competencias. Debe ser alguien con visión de futuro –cosa realmente compleja de ver en este país–, una persona que no tenga miedo a enfrentarse a situaciones de gran complejidad porque, por otro lado, el sistema sanitario es un sistema que viene de la complejidad y que camina hacia mayor complejidad.

Tipos de conocimiento hay dos: el conocimiento explícito, relacionado con una información que nos permite informar decisiones; y el conocimiento tácito, de gran importancia. Aquí es donde nos llega muy bien definido en el sector de los médicos, de las empresas grandes, las empresas multinacionales, las empresas modernas, que tienen muy claro la distinción entre ambos conceptos. El conocimiento explícito, en un intento de definición, es aquél que nos permite informar sobre decisiones; o sea, el conocimiento explícito es aquél que es identificable, que surge de un proceso de investigación, que se puede objetivar, que es tangible; que es fácil de compartir y transmitir entre las personas que trabajan en la organización, entre las personas que son de la misma especialidad, entre los profesionales de la sanidad. Un ejemplo clave en los últimos años de lo que sería el conocimiento explícito es la medicina basada en la evidencia; otro sería el modelo europeo de calidad asistencial.

El conocimiento tácito permite valorar la decisión y pensar en cómo poder sacar partido de las experiencias sin sentirse penalizados por ello; pensar en qué actitudes se tienen, cómo se desarrollan creencias. Todo esto radica en las personas y por tanto es subjetivo, intangible; y se encuentra detrás de decisiones tan crí-

ticas como si en urgencias se resucita o no a una persona, o si en un hospital se da prioridad o no a un programa de traslados. Este tipo de decisiones afectan mucho a la gestión, a la organización y a los procesos, la única manera de obtenerlo no sólo es preguntando a las personas sino crear procesos sistemáticos mediante los cuales se sea capaz de interaccionar y así producir este tipo de conocimiento.

Un ejemplo de cómo funcionan estos tipos de conocimientos sería el proceso de socialización. Por ejemplo, dos personas se encuentran en el hospital e identifican claramente que hay un problema de salud por el cual están tratando a pacientes con la misma enfermedad de manera diferente. En un momento determinado deciden, y sería el paso de tácito a explícito, lo se llama articulación. Hay que buscar la evidencia científica que permita sostener y probar algo, el explícito es el estudio sobre cómo se ha de tratar o de evidenciar esta circunstancia clínica por la cual se quedan varios días en el hospital. Una vez que la tienen identificada deciden hacer una guía de práctica. De esta manera están pasando de conocimiento tácito a explícito que ese sería el proceso de estandarización; por tanto deciden estandarizar en base al conocimiento explícito, en base a la evidencia científica cómo hay que tratar esa condición clínica. Cómo la guía de práctica clínica no siempre aplica por igual a todos los pacientes ni en todos los contextos sanitarios.

Pasamos de nuevo del explícito al tácito, es decir, estamos evaluando esa guía en función de los recursos sanitarios, de la presión asistencial, del modelo de paciente que se tiene en el centro de atención primaria; éste sería el proceso de internalización. Desde un punto de vista académico estos serían los intercambios entre los grupos de población.

En resumen, una de las cosas que las organizaciones poseen generalmente es el capital intelectual, o sea, la suma de los capitales humanos de la organización. Esto permite mejorar la organización en términos de que la dota de ventajas competitivas, permite adaptarla a los cambios, que la organización sobreviva (sobre todo si entramos en un mercado en el cual se compite; hecho con el que no contamos en este momento), permite añadir valor a los procesos que está realizando la organización y por lo tanto también promueve en cierta manera mayor conocimiento explícito y mayor conocimiento tácito.

Un ejemplo muy relacionado con capital intelectual sería pues, cuánto vale un hospital; tendemos a verlo muchas veces solamente por los activos materiales. Éste es un fenómeno bien solucionado en la industria farmacéutica; es decir, cuando se producen procesos de fusión lo importante no es sólo dónde estamos, cuántos tra-

bajadores tenemos, sino lo importante es cuántos procesos, cuántos fármacos tenemos en I+D que pueden ser positivos y cuántos funcionarios tenemos capaces de dar ideas que promuevan esos fármacos. Todo ello tiene un valor: es el activo intelectual de la empresa y suele valer mucho más que el activo físico. Cuando el Juez Thomas en EEUU decidió que Microsoft se tenía que partir en dos empresas lo primero que hizo el señor Bill Gates fue indicar quiénes son los señores que están creando Windows, quiénes los señores que aportan las ventajas competitivas a la organización automáticamente; para que no se nos fuguen a otra empresa, súbanles el sueldo.

La idea es que lo que hay que proteger detrás de una organización en un mercado competitivo son los activos intelectuales, porque los activos materiales se deprecian. El capital intelectual del hospital tiene un activo de mercado, esto es, hay hospitales a los cuales la gente va por el nombre del hospital, hay un concepto de prestigio si es universitario, si no es universitario, por credibilidad de los usuarios, experiencias previas de usuarios, también existe un activo de propiedad intelectual.

Aquí en España se hace mucho énfasis en el hecho de que el hospital investigue, en el hecho de que el hospital introduzca nuevas técnicas. Un hospital introduce una nueva tecnología y llama a los medios de comunicación, como señal de prestigio. Hay activos centrados en el individuo, es decir, las cualificaciones del personal, sus experiencias y esas personas se conocen no sólo por trabajar para el hospital; activos también de infraestructura, en este caso menos trabajados en nuestro país, como es el concepto de cultura corporativa y el de cultura de trabajo. A la hora de contratar un jefe de servicio no sólo nos interesa contratarlo por lo que se presupone que sabe hacer, sino posiblemente porque además tiene unas relaciones; como se da en el caso de Cataluña con Madrid, que permite traer más fondos de investigación o con la industria, etc. Hay un elemento intangible que generalmente no lo valoramos o lo valoramos de una manera muy arbitraria, que bien valorado hace que a veces las personas con perfiles parecidos tengan grandes diferencias entre ellos.

Por lo tanto, una manera diferente de valorar el concepto de capital intelectual en una organización sanitaria sería éste: hay un conocimiento cognitivo, el *know what*, el saber qué, por ejemplo en medicina se sale de las facultades sabiendo que el infarto agudo de miocardio debe de ser tratado en las seis primeras horas desde el inicio de los dolores precordiales. Hay un concepto de competencias excelentes, que es el saber cómo, *know how*, y ese mismo estudiante cuando ve un infarto de miocardio sabe qué hacer y trata de aplicar ese conocimiento que le hemos enseñado. Hay también una comprensión de la complejidad y una capacidad de crear, el

know why. Se dan fallos en el infarto agudo de miocardio porque posiblemente en determinadas situaciones los tratamientos convencionales no funcionan muy bien y debería de crearse algo nuevo. En los últimos años se ha hablado del láser transmiocárdico, que parece que no va tan bien, y en su día se habló de la angioplastia, que permitía mejorar las intervenciones hemodinámicas.

3. Organización basada en el aprendizaje

El concepto de organización basada en el aprendizaje merece una reflexión especial y un estudio profundo. Permítanme relatarles una experiencia concreta actual. Estamos en medio del desarrollo de un proyecto diría que universal, de gestión del conocimiento, en el cual tenemos una biblioteca presencial, en un edificio de principios de siglo XX; es una biblioteca digital, un concepto más especializado, donde estamos apostando claramente por la formación a distancia y la investigación. Después de dos años de trabajo la experiencia puede resultar interesante. En primer lugar, existe una web general y otra europea, que está hecha con ayuda internacional, muy enfocada a guías de práctica clínica de calidad; lo que se pretende claramente es dar un paso cualitativo importante en la gestión clínica con un gran ahorro económico y de tiempo.

Tenemos una biblioteca que se llama Biblioteca General, de la Sociedad Española de Traumatología, a disposición de todos traumatólogos de España, contamos con un proyecto de educación para la salud, presencial y a distancia, para adolescentes de doce a dieciséis años de toda España; y otro proyecto pendiente de la aprobación de la Dirección que se llama Observatorio de Salud y Mujer, el cual trata de crear una comunidad virtual de mujeres concretamente de instituciones que trabajan en temas de salud pública. Contamos con un boletín de suscripción gratuita y documentación que espero en los próximos meses pase a ser una plataforma electrónica. Desarrollamos una actividad muy interesante para los profesionales que se llama Biblioteca a medida, mediante la cual cada semana o cada quince días enviamos actualizaciones de áreas seleccionadas al correo electrónico de los suscriptores. Por ejemplo, a un médico que le interese la hipertensión arterial no tiene por qué estar buscando si ha salido algo nuevo de la hipertensión arterial ya que cada quince días recibe un mensaje por correo electrónico con lo que ha sido publicado sobre el tema. Se pueden encontrar 157 revistas electrónicas, completamente gratis, y otras 75 que están restringidas para los patronatos.

Entramos en un proyecto de guías de práctica clínica, sobre todo formación — donde nos preocupa el hecho de que haya tantos protocolos diferentes— y nos

embarcamos en un proyecto editorial porque entendemos que la tiranía de las revistas científicas consiste en que un investigador publique una investigación que le cuesta mucho tiempo, cediendo los derechos de autor a una revista que, además, acaba vendiéndosela al investigador a un precio muy caro, lo cual desde el punto de vista económico, no tiene lógica. Intentamos pues introducir revistas electrónicas y en un futuro próximo comenzaremos con una nueva que se llama Revista de Gestión del Conocimiento, que será gratuita, porque los costes de edición electrónica son tremendamente baratos.

También nos hallamos trabajando con pacientes en varias líneas con entrevistas de pacientes, en investigación cualitativa a través de internet. Trabajamos mucho en cuestiones como por qué la gente toma decisiones basándose en que los valores de gestores y médicos y son diferentes a los del paciente, habiendo alguna posibilidad de que se comuniquen entre ellos utilizando técnicas que en Ciencia Política se llaman: "técnicas de liberación democrática". Acto seguido desarrollamos informes de posicionamiento estratégico, como por ejemplo los titulados "El futuro de la profesión médica" y "Gestión del conocimiento en atención primaria", con la idea de ver todo el tema de la *Clinical Governance*, si es o no aplicable a España. Otro es "Negocio a negocio en el sector sanitario", que explora el impacto que puede tener desde el punto de vista realista, la introducción de las nuevas tecnologías en la relación entre médicos y pacientes.

Como se puede deducir, se trata de un proyecto de gestión del conocimiento con amplias posibilidades. Es importante introducir la gestión del conocimiento en sanidad, porque básicamente el sistema sanitario es un sistema basado en el conocimiento y las organizaciones sanitarias son organizaciones basadas en el aprendizaje; por lo tanto, éste es un elemento de peso, que cambia el modelo tradicional.

Fui responsable de formación e investigación de una empresa pública y la impresión que teníamos allí es que el sistema sanitario tendía a ver la investigación y la formación solamente como un coste. Y posiblemente lo es si no se hace bien, pero los científicos lo vemos como una inversión. El futuro parece ser de organizaciones basadas en el aprendizaje y la definición clásica de organización basada en el aprendizaje es una organización orientada hacia la creación, adquisición de conocimiento y modificación de conducta, funcionamiento para reflejar nuevas visiones y nuevos conocimientos. En pocas palabras, es una organización abierta a influencias externas y con capacidad de procesar información.

Es importante reflejar este concepto sobre modelos educativos. Éste es uno de los temas que me preocupa porque no tengo muy claro cómo se ha de educar des-

pués de haber participado muchos años en educación. Ésta es una pregunta que se hacía la revista *Times* hace un tiempo, porque la creencia durante muchos años fue pensar, "en Asia están produciendo mucho *know how* y tecnología y consecuentemente van por delante. Cuando vemos las estadísticas de los últimos años, sobre todo del año 2000, nos damos cuenta que la prioridad que más introducen es la de las tecnologías de la comunicación. El sistema de valores de Asia permite que las personas piensen. De hecho, hay lugares donde la gente se reúne de una manera absolutamente informal para poder discutir sobre temas y dar ideas, y donde lo que se quiere es que los trabajadores no directivos den ideas. Curiosamente países más desestructurados, por ejemplo la India, últimamente se está convirtiendo en un país muy importante en el ámbito de las nuevas tecnologías, precisamente porque la desestructura permite la iniciativa. Otro tema muy importante es el de la formación a nuestros estudiantes: lo que les enseñamos es a aprobar el MIR, o sea, el objetivo es un acuerdo tácito por el cual tienen que aprobarlo. Cuando entro a clase muchas veces la primera pregunta que recibo antes de los buenos días es si me pueden grabar, a lo cual digo que sí porque si no me grabaran me evaluarían muy mal como profesor. Por tanto, un elemento clave de mi evaluación como profesor es que me preste a que me graben.

Pienso que hemos fracasado en el sentido de enseñar a aprender, hemos creado una cultura por la cual al final todos nos enfrentamos a una situación que se llama ABCD o *todas la anteriores*, cuando realmente estamos hablando de un sistema muy complejo en el cual las cosas no son ABCD, creo que se está creando una cierta crisis, donde posiblemente se está descubriendo que los médicos más interesantes para ejercer como médicos son los que no saquen el MIR y se van a medicinas alternativas, porque son grandes comunicólogos, saben muy bien comportarse ante situaciones especiales, mientras que el médico que se va hacia el programa de formación de residentes es mucho más ABCD.

Valoramos mucho la formación acreditada —este es un país de títulos y máster— aunque la formación esporádica también está bien valorada. El ejemplo y modelo básico de formación esporádica es el inglés, donde después de la formación estandarizada se da la posibilidad de aprender en el puesto de trabajo, hecho que no valoramos lo suficiente y que si supiéramos analizar mejor daría resultados importantes. La experiencia personal y la capacidad de compartir experiencias que uno tiene con el resto de los compañeros se valora poco o nada. Con respecto a la tecnología de la información y la comunicación, no debemos caer nunca en la seducción tecnológica. Las tecnologías, y en sanidad se sabe bien, no sirven para nada si no hay personas detrás. Por eso necesitamos de la inteligencia humana.

Por otro lado, el impacto puede ser muy positivo pero con una vertiente negativa. Cualquier tecnología depende de cómo las utilicemos; la mejor tecnología que tenemos hasta la fecha es la comunicación humana. La verdad es que las tecnologías de la información y la comunicación nos enseñan a mejorar la comunicación humana, pero pienso que ésta es la tecnología que no deberíamos obviar. No nos tendría que pasar como nos ha pasado en determinadas prácticas de atención primaria, donde hemos obviado la exploración física y hemos ido directamente a la tomografía para la rodilla. Parece pues que ambos conceptos, tecnologías y formación, aumentan la productividad de la empresa, aunque el más importante de ambos sigue siendo la formación. La formación es el elemento sensible que marca la diferencia.

Gran parte de los problemas que tenemos ahora con las tecnologías es que no sabemos cómo funcionan y por tanto no estamos aprovechando todas las ventajas. Otro tema a destacar es crear sistemáticas de aprendizaje en el contexto laboral, donde tienen importancia no sólo un aprendizaje orientado a resolver problemas y a aprender de los errores – penalizar el error al final penaliza el aprendizaje—, sino a aprender de otras personas. Afortunadamente este hecho es multidisciplinar y se puede aprender de otras disciplinas que no tienen que ver directamente con la sanidad.

Críticos son la transferencia de conocimiento, que sería el objetivo, y alcanzar el umbral de masa crítica, es decir, para que lograr éxito se necesita un mínimo de gente que crea en ello. En cierta manera el riesgo es serio, por ejemplo, en términos de medicina y sanidad. El esfuerzo que hemos hecho en medicina basada en la evidencia puede estar muy penalizado por internet, por medio de la información masiva de los expertos, dando lugar a que estemos penalizando el haber estado a punto de alcanzar un umbral de masa crítica

Otro tema vital es si las escuelas están cumpliendo su función formativa, aunque los gobiernos tienden a decir que la responsabilidad es de las familias, del modelo escolar.

4. Recursos humanos

Una organización, y la organización sanitaria no hace excepción, vale en definitiva lo que vale su recurso humano. Todo lo demás (instalaciones, equipos, tecnología, etc.) es subsidiario.

Surge aquí el concepto de “comunidades de práctica profesional”. ¿La empresa está en condiciones de estimular que los empleados con independencia de jerar-

¿quías se reúnan con la idea de anticipar problemas y posibles soluciones sin ningún tipo de control gerencial? Ese sería un elemento clave. Estimular dentro de la organización comunidades de práctica profesional es imprescindible porque se consiguen dos cosas: una, que quien mejor conoce la organización active problemas y active ideas y, en segundo lugar, que el empleado se sienta identificado con la organización y por lo tanto sea más tolerante con sus fallos y esté más motivado en que la organización mejore. Parece una gran ventaja de tipo estratégico, una gran ventaja de transferencia de conocimiento el hecho de tener, en ausencia de jerarquías, comunidades de práctica profesional.

La labor de la gerencia sería identificarla, promocionarla, no interferir. Cuando un trabajador da información sobre lo que se puede hacer o cómo, no hay que obviarla. Que la gerencia no quiera recibir esa información parece absurdo. Nadie está obligado a tomar en consideración esas ideas pero si las hay, ¿por qué no estudiarlas? Por lo tanto, para que todo esto funcione se necesita algo que es muy complicado en nuestro país: tener un terreno que propicie este camino investigador, en el cual se valore de alguna manera que este conocimiento no una moda, sino que puede tener significado. Darwin decía que los supervivientes no eran los más inteligentes, ni los más grandes, sino los que se adaptaban mejor a los cambios. Y por lo tanto, gran parte de lo que tengamos que escuchar ahora serán sectores que se adaptarán a los cambios.

Otro tema que parece fundamental es que de momento en nuestro país no existe mercado laboral, ni siquiera en el sector sanitario. Una de las cosas que considero importantes y tristes es que posiblemente en la organización, la gente que realmente vale, si pudiera, se iría.

El primer proceso de selección natural sería que aquellas organizaciones que fueran capaces de captar talentos y de retenerlos, que es más importante que captarlos, serían las que realmente funcionarían. El hecho de que no exista una apuesta de calidad pasa claramente por crear un mercado laboral.

La filosofía clave de este capítulo es que el conocimiento es para las personas, medio de producción, y que las tecnologías per se no producen ningún impacto si detrás no hay una persona capaz de liderar su utilización de una manera adecuada y eficiente. Ello requiere fomentar la evaluación, fomentar la confrontación, fomentar la diversidad interdisciplinar y sobre todo intentar innovaciones con ánimo de riesgo. Si no incentivamos el riesgo no podemos decir que intentamos innovar.

Llegados a este punto se plantea la cuestión: ¿pueden los departamentos actuales de recursos humanos aplicar la gestión del conocimiento de las organizaciones sanitarias? Creo que es muy difícil. En primer lugar, porque la sanidad se ha convertido en un mundo de muchos especialistas, los especialistas se concentran muy bien en su lenguaje y tienen una gran capacidad de logro. En segundo lugar, porque tenemos un problema que es el funcionariado, los estatutarios, que, desde el punto de vista ético, es absolutamente criticable. Una persona que trabaja mucho tiempo en un sitio tiene una gran capacidad de acumular experiencias, capacidad de conseguir otros títulos, porque tiene más tiempo para estudiar. Por lo tanto lo que no se le puede dar es una ventaja competitiva, como asegurarles el trabajo para toda la vida con las generaciones nuevas a las puertas. Esto dificulta en gran medida el que se produzcan fenómenos, como el recambio generacional o el recambio intelectual, como en muchos otros países.

Otro asunto de que no nos gusta hablar, pero que tenemos que tener en cuenta, es que el sistema sanitario está diseñado para que nadie tome decisiones, como Hamlet, que era un príncipe danés conocido por su incapacidad para tomar decisiones. Aquí donde se toman más decisiones desde el punto de vista económico es en la relación médico-paciente. La pirámide es invertida, hay una gran fragmentación a nivel horizontal y a nivel vertical.

La pregunta es si se puede gestionar la sanidad y la respuesta que les doy es que no lo sé pero, se debería. Por lo que la sanidad se debe gestionar y hay que entrar en tres elementos clave. Uno es gestionar expectativas, es decir, no podemos estar ofreciendo un sistema que nos lo va a dar todo, que todo es gratis y que todo va a salir bien. Posiblemente hemos de estar más abiertos a reconocer que no va a ser así, que hay que priorizar, que el error existe en la gestión de la complejidad y en la gestión los valores.

Estos son tres temas clave que tendríamos que trabajar más en las organizaciones sanitarias y posiblemente un elemento clave sería introducir la figura del director de conocimiento. El director médico, el gerente, el director de atención primaria es alguien cuya misión principal consiste en enfrentarse a los problemas del día a día, por lo tanto no tiene tiempo material ni capacidad para poder planificar qué es lo que va a pasar. Tendríamos que funcionar como los bancos: tener un servicio de estudio, gente a la que se le paga por ser capaces de prever hacia dónde va a ir el sector sanitario y cómo pueden afectar estos cambios a nuestra organización. Lo que en el mundo industrial se llama el director de conocimiento será relevante, si lo de que se trata es de preservar el capital intelectual de la organización para que de alguna manera se pueda enfrentar a nuevas situaciones.

Desde el punto de vista de la nuestra organización sanitaria, en primer lugar, son organizaciones muy atomizadas y fragmentadas. Existen muchos conflictos e intereses latentes, es la piedra angular de los valores: ser capaz de buscar consenso a esos conflictos de intereses latentes no declarados –predomina demasiado lo político sobre lo técnico—. Parece preocupante que predomine lo político sobre lo técnico, es decir, viendo que el director general de una empresa multinacional pasa por un proceso de selección y tiene que entregar un currículum, otros cargos de gerencia tendrían que pasar por lo mismo. Intranquiliza la tolerancia e indiferencia que tenemos ante situaciones injustas, porque esto da lugar a que las organizaciones, en cierta manera, pierdan capacidad de lucha hacia la mejora. Hay una pérdida de liderazgo y de visión directiva; un envejecimiento directivo importante –el cual no tiene que ver nada con la edad: gente muy joven que está envejecida y gente mayor que aún puede aportar mucho. Hay también una alta prevalencia de los modelos de orden y mando, en lugar de modelos más participativos, como lo sería el modelo percibo-respondo. Lo que llamo la “indigestión del conocimiento” pasa por la “paranoia profesional”.

Otra cuestión sobre la que llamo la atención es el miedo, por que la gente sufre en su puesto de trabajo. Es importante comenzar a ver por qué hay un sistema en el cuál el profesional está tan insatisfecho, tan desmotivado, por qué existe el miedo. ¿Se debe al envejecimiento y a la incapacidad de liderazgo?

La gente que manda durante mucho tiempo ha sido negligente con las nuevas tecnologías, negligente con los nuevos idiomas, perdiendo la capacidad de motivar al conjunto de personas que tienen por debajo. Existe mucha autocomplacencia y cuesta mucho reunirse con la gente que manda. Es increíble, siempre están ocupados y la sensación que se tiene cuando se logra tener esos cinco minutos para reunirse con ellos, es que están distraídos. Con un sistema directivo que no es capaz de liberar dos días a la semana para poder atender a su gente, difícilmente puede haber una sintonía entre el que manda y los mandados.

5. Valores

Una de las personas que ha hablado últimamente muy bien del conocimiento y de los valores ha sido el Papa; la Iglesia como empresa tiene muchos años de funcionamiento, si hablan del conocimiento y de los valores después de un periodo de reflexión, es por experiencia. Detrás de muchas de las cosas que hacemos o de las decisiones que tomamos, en general, se encuentran los valores y si no somos capaces de identificarlos y de modificarlos, difícilmente conseguiremos cambiar la orga-

nización. Damos datos sobre evidencias, sobre necesidad, sobre coste, pero al final lo que realmente determina cómo se utilizan estos datos son los valores y ello determina la decisión.

Comenzamos a tener en España, concretamente en la Región Valenciana, estudios que muestran que cuando a los médicos de atención primaria se les da evidencia no la utilizan, saben lo que es la evidencia y han hecho cursos al respecto, pero posiblemente hay otros factores, presión asistencial, motivación, que están determinando que sus valores no prioricen la evidencia. Deducimos pues que hay que introducir elementos democráticos en las organizaciones, que faciliten que la gente sea capaz de decir: "no estoy de acuerdo porque lo veo de otra manera, porque tengo otros valores", y que, al final, por procesos de negociación se busque la solución que no sea la óptima para cada uno de los grupos, pero que, sin embargo, sea la óptima para el conjunto. Para esto sí sirve el consenso, no para hacer documentaciones sobre práctica clínica. Este consenso se conseguirá enseñando a deliberar, generando autoestima y haciendo más humanas las organizaciones. Quién toma el mando ante situaciones de crisis será pues de vital importancia.

Otra cuestión es el profesionalismo, porque posiblemente habrá un cambio. En palabras llanas, había un contrato social implícito entre medicina y sociedad por el cual se concedía la capacidad de autorregulación, autonomía y monopolio del conocimiento, a cambio de cobrar mucho más. Esto posiblemente cambie por diferentes motivos, entre ellos porque en la relación de este contrato social se han introducido dos factores muy potentes, como son el estado y las grandes corporaciones. Lo que sería el juramento hipocrático basado en esos conceptos de virtud, moralidad, altruismo, servicio, posiblemente ya no existe como antes. Aquí se plantea una cuestión técnicamente significativo desde el punto de vista de gestión: ¿la medicina es una profesión o es una ocupación? La mayoría de la gente a veces no ha pensado que no es lo mismo ser médico que hacer de médico. Una profesión se vive de otra manera; esto obliga en cierta sentido a plantear una revisión de lo que es este contrato social entre medicina y sociedad. El tema del médico se complica, es decir, el médico aparece como alguien que nos informa, como gestor del conocimiento, se le pide que sea especialista, que sea profesional, que sea gestor de recursos sanitarios, interviniendo de manera muy activa en los procesos de racionamiento; se le pide que sea gerente y directivo, que sea doble agente principal del sistema, por un lado ante el paciente individual y posteriormente ante de la comunidad de la cual proceden esos pacientes.

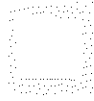
6. Conclusión

Los retos presentes y futuros de la sanidad precisan seguramente un nuevo modelo de gestión basado en el conocimiento, si entendemos que los sistemas sanitarios son sistemas basados en el conocimiento. El elemento más importante dentro de la organización sanitaria es la gestión del capital intelectual y del conocimiento.

Hemos de pasar por unas nuevas formas de aprendizaje, por un nuevo modelo de recursos humanos y un cambio de valores. Si ésta es una sociedad democrática, ya han pasado bastantes años desde que votamos por primera vez; la democracia se debe trasladar al contexto de las organizaciones. Sobre todo a las organizaciones públicas, porque son de todos. Por tanto, los procesos deliberativos son un elemento clave para encontrar el consenso cuando hay conflictos de valores.

Finalmente están la moralidad y la ética. Es verdad que hemos de interiorizar en cierta manera el concepto de que cuando se toman decisiones y éstas tienen implicaciones, se está éticamente sujeto a poder explicar por qué se ha tomado esa decisión.

Como colofón a este artículo, les relato una historia. Había una vez un pastor que estaba en la zona de Lérida con todas sus ovejas y, de repente, aparece un Toyota último modelo con un señor muy trajeado, que baja, se acerca a él y le dice: "Si adivino cuántas ovejas tiene usted, ¿me puedo llevar una de ellas? Y el pastor, sin esforzarse mucho, le dice: "Sí." Con lo cual se mete dentro del coche, enciende un ordenador muy pequeño, lo conecta con el satélite modelo GPS y en 30 segundos obtiene, por un análisis de áreas, que hay 1.068 ovejas. Se dirige al pastor y le dice: "Mire, usted tiene 1.068 ovejas". "Correcto". "Entonces, ¿me puedo llevar una de ellas?" El pastor responde: "Sí." El visitante coge su oveja y el pastor replica: "Si adivino qué profesión tiene usted, ¿me devolverá la oveja?". "Sí hombre". Dice el pastor: "Usted es consultor". "¿Cómo lo sabe?", dice el señor: Contesta el pastor: "Primera, porque ha venido sin que nadie lo haya llamado; segunda, porque ha venido y me ha dado una información que yo ya sé —esta mañana he contado las ovejas y tengo 1.068— y tercero, porque usted no tiene ni idea, es decir, sabe que tengo 1.068 ovejas, le dejo que se lleve una ¡y va y se lleva al perro!



ACREDITACIÓN

FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LOS SISTEMAS DE ACREDITACIÓN EN NUESTRO ENTORNO

PONENCIA ESCRITA

Jaume Durán i Navarro

Director Médico del Hospital Universitario Juan XXIII. Tarragona

En este capítulo se tratará el modelo de acreditación del que tenemos experiencia desde la Subdirección General de Evaluación y Acreditación del Departamento de Sanidad de Cataluña. Se presentarán los resultados de lo que ha sido el modelo de acreditación en Cataluña, en los hospitales, no en tanto en cuanto a los beneficios, que los ha habido, sino también de algunas de las limitaciones que ha obligado al propio Departamento de Sanidad a plantear un nuevo modelo de acreditación.

1. Introducción

Las normas UNE definen como acreditación el procedimiento por el que un organismo autorizado reconoce formalmente que un individuo u organismo es competente para realizar unas tareas, unas funciones específicas.

A partir de las transferencias sanitarias en Cataluña se planteó la necesidad de introducir un modelo de acreditación que tenía algunos de estos objetivos:

1. Implementar mecanismos de garantía de calidad. Se partía de una red de asistencia muy diversa y plural. No todos los hospitales eran del sistema público —con sólo un 33% de las camas—. Había gran variedad de proveedores de servicios: fundaciones, patronatos, etc. Por lo tanto, era necesario implementar mecanismos de garantía de calidad que homogeneizaran los proveedores.
2. Dinamizar la mejora continua de la calidad, en el sentido de que la innovación tecnológica y el desarrollo profesional sigan a la mejora continua.

3. Promover la excelencia en la provisión de servicios. Se consiguió que algunos centros diversificaran o redefinieran su función en el sistema para el ámbito sociosanitario.
4. Dar confianza a profesionales y pacientes. De que estaban en un entorno preocupado por la calidad.
5. Incidir en el uso eficiente de los recursos.

Por lo tanto se planteó un primer modelo de acreditación, que ha pasado por distintas etapas. La primera del año 1981, que se renueva en el año 83, y la definitiva del año 1991, la actual, que ya es más práctica, y que surge a partir de las experiencias del 81 y 83. Está basada en estándares únicamente para hospitales, y que ha servido para homologar la calidad en todo el territorio. Esto coincide con la creación de la Red Asistencial de Utilización Pública (XHUP).

El modelo tenía unas características que en algún sentido son buenas, como por ejemplo tener un origen en la propia Administración para garantizar la calidad en la prestación de los servicios sanitarios, y basarse en estándares trabajados y consensuados desde el sector e inteligibles a las organizaciones.

2. El modelo en la actualidad

El proceso de acreditación actual se inicia con la solicitud de acreditación por parte de los centros a la Administración, se cumplimenta un formulario de autoevaluación por parte de los centros y posteriormente se realizan una serie de auditorías a los centros, de tipo sanitario, estructural y de seguridad industrial y contra incendios. Se remite el expediente de acreditación con los resultados de la evaluación conjunta, dejando un período de trámite de audiencia para que los centros puedan responder después del resultado entregado. Le sigue una evaluación definitiva por parte del Comité de Acreditación, con el correspondiente certificado de acreditación. Sobre este resultado existe la posibilidad de presentar un recurso en el caso de que el hospital acreditado no esté de acuerdo con el certificado e informe final.

En el conjunto del paquete del cuestionario de acreditación, el 58% de los ítems se refieren al ámbito sanitario, el 6% se refieren a seguridad contra incendios, un 28 % de estructura y de seguridad industrial hay un 8%. Es pues un modelo de acreditación en el que los estándares están muy basados en la estructura.

Se evalúan 746 puntos del cuestionario, que se vinculan a 29 unidades, y que se agrupan en grandes macrofunciones a partir de las que nos ha sido posible realizar análisis diversos: dirección, servicios asistenciales, servicios centrales, hoteleros, de calidad y usuarios y de estructuras y seguridad.

Como resultados del proceso diríamos que todos los hospitales están obligados a acreditarse para recibir financiación del Servicio Catalán de la Salud y ésta es la propuesta de la orden del 91. Hay 93 hospitales que han entrado en proceso de acreditación, más de los que hay en la red hospitalaria de utilización pública, de los cuales 74 con acreditación favorable. En el momento de evaluar datos había 8 con acreditación desfavorable. Actualmente hay menos porque entran en proceso de reacreditación o revisión. En este momento hay 5 con acreditación desfavorable.

Si analizáramos todos los ítems posibles de la acreditación teniendo en cuenta todos los hospitales presentados al proceso, veríamos que se ha conseguido el 95% de los estándares, quedando un total de 3.455 puntos pendientes y que son los objetivos de mejora que tienen los hospitales para continuar trabajando.

En líneas generales, la gran mayoría de problemas pendientes son estructurales, como por ejemplo, los que se derivan de toda la normativa de incendios o barreras arquitectónicas establecidas.

Desde el punto de vista de las macrofunciones, las grandes diferencias entre hospitales acreditados y no acreditados, están en los ámbitos asistenciales y en calidad y atención al usuario. Por todas las unidades que se evalúan vemos que las áreas de mejora fundamentales están en la calidad y la atención al usuario en hospitales no acreditados. Esta información que se presenta está disponible para grupos de hospitales que presentan perfiles diferentes.

3. Hacia un nuevo modelo de acreditación

Las limitaciones que ha planteado el modelo vigente son:

1. Una de las máximas limitaciones es que el modelo esté vinculado a la Administración. La vinculación al Departamento de Sanidad, en especial la auditoría, genera desconfianza en el sector. Es un proceso que en manos de la Administración ha sido lento, con diversas auditorías técnicas de seguridad, de bomberos, asistencial, por parte de profesionales de la asistencia médica, que no siempre tienen la flexibilidad de trabajo de otros organismos externos.

2. Tiene también limitaciones estructurales; es decir, un modelo muy fijado en estándares estructurales genera desigualdades en la evaluación. Por ejemplo, centros con limitaciones estructurales o con estructuras muy complejas pueden ofrecer mayor calidad de servicio que en otros centros con mejores infraestructuras.
3. No existe evaluación de resultados. El modelo está muy basado en estructura y algo en proceso pero no en resultados. No se habla de tendencia ni con quién nos comparamos.
4. Tampoco se habla de qué pasa con los hospitales que no se han acreditado.

Con estas limitaciones, y con este proceso en marcha, en Cataluña se plantea un nuevo modelo de acreditación para avanzar en el ámbito de la calidad. Se piensa en plan de calidad y acreditación nuevo, instigado desde un órgano plural dependiendo del Departamento de Sanidad.

Con este fin se crea el Consejo Asesor de Calidad Asistencial de Cataluña que es un consejo plural, con representación de todos los agentes de interés e impulsado desde el mismo Departamento de Sanidad y Seguridad Social, y por los distintos sectores de la Sanidad, desde la atención primaria, el sector hospitalario de provisión, red pública y privada, entidades de compra y provisión, los profesionales, la agencia de evaluación de tecnologías, los mismos usuarios de la sanidad, las universidades y sectores referentes en el mundo de la calidad.

Este órgano tiene la misión de promover la excelencia en la provisión de servicios, de una manera global tanto para centros públicos como privados de Cataluña, y la eficiencia en la utilización de los recursos en un entorno de limitación presupuestaria.

Las funciones específicas son las de:

- Asesorar al Conseller de Sanidad en materia de calidad asistencial.
- Velar por el reconocimiento de los ciudadanos como eje del sistema sanitario y, por lo tanto, como sus principales beneficiarios. En este sentido cabe recordar que cualquier modelo de acreditación debe aportar un claro valor añadido a ciudadano.
- Promover la cultura de la mejora continua en todos los centros de provisión públicos o privados con la máxima participación profesional.

- Aprobar los nuevos estándares de acreditación y legitimar bajo consenso el nuevo modelo de acreditación.
- Finalmente también establecer los criterios para la homologación de las distintas entidades certificadoras en el territorio.

El consejo tiene en definitiva dos claras funciones que serían las de impulsar el nuevo modelo de acreditación y definir las políticas de calidad asistencial, guías clínicas en general.

4. La calidad total

Somos conscientes que el nuevo modelo no es más que un paso en el camino de la excelencia hacia la calidad total, desde la autorización, pasando por las certificaciones y acreditaciones existentes.

Cada eslabón del camino tiene su interés y repercusión en la política de calidad: desde la autorización que garantiza que las cosas puedan realizarse correctamente, pasando por la certificación —en definitiva certificaciones ISO—, que garantizan que las cosas o procesos se realizan correctamente, y finalmente el modelo de gestión de calidad total que contempla imprescindiblemente la satisfacción al cliente.

El camino no tiene otro objetivo que la excelencia y a través de los ocho conceptos de la excelencia, que ustedes conocen y que se han comentado anteriormente: la orientación a los resultados, centrar al cliente como el eje del modelo, tener un liderazgo coherente con los objetivos, gestionar procesos y hechos, con desarrollo e implicación de los profesionales, aprendiendo, innovando y mejorando continuamente, desarrollando alianzas con el entorno y haciéndolo con el máximo compromiso y responsabilidad social.

El modelo de acreditación futuro se basará tanto en estructura como en proceso y resultados, apostando por plasmar mejor la realidad de la calidad de servicio en todo su contenido como ya defiende en sus tesis el mismo profesor Donavedian.

En un modelo de gestión por niveles, que éstos estén claramente diferenciados (planificación y financiación del sistema, compra o aseguramiento y provisión) permite el desarrollo de un nuevo esquema de acreditación en el que cada eslabón desempeña un rol específico:

1. Un nivel de planificación desde el Departamento de Sanidad y Seguridad Social, que tiene la misión de planificar y marcar los niveles de calidad de los servicios para los ciudadanos.
2. Un nivel de compra-aseguramiento básicamente pública a través del Servicio Catalán de la Salud, que actúa de aseguradora ante el ciudadano. Aunque también es importante resaltar el papel de las aseguradoras privadas de servicios, que gestionan la provisión extra de un 23% de ciudadanos, que son numerosas y configuran un sector vivo y en evolución en toda Europa.
3. Un nivel de la provisión, en el que básicamente la provisión de camas hospitalarias es privado concertado y el 30% de las camas son de titularidad pública. Respecto de la atención primaria, el 85% de la provisión es enteramente pública, existiendo otras formas de provisión vinculadas a la red hospitalaria o a entidades de base asociativa de los profesionales. No debemos olvidar los centros proveedores estrictamente privados, que tanta actividad desarrollan en nuestra Comunidad.

A partir de este modelo de salud por niveles es posible introducir un modelo de acreditación que, auspiciado desde la Administración, permita a los compradores de servicios públicos y privados disponer de un instrumento de compra que garantice unos niveles de calidad reconocidos y permita entrar en evaluar la calidad-precio del servicio asegurado.

5. El modelo EFQM

De los distintos modelos de acreditación evaluados en el momento de plantear el futuro, el Modelo Joint Commission, el modelo inglés de la King's Fund, el canadiense, el modelo francés, modelos ISO, EFQM, etc., se consideró oportuno aspirar a un modelo aglutinador, que incorporase los mejores elementos de todos ellos, comparable, medible en distintos niveles de calidad, sostenible para el sistema, exportable desde el punto de vista de que pudiera ser compartido totalmente o en parte por otras comunidades autonómicas o países del entorno, y útil para distintos niveles asistenciales, atención primaria, hospitalaria, sociosanitaria.

Bajo este prisma la realidad que mejor se adaptaba a estos requisitos era el modelo EFQM ya que, pese a ser inicialmente un modelo de gestión de la calidad, incorpora algunas virtudes adaptables a la acreditación de centros y servicios. Se trata de un modelo que se inspira en la mejora continua, que se fundamenta en la autoevaluación por parte del centro, que se orienta a resultados globales y que es factible para todas las líneas de servicio.

El modelo EFQM de excelencia es un modelo de gestión ya utilizado en empresas sanitarias. Se dispone de distintas experiencias de autoevaluación a partir del modelo, se ha utilizado en el sector hospitalario y en atención primaria. En esencia, una clara fortaleza es que se orienta a resultados entendidos como un todo: resultados en satisfacción de los profesionales, aspecto trascendental en nuestro entorno, resultados de satisfacción en los clientes de los servicios, resultados asistenciales y también sostenible económicamente. Es un modelo adaptable a nuestra realidad y además permite integrar otros procesos de calidad, como las normas ISO.

Para nosotros una aportación importante es que el modelo era ya comparado con otros modelos de acreditación como Joint Commision y el modelo de King's Fund, permitiendo así hacer confluir los caminos iniciados con cualquier modelo hacia uno único.

Bajo este prisma y entrando en cómo será el futuro modelo de acreditación en Cataluña, se puede afirmar que el modelo se fundamentará en las tres fases, de autoevaluación del centro según unos estándares consensuados, exportados y adaptados de los modelos existentes y colocados en los criterios del modelo EFQM. Criterios de auditoría externa por parte de organismos homologados por el Departamento de Sanidad y una tercera fase de acreditación a partir del documento de autoevaluación del centro y de evaluación-auditoría externa por parte del Comité Acreditador.

Consideramos que la auditoría sanitaria es un punto fundamental de la acreditación y que constituía un punto débil en el actual modelo, que se reorienta haciéndolo externo y confiándolo a entidades reconocidas, eficientes, homologadas y con experiencia en el ámbito de la certificación y el sector sanitario. Existen ya hoy en el mercado distintas entidades capacitadas y dispuestas a participar en el nuevo proceso de acreditación.

El Comité de Acreditación estará en el propio Departamento de Sanidad y Seguridad Social, vinculado a la Dirección General de Recursos Sanitarios, y dictará resoluciones para centros públicos y privados.

Este modelo debe garantizar la equidad en la calidad de prestación para todos los centros, públicos y privados, fomenta en su filosofía la mejora continua por parte de los agentes proveedores, ya que en definitiva es voluntario y exigible no desde la Administración sino desde la aseguradora pública y privada. Es, como hemos señalado, un modelo que será útil a toda la red de servicios, donde las diferencias

de estándares para distintos niveles de la red estarían en los de procesos y resultados clave, siendo los demás criterios compatibles, y que debe servir para el gestor, el profesional, el cliente y el comprador en la misma medida, como un instrumento común. En definitiva pensamos en un modelo orientado hacia el futuro.

El Departamento de Sanidad sigue teniendo su papel trascendental con el nuevo modelo, y el Servicio de Calidad haría el seguimiento de los estándares actuales, impulsando a los centros a que pasen la garantía de calidad de la estructura a los procesos y resultados, creando un área de *benchmarking* desde la que compartir experiencias de excelencia entre centros y entre niveles, tanto públicos como privados. Deberá también homologar y seguir las entidades auditoras y constituir el Comité Acreditador.

APLICACIÓN DEL MODELO EFQM EN LA DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA DE GALICIA

TRANSCRIPCIÓN DE INTERVENCIÓN

José Luis Aboal Viñas

*Subdirector General de Información y Gestión de Salud Pública.
Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Xunta de Galicia*

Aunque no sea un tema directamente relacionado con la atención primaria, es interesante el modelo EFQM por ser aplicable a cualquier organización que se quiere gestionar. En este capítulo veremos cuál es el marco conceptual que hemos utilizado en los últimos años para desarrollar todo un Plan de Calidad de la Dirección General de Salud Pública de Galicia; cuál ha sido el desarrollo del proceso de auto-evaluación que realizamos en 1999; cuáles son las acciones y enfoques que hemos iniciado y algunos de sus resultados; los proyectos futuros que estamos implementando; y sus conclusiones.

1. Marco conceptual

Aunque las direcciones generales de salud pública son Administración Pública, ésta ha pasado por una serie de conceptos que, desde la creación de la misma, ha pasado por ser una administración patrimonialista donde los funcionarios se consideraban dueños de lo que es el patrimonio público. Esto ha llevado a desmanes que, dieron lugar a una administración burocrática en la que lo más importante era el control, la existencia de un papel, no la finalidad para la que en realidad existen. Desde hace ya unos años prácticamente en todos los países desarrollados hay iniciativas y reformas en lo que son las administraciones públicas encaminadas a la administración gerencial, en el que está planteado el objetivo final y el ciudadano. Esto se está implementando, en distintas organizaciones, en distintos países y en distintas administraciones, desde las locales a las autonómicas pero con diferente grado de implicación.

Lo que tenemos claro es que somos una organización que pertenece a la Administración y que gestionamos recursos públicos y que estamos enfocando todo hacia a gestión. La gestión que supone en cualquier organización tener en cuenta cuál

es su misión, cuáles son las estrategias, los recursos de que dispone —tanto personas como recursos materiales y económicos—, cuáles son los procesos y cuál es la mejor estructura para cumplir esa misión que tiene la organización. Hay que gestionar todos estos apartados y para ello hay que utilizar herramientas de gestión.

A veces desde la Administración Pública hemos visto que las herramientas que utilizaban las empresas eran rechazadas. Creo que lo importante es que son herramientas de gestión de organizaciones, no tanto de empresas sino de organizaciones que pueden ser aplicadas a cualquier tipo de organización ya sea pública o privada, sin ánimo de lucro o con ánimo de lucro. El trabajar sobre todos estos aspectos, el hacer hincapié en cada uno de estos aspectos, es trabajar en calidad total. Un tema importante es que la salud pública está por una parte dentro de lo que es la Administración pública e indudablemente forma parte del Sistema sanitario con sus ventajas e inconvenientes. Lo que está claro es que el Ministerio de Administraciones Públicas, que es el organismo central que genera las orientaciones sobre lo que es la Administración pública, ha optado desde hace varios años por el modelo EFQM, a nivel de calidad dentro de las administraciones públicas. También está claro que la salud pública es un tipo de respuesta del organismo público ante problemas de salud, que se realiza a través de actuaciones poblacionales.

Hay múltiples razones para gestionar la calidad en los servicios sanitarios. Una es de índole normativa, la Ley General de Sanidad y las distintas leyes, que cada una de las Comunidades Autónomas aplica en concepto de calidad. En la Ley General de Sanidad de 1986, encontramos dos apartados, en que por un lado, promueve la calidad y, en el otro, dice que se tiene que evaluar esa calidad. Y de ahí que sea imprescindible un marco genérico a nivel nacional para aplicar calidad.

Otra razón es el mercado. Aunque esto no es un mercado, hoy por hoy, como tal sin embargo, sí que hay una competitividad importante entre los centros, como en el hecho de que en este momento el tema de las entidades privadas y de los servicios sanitarios privados han analizado que la calidad es un punto de competitividad y en consecuencia dan pasos agigantados por introducir modelos de calidad sistemas, como la ISO 9000 en algunas experiencias como sus propios modelos a nivel de hospitales de la Confederación de Entidades Privadas.

Otra cuestión importante a nivel de Administración Pública son las nuevas estrategias. Hay que tener en cuenta que en todos los países desarrollados se está cuestionando el nuevo papel que tiene que tener la Administración Pública y el Estado y abrir una línea de reducción del Estado. A esto se agrega la globalización, los organismos internacionales, las nuevas tecnologías y un cambio de actitud del ciu-

dadano. Lo que está claro es que nos tenemos que adaptar al ciudadano, si no nos adaptamos se cuestionará nuestro papel. En muchos países, en EEUU y en Canadá, empiezan las organizaciones públicas a tener que demostrar que lo que hacen aporta valor social y valor público, en sus actuaciones; si no, estas organizaciones pueden estar abocadas a su desaparición.

Otro tema más es que como servicio público tenemos un compromiso ético. Estamos manejando dinero de todos los ciudadanos y no lo podemos gestionar mal. Podemos decir que las cosas las hacemos bien, pero siempre hay una posibilidad de hacerlas mejor, es decir, cualquier estándar es susceptible de mejora, con lo cual hay que preguntarse si los hacemos de la mejor forma posible, y aquí sí que entra el tema de los costes, que es uno de los aspectos básicos en la gestión.

Surge pues un tema básico, ¿podemos demostrar que hacemos bien las cosas?, y ése es el asunto del aseguramiento de la calidad. Cualquiera que quiera preguntar-responder a estas cuestiones tiene que entrar en el mundo de la calidad, que está en continuo cambio. Lo que sí tienen las personas que trabajan en el mundo de la calidad, en cualquier tipo de calidad, es un principio que dice: "siempre existe la posibilidad de mejorar", y este planteamiento es básico en el momento de empezar a trabajar la calidad.

Desde la experiencia que hemos realizado podemos distinguir tres tipos de conceptos de calidad: a) la calidad técnica de proceso, que es el cumplimiento de los estándares, ya sea acreditación, certificación, es decir, el sistema de los estándares; b) la calidad de un servicio o producto, que estaba definido en la anterior ISO 9000 del año 1994 y tenía una referencia 8402, definiciones de calidad, en la que se decía que era un conjunto de características que le concedían su aptitud para satisfacer necesidades expresadas o implícitas de sus clientes. En este momento existe una nueva ISO 9000-2000 que va bastante más allá y define el concepto de calidad como el grado en el que un conjunto de características, como algo inherente, cumplen con los requisitos de necesidades o expectativas establecidas generalmente implícita u obligatoriamente. Está cambiando completamente lo que es el concepto que había de la ISO 9000, encaminándose hacia un concepto más próximo a lo que es la calidad total y que, en mi opinión personal, está equivocada y ubicándose en un tema intermedio entre lo que es el aseguramiento de un servicio y lo que es la calidad total.

La calidad total o integral, es una forma de gestionar una organización, con el objeto de mejorar los resultados, a través de un proceso de mejora continua; esto es, la calidad de la gestión. Hay mucha y variada terminología al respecto ya que es un tema que está en continuo movimiento y existen múltiples versiones.

Las sociedades científicas a su vez están acreditando, certificando y proponiendo estándares continuamente.

Desde un punto de vista económico se da una lucha importante en ganar ese mercado, que es muy atractivo. Está claro que hay una serie de factores de gestión de calidad. Todos los modelos coinciden en que no se trata de gestionar la calidad, sino de la gestión con calidad o la calidad de la gestión. Para gestionar con calidad hace falta una orientación a los resultados, orientación al usuario, gestión por procesos, implicación de las personas de la organización, tener claro el liderazgo y los objetivos y las estrategias. Tener como principio la mejora continua, la responsabilidad social, es otro de los temas básicos que en estos momentos se está introduciendo en todos los modelos de calidad. Y todo ello basado en datos, ya que es uno de los paradigmas más importante en este momento; es decir, si no hay datos no existe la posibilidad de mostrar la calidad. El cuadro de mandos integral es una de las herramientas, que más se está aplicando en este momento.

2. Quiénes somos

En este momento, la Dirección General de Salud Pública, está integrada dentro de la Consejería y tiene dos Subdirecciones: una Subdirección de Información y Gestión; y una Subdirección de Programación, que establece las estrategias poblacionales a nivel de lo que conocemos como programas de salud. Contamos también con las Delegaciones de Sanidad, que cuentan a su vez con tres servicios y las zonas veterinarias, donde están integrados los farmacéuticos y los veterinarios. A nivel de recursos, la Dirección General en servicios centrales tiene 10 directivos, 53 técnicos, farmacéuticos, veterinarios, biólogos, médicos, químicos, psicólogos. A nivel de administrativos y personal de apoyo somos 39, y manejamos unos 2.000 millones de pesetas en inversión y mantenimiento. Estos 2.000 millones representan el 1,7% de lo que es el gasto sanitario en Galicia.

El proceso de EFQM, sólo lo hemos aplicado a Servicios Centrales de la Dirección General de Salud Pública. Todavía no hemos transferido el proceso al resto. En el año 1993 hicimos un estudio y encontramos que se hacían los programas de salud pública por tradición, sin analizar realmente eran necesarios. No se sabía exactamente con qué recursos contaba cada uno de los programas, ni los objetivos; tampoco conocíamos si, por ejemplo, la atención primaria acababa siendo un enemigo.

Estaba claro que faltaba la misión, no se sabía exactamente cómo se hacían las cosas qué se hacía, e incluso, quién lo hacía. Y podía pasar como le pasó a Colón, que cuando salía no sabía dónde iba, cuando llegó no sabía dónde había llegado,

cuando volvió, no sabía dónde había estado y todo lo había hecho con el dinero de otros. Para evitar esto vimos la necesidad de organizarnos. En aquel momento necesitábamos un cambio y se plantearon dos alternativas: a) un cambio radical, en aquel momento, ir hacia un modelo de gestión de calidad total; o b) un cambio moderado con un plan estratégico. La organización hizo un análisis y no había cultura de la organización, la cual es imprescindible en este tipo de procesos. Por lo tanto, optamos por un modelo de plan estratégico moderado. A partir de ahí, se crea de nuevo la Dirección General, en el año 94 elaboramos un plan estratégico con consenso de todas las 90 personas que trabajaban allí.

Implantamos una serie de herramientas de gestión como eran los programas con las delegaciones de sanidad, en las que indicábamos qué actividad tenían que hacer, financiándolas, con algunas mejoras de gestión económica —lo cual no fue fácil porque a los trabajadores de gestión económica les suele resultar difícil el innovar.

3. Desarrollo de la autoevaluación

En 1995 entramos en un plan que tiene la Xunta de Galicia de evaluación de rendimiento de las comunidades. A nivel piloto llevamos trabajando desde esa fecha, en este plan de rendimiento, que evalúa sobre todo la producción que están haciendo las distintas comunidades, y si se participa en proyectos europeos con financiación externa. En el año 96, modificamos la estructura de la Dirección General, de acuerdo con el Plan Estratégico. En este plan teníamos una misión —que más tarde fue transferida—: generamos una reestructuración hacia unas unidades que eran de servicios internos y otras de producción. Esto nos llevó a tener credibilidad en toda la Dirección General.

En inicio es un plan de formación interna de salud pública muy importante, con mucho dinero de la Dirección General. En el año 1997 empezamos a funcionar con procedimientos normalizados de trabajo, identificamos algunos procesos de la Dirección y creamos una intranet corporativa dentro de la Dirección General. En 1998 iniciamos un plan de intercambio de funcionarios, inspectores y veterinarios con otras comunidades autónomas para que vean cómo están funcionando los distintos sistemas y promovimos la acreditación de los laboratorios de salud pública. Conseguimos que el laboratorio de Lugo, un sitio pequeño, fuese el primer laboratorio agroalimentario público, acreditándose por la norma que antiguamente era la 45.001 y que en este momento está en la 17.025.

En 1998 se creó un grupo de trabajo con personas de la Dirección General al que se le encargó definir cuál eran los productos que teníamos y lo que era el cua-

dro de mandos. Éste no consiguió hacer las cosas pero sí concluyó que el plan estratégico no había sido interiorizado en toda la Dirección, ni a todos los niveles; sólo lo conocíamos en los niveles directivos, por lo que se necesitaba una nueva revisión de la situación de la Dirección General. El nuevo cambio llevó a elegir un modelo de gestión de calidad total —porque la cultura de momento lo permitía—. Estudiados los modelos que hay, fuimos al de la EFQM con un nuevo criterio en el que hay una autoevaluación, en el que el colaborador se chequea con respecto a los criterios de gestión con calidad. A partir de ahí, los equipos directivos también entran en el modelo de acreditaciones, implicados en un proceso de autoevaluación.

A nivel de metodología, desarrollamos dos jornadas de trabajo en las que participaba un equipo directivo, es decir, la Directora, los subdirectores y los jefes de servicio, más un consultor externo. El consultor externo —que es un tema que siempre se comenta— es un factor importante a conseguir, ya que hace un poco de abogado del diablo cuando somos muy autocomplacientes.

Sistemas a utilizar para autoevaluación hay varios; utilizamos el de formulario, es decir, cada uno de los criterios identifica cuáles son los puntos fuertes y las áreas de mejora; se trabajó en equipo, se discutió, hubo consenso y salió la identificación de puntos que había que mejorar. Hicimos la asignación de puntos, que es un tema controvertido en el modelo EFQM. Dicho modelo no está para asignar puntos y la autoevaluación está para identificar las tareas de mejora. Resultó un aliciente aplicarse la puntuación para, más que nada, compararse con otras organizaciones, y, con dos jornadas más se identificaron las tareas de mejora y se plantearon las acciones de mejora.

Poníamos los puntos fuertes en las áreas de mejora y las evidencias que nosotros podíamos aportar localizar dónde estaban. El resultado fue que identificamos 113 puntos fuertes, que son los distintos criterios del EFQM y 69 áreas de mejora. Como siempre en las administraciones públicas, nos falla el tema de los trabajadores porque no teníamos ningún aval objetivo de cómo pensaban los trabajadores.

4. Acciones y enfoques iniciados

A partir de ahí, lo que hicimos fue generar 44 acciones de mejora, que las concretamos en un plan de mejoras en estrategia. Teníamos que volver a definir la misión, la visión y agilización, las mejoras sobre las personas, teníamos que hacer encuestas de clima laboral, mejorar la comunicación interna. Mejoras sobre los clientes, identificarlos, definir la cartera de servicios y mejoras en procesos, análisis, cen-

tralización, normalización. Por último, en el campo de la información teníamos que asegurarnos, ya que en salud pública se manejan muchos registros.

A nivel de políticas y estrategias, los enfoques que hemos realizado a través del tiempo se resumen en un plan de gestión escrito, presentado y asumido por la organización. Hemos generado un modelo de salud pública en la que hemos definido la misión, la visión, los valores y la estrategia, por lo cual en fase de asumido por toda la Dirección General.

Tenemos un modelo de gestión por procesos en el que hemos definido quiénes son los clientes, las partes interesadas, qué herramientas estamos utilizando y tenemos los servicios definidos, es decir, qué ofertamos en cada uno de los servicios de salud pública, independientemente del proveedor, pues hay muchos servicios de salud pública, oferta primaria, oferta especializada, etc. Definimos una estructura organizativa basada en gestión y un sistema de priorización. En este momento sabemos cuáles son los programas más importantes según criterios de riesgo, impacto de salud, equidad, impacto interno, impacto externo para cada uno de los programas de salud pública.

A nivel de gestión de recursos y personas tenemos un plan de formación interna de calidad: inglés, informática, gestión y epidemiología. Hemos hecho dos encuestas de clima laboral; implantado un sistema de quejas y sugerencias, un sistema de reconocimientos y recompensas, todo ello por escrito darlo a conocer. Contamos también con un sistema de comunicación interna con secciones y asambleas.

Dentro de las metas a corto plazo está el mejorar la evaluación; un cuadro de mandos integral que ayude a la gestión; un modelo de competencias para decidir las competencias de los técnicos de salud pública; un sistema de aseguramiento de información; y hacer una nueva autoevaluación. Además hemos probado una herramienta de gestión de calidad como perfil, y no nos ha funcionado, por lo que estamos adaptándola y desarrollando otro modelo de calidad.

A nivel de participación, tenemos 8 grupos de mejora y ésta es la participación de los distritos y sectores. El presupuesto ha ido aumentando los últimos años, por la gran inversión hecha a nivel de formación interna.

5. Resultados

A nivel de resultados de la organización, una empresa privada tiene claro que si aplica los sistemas puede medir en rentabilidad y supervivencia. El problema de

las organizaciones públicas sanitarias es que la salud todavía no la medimos bien, todavía no hay un consenso de salud y en general la supervivencia durante unos cuantos años la tenemos asegurada. Sólo podemos utilizar indicadores indirectos y éste es nuestro mayor problema a la hora de explicar por qué es bueno aplicar EFQM. Sólo llegamos a resultados indirectos como son el hecho de negociar con organizaciones grandes, el reconocimiento, la pertenencia a redes internacionales o que nos vengan los inspectores europeos y nos den su visto bueno.

A nivel de rendimiento de la Xunta, la unidad va mejorando los últimos años, aunque esto de los resultados directos siempre es difícil. Si baja la tuberculosis, por lo menos que todas las enfermedades restantes bajen también. Pero ¿cuánto tienen que bajar? Si bajan mucho o si bajan poco, habrá que comparar porque todavía no hay datos.

6. Conclusiones

El perfil de resultados es satisfactorio. La elevada puntuación que obtuvimos, 480 puntos, no es realmente lo que ocurriría con la auditoría externa. El modelo utilizado se adapta bien aunque hay dificultades de indicadores de resultados, eso es lo más difícil que nos estamos encontrando dentro del ámbito de la salud pública.

La importancia de los líderes es básica, es decir, si los líderes no están implicados esto no funciona.

La falta de documentación de evidencia, acostumbramos a no tener las evidencias por escrito, constituye otro problema más. El concepto de cliente o usuario en la Administración Pública se tardará bastante en asumir, tanto como esclarecer la confusión que hay entre calidad técnica y calidad total o calidad de gestión.

El compromiso con los trabajadores que es básico y que, sin embargo puede dar lugar a exigencias. Lo cual es positivo pero a veces no se pueden dar las respuestas oportunas. Hay una cultura negativa en la Administración de que esto es una absoluta pérdida de tiempo y es con la que más tenemos que luchar.

La movilidad del funcionario es un obstáculo porque a lo mejor conseguimos un cambio cultural y de repente, con un concurso masivo, se nos va la mitad de la gente y se nos viene otra gente, con lo cual tenemos un problema añadido.

La adopción de un modelo EFQM necesita una organización algo madura. Se pueden hacer pequeñas actuaciones iniciales antes plantear su total implantación.

ACREDITACIÓN EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA

PONENCIA ESCRITA

Antonio Torres Olivera

*Director General de Organización de Procesos y Formación.
Consejería de Salud. Junta de Andalucía*

La acreditación se está convirtiendo en los últimos años en un elemento estratégico de primer orden a través del cual se intentan vehicular las políticas de calidad que las distintas organizaciones pretenden desarrollar.

¿Qué es la acreditación? El término acreditación viene definido, si nos vamos al Diccionario de la Real Academia Española como el hecho de “hacer digna de crédito alguna cosa, probar su certeza o realidad” o “dar seguridad de que alguna persona o cosa es lo que parece o representa”.

Es claro que para acreditar algo es necesario tener previamente definido qué es lo que queremos acreditar, es decir, cómo entendemos la calidad, cuál es el marco estratégico de calidad que queremos impulsar. En este sentido la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía hace una apuesta clara por la calidad de la atención sanitaria, entendiendo ésta como un concepto integral donde intervienen múltiples dimensiones siendo las necesidades, demandas, expectativas y satisfacción de los ciudadanos los elementos centrales que definen el enfoque de calidad que se persigue. Por lo tanto, vamos hacia un enfoque de calidad total o, lo que es lo mismo, centrado en el ciudadano como eje central del sistema y como receptor final de los beneficios que genere el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

El Plan de Calidad, definido recientemente por la Consejería de Salud, identifica la Gestión de los Procesos (GP) como un instrumento de desarrollo de la política de calidad. En este sentido, el Proceso Asistencial se convierte en el elemento nuclear sobre el que se van a plantear los cambios en los diferentes proveedores sanitarios. Abordar el análisis de los procesos desde la perspectiva de la calidad integral significa hacerlo desde múltiples dimensiones, como la evidencia científica sobre

las que se basan las decisiones clínicas asociadas, la satisfacción que producen en los usuarios, la capacidad de gestión en términos de costes, accesibilidad, elementos de soporte, etc. Si además añadimos la visión de continuidad asistencial, nos obliga a que estos análisis cuenten con la implicación de diferentes profesionales desarrollando líneas de trabajo que permitan este enfoque de Gestión de Procesos Asistenciales Integrales (GPI).

Desde esta perspectiva abordamos la acreditación para los servicios sanitarios de Andalucía desde la idea de buscar un instrumento que sea impulsor de la estrategia y desde luego adaptado al concepto de calidad por el que hemos optado. Este primer planteamiento nos posiciona de una determinada manera ante la acreditación; no puede considerarse como un proceso de carácter voluntario, dado que desde el momento que el Sistema Sanitario Público de Andalucía define lo que considera servicios de calidad, está obligándose a garantizarla y por lo tanto a que sus organizaciones la acrediten.

Por otro lado la acreditación de servicios sanitarios no puede ser un elemento excluyente sino una secuencia lógica de acontecimientos enfocados a la mejora continua. Tampoco puede asimilarse a una definición rígida y programada de desarrollo profesional ni a la definición de estructuras orgánicas, sino más relacionado con una posición continuada de mejora de conocimientos y actitudes. Por lo tanto la acreditación no debe ser considerada como el final de un camino, sino como la oportunidad de establecer nuevas alternativas para mejorar la calidad de las prestaciones sanitarias. Es, pues, un proceso dinámico de múltiples funcionalidades, pero también un compromiso claro de las organizaciones por garantizar un nivel de calidad previamente definido para sus servicios.

Cuando nos planteamos cuál es el nivel de influencia o el papel que debe cumplir un sistema acreditador, debemos tener en cuenta el contexto político, social y económico en el que se encuentra inmerso el sistema o las organizaciones sanitarias que pretenden acreditarse. En este sentido, es preciso reconsiderar cuál es la responsabilidad de los poderes públicos en cuanto a garantizar la calidad de sus servicios y, por lo tanto, su obligación en definirla. El sistema acreditativo en un entorno de carácter público debe asumir esa responsabilidad de garantizar la calidad de los servicios que se prestan.

Por otro lado, el contexto social y las prioridades que desde la Consejería de Salud se marcan, obligan a buscar una respuesta diferenciada al papel cada día más protagonista del ciudadano, creando cauces de participación reales de éste en los procesos de decisión del sistema sanitario y aportando elementos de transparencia

que permitan la obtención de una información más fiable por parte de los ciudadanos. Este planteamiento queremos que quede claramente reflejado en el modelo de acreditación incorporando dimensiones de calidad percibida, pero también incorporando criterios orientados a resultados.

Sin duda, al apostar por una estrategia de gestión por procesos integrales hemos de incorporar en el modelo de acreditación elementos que garanticen la continuidad asistencial, siendo ésta una dimensión, sin la cual es difícil hablar de calidad en la prestación de los servicios.

En este contexto nos planteamos un Programa de Acreditación para el Sistema Sanitario Público de Andalucía que tiene como misión *garantizar y mejorar la calidad asistencial en el Sistema Sanitario Público Andaluz, mediante un proceso de evaluación externa de los centros o servicios sanitarios, que permita verificar el nivel de calidad que ofrecen a los usuarios, identificando al mismo tiempo oportunidades de mejora que faciliten su mejora continua.*

Este programa de acreditación debe aportar valor añadido al financiador, al proveedor y al usuario, en forma de:

- Facilitar la toma de decisiones.
- Introducir en la cultura de los centros asistenciales la necesidad de incorporar mecanismos de acreditación de los procesos, centros y servicios y de los equipamientos y estructuras como elemento dinamizador y motivador de las organizaciones sanitarias.
- Garantizar un nivel óptimo de calidad.
- Impulsar el desarrollo de estructuras estables de calidad en todas las organizaciones de provisión de servicios, que sirvan de soporte a las actividades de mejora continua y a la consolidación de una cultura de calidad en los centros asistenciales.
- Disminuir la variabilidad en la práctica, fomentando la uniformidad en la asistencia.
- Alcanzar un continuo de la asistencia, a través del desarrollo de los procesos asistenciales integrales.
- Promover la coordinación entre niveles.
- Enfocar la calidad integral o, lo que es lo mismo, un enfoque al ciudadano como eje central del sistema y como receptor final de los beneficios que genere el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

- Mejorar la satisfacción de todos los implicados.
- Permitir la comparación de resultados.
- Servir de herramienta para la gestión del centro, servicio o proceso.

La acreditación ha de ser de aplicación en las organizaciones de salud entendiéndolas en su más amplio sentido, por lo que el alcance abarca no sólo a las estructuras (centros, departamentos o servicios) y equipamientos, sino también a las competencias profesionales y actividades de los propios procesos asistenciales. De esta forma la acreditación permite introducir en los contratos-programa, conciertos y convenios de la Consejería de Salud con los diferentes proveedores públicos y/o privados, criterios de calidad para los procesos asistenciales desde una visión multidimensional que contemple elementos de continuidad de la atención, satisfacción del ciudadano, eficiencia y evidencia científica de las decisiones clínicas.

La naturaleza del programa de acreditación tiene unas características que definen perfectamente su contenido y que son las siguientes:

- La participación en el programa de acreditación del Sistema Sanitario Público de Andalucía tiene carácter obligatorio para todas las organizaciones que pertenezcan al mismo o mantengan conciertos asistenciales.
- La existencia de un conjunto de estándares o modelo frente al cual la organización participante es evaluada en términos de conformidad o no con respecto a los mismos.
- El análisis del grado de conformidad frente a los estándares debe ser realizado por evaluadores independientes de la organización examinada; es decir, la evaluación se lleva a cabo por una agencia externa de carácter independiente.
- Los resultados de la acreditación deben plasmarse de manera formal en un documento que, con respecto a una escala gradual, determina si la organización supera o no las exigencias establecidas para lograr un dictamen positivo de acreditación.

Este modelo debe evaluar los procesos asistenciales como estructura horizontal y estará basado en unos estándares que agrupados por actividades básicas permitan analizar el nivel de calidad de todo "el proceso en continuo", obviando en lo posible la evaluación vertical (es decir, como centro aislado). Esta evaluación permitiría acreditar "redes o áreas sanitarias" (definidas como el conjunto de elementos o estructuras sanitarias, referenciadas entre sí, que proveen de servicios a un mismo proceso asistencial) acorde al nivel de cumplimiento de los estándares y según

los diferentes procesos asistenciales sobre los que tuvieran responsabilidad directa o indirecta (es decir, capacidad de resolución propia o implicación en la orientación y transferencia a otra red adecuada).

Permite la compatibilidad, previa validación de los estándares coexistentes en ambos modelos, con las acreditaciones o certificaciones de las diferentes agencias externas que pudieran haber alcanzado o alcanzar las estructuras verticales (centros sanitarios) que inciden en los procesos.

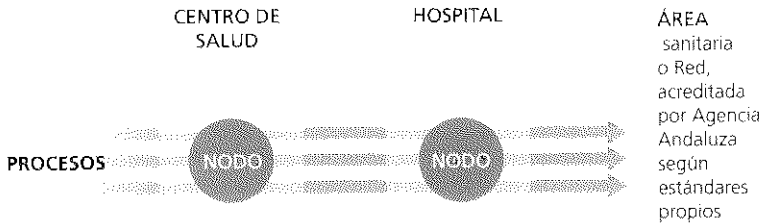


Figura 1. Procesos asistenciales como estructura horizontal

Se definen, en conjunto, diez actividades básicas a evaluar en el programa de acreditación.

1. Recursos materiales: estructura, equipamiento, proveedores.
2. Profesionales: desarrollo profesional y formación.
3. Usuarios: derechos, satisfacción, implicación del usuario.
4. Sistemas de información: documentación clínica y tecnología de la información.
5. Liderazgo y dirección: coordinación.
6. Accesibilidad y continuidad de la asistencia.
7. Sistemas de calidad.
8. Resultados clave de la organización.
9. Promoción y programas de salud.
10. Gestión de procesos.

El programa de acreditación debe ser desarrollado por una agencia de acreditación de Andalucía, de carácter público, independiente de los diferentes proveedores de servicios, integrada por profesionales de reconocido prestigio y con amplia experiencia profesional.

Sus objetivos fundamentales son:

- Evaluar las organizaciones en base al programa de acreditación.
- Emitir recomendaciones basadas en estas evaluaciones.

Los estándares que se definan para cada una de las actividades básicas deben ser de aplicación, como último escalón en la red o área sanitaria. No obstante, y para facilitar su cumplimiento, el nivel de exigencia debe ser progresivo, incorporando paulatinamente el servicio, departamento, centro, área o red.

Así mismo, ha de existir un conjunto mínimo de estándares de obligado cumplimiento, identificando, con el resto no obligatorio, márgenes de mejora para las organizaciones.

Desde esta perspectiva la Consejería de Salud se posiciona como un referente estratégico, impulsora de las políticas de calidad. Responsable de garantizar y, por lo tanto, de acreditar la calidad de los servicios sanitarios que prestan sus organizaciones.

PROGRAMA DE MEJORA ORGANIZACIONAL CONDUCTENTE A LA OBTENCIÓN DE LA ACREDITACIÓN, CERTIFICACIÓN ISO E IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE EXCELENCIA DE NEGOCIO

PONENCIA ESCRITA

David Freyre Sanders

Director Asociado para Europa del Servicio de Calidad en Salud del King's Fund. Portugal

1. El Servicio de Calidad en Salud del King's Fund

The King's Fund fue fundado en 1897 por Su Alteza Real el Príncipe de Gales, que más tarde fue el rey Eduardo VII. Desde los primeros días la presidencia ha estado a cargo del Príncipe de Gales o el soberano reinante.

The King's Fund fue establecido como una fundación para apoyar a pacientes pobres de Londres; durante el último siglo evolucionó hacia una organización dedicada a promover la buena práctica médica y la buena gestión en la prestación de atención sanitaria en Londres. The King's Fund se compone actualmente de cinco directorios:

- Prestación de garantías
- Centro de gestión
- The King's Fund College
- The King's Fund Institute
- The King's Fund Health Quality Services (HQS)

The King's Fund, con su presidencia emanada de la Casa Real, es ampliamente reconocido como un foro independiente para el debate y la creatividad conducente a la buena gestión y la buena práctica en la prestación de la atención sanitaria. The King's Fund ha elaborado numerosas publicaciones y en su sede en el centro de Londres en Cavendish Square, posee una de las más completas bibliotecas acerca de esta área del saber que es consultada por investigadores de todo el mundo. The King's Fund da la bienvenida a todos los visitantes e investigadores que quieran usar sus instalaciones, abre durante toda la semana y los sábados por la mañana.

En el patronato del King's Fund hay varios presidentes de los Reales Colegios Profesionales, e.g. médicos, enfermeras, etc., quienes, bajo la presidencia del Príncipe de Gales, tutelan el desempeño organizacional diario del Consejero Delegado.

Desde el primer día, la carta fundacional del King's Fund iba dirigida a los pacientes de Londres. El programa de mejora de la calidad ha tenido un gran impacto a lo largo de todo el Reino Unido, lo cual es positivo; pero, por otra parte, no ha sido fiel a la misión original del King's Fund: asistir a los pacientes londinenses. Fue necesario encontrar una forma por la que el Programa de Calidad pudiera continuar expandiéndose a todo lo largo del Reino Unido y ultramar. El Health Quality Service fue creado como fundación independiente asociada al King's Fund, con una carta fundacional que permite trabajar fuera de Londres, a lo largo del Reino Unido y en el ámbito mundial.

El King's Fund y el HQS son fundaciones, es decir, organizaciones sin ánimo de lucro.

Los ingresos provienen de la inversión del fondo original establecido por Eduardo VII, añadiéndose fondos adicionales a partir de otros legados y por los honorarios que se cobran a otras instituciones y organizaciones, siempre sobre la base de sin ánimo de lucro.

2. Situación del proyecto en el Reino Unido

En el Reino Unido hay actualmente alrededor de 100 hospitales acreditados y otros 400 trabajando en el proceso.

3. Los orígenes de la serie ISO 9000, el modelo EFQM y el Programa de Mejora Continua Kings's Fund-HQS

Al establecer el escenario respecto a las normas HQS con relación a ISO y EFQM, necesitamos echar la vista atrás hacia los orígenes de estos dos programas.

Serie ISO 9000

La primera versión de la serie ISO 9000, a finales de los 70 y principios de los 80, reproducía palabra por palabra la norma británica del Reino Unido BS5750.

Por el contrario, esta norma británica fue virtualmente una transcripción de las series de normas de Defensa 0521, 24 y 29. Las guías para las normas 9001, 2 y 3 fueron ellas mismas una transcripción virtual de las normas guía de la Defensa 0522, 24 y 30.

Tras la segunda guerra mundial, al renacer el Reino Unido de sus cenizas, los contratos militares cumplieron una importante función en la economía del país, convirtiéndose las normas de defensa en buenas prácticas, ampliamente aceptadas por los sistemas de calidad durante un par de décadas. En los setenta, la Sra. Thatcher decidió que era preciso establecer una norma de sistemas de calidad para la industria. Más que reinventar la rueda, las normas británicas emergieron con la serie BSI 5750, que era prácticamente una copia de la serie de normas DEF 0521.

En el ámbito internacional, los circuitos ISO y CEN reconocieron que existía un gran vacío respecto a unas Normas Internacionales de Sistemas de Calidad. Como en muchos otros casos anteriormente, la norma del Reino Unido fue tomada como base de la serie de normas ISO 9000.

No hay duda de que la ISO ha prestado un buen servicio a la industria; sin embargo está ampliamente aceptado que no todo vale para todo el género humano y en muchas áreas de actividad han surgido guías sectoriales: *software*, industria del automóvil, energía nuclear, directiva sobre dispositivos médicos (donde EN4600 nació como una guía para fabricantes de equipos médicos para obtener la serie ISO 9000).

La serie ISO 9000 es una norma de un extraordinario alto nivel, pero cuando se aplica "a pelo" a un entorno hospitalario, la forma y las frases en que está estructurada no es la más accesible al usuario que trabaja en un entorno hospitalario como médicos, enfermeras, técnicos, administradores, etc.

EFQM

Esta fue una iniciativa europea basada en las experiencias de los galardones Deming en Japón y el Baldrige en los Estados Unidos. EFQM fue fundado por catorce empresas que ya tenían sistemas de calidad de ámbito global, como Xerox, British Telecom, Olivetti, etc., que pensaron que se precisaba una herramienta para guiarles en el camino de la mejora continua. Los fundadores del EFQM pensaron que la serie ISO 9000, tomada como norma, no podía encaminar a sus respectivas organizaciones hacia la excelencia. Es de destacar que alrededor de 1994 la serie ISO 9000 no mencionaba las palabras "Mejora de la Calidad" o "Clientes".

El modelo EFQM nació de compañías con calidad global que pensaron que esos sistemas de calidad necesitaban ser ampliados hasta un modelo que vincularía todos los aspectos de su negocio con los resultados y la satisfacción del cliente.

Tomando los contenidos de las normas del King's Fund tal y como están establecidos, también encajan cómodamente en el Modelo de Excelencia en el Negocio.

La semejanza de la aproximación del proceso del HQS respecto a EFQM es una consecuencia directa de una aproximación común, es decir, autoevaluación y mejora de la calidad.

Hace un par de años se llevó a cabo una comparación de la norma HQS y el modelo EFQM por el profesor John Oakland, que estuvo implicado en los inicios del EFQM en Roma, y también ha sido asesor del Gobierno Británico acerca de cuestiones de calidad durante las últimas décadas y además ha sido director del Centro de Investigación EFQM en el Reino Unido.

El profesor Oakland realizó el análisis entre el modelo EFQM y la norma HWS. Fue interesante el hallazgo de que había un alto nivel de compatibilidad.

Servicio de Calidad en Salud del King's Fund

Esta norma apareció en los años 80 con objeto de responder a las necesidades de una variedad de hospitales del Reino Unido para llevar a cabo programas de mejora continua de calidad.

A finales de los 70 tenían lugar muchas iniciativas de calidad en el Reino Unido de forma aislada. Se pensó que debería haber un programa global aplicable a todo lo largo del Servicio Nacional de Salud y el sector privado.

El King's Fund, con su amplia experiencia en la gestión sanitaria y su naturaleza independiente, fue considerado como un foro adecuado para desarrollar este Programa Organizacional de Mejora de la Calidad.

Actuando como aglutinante de esta tarea junto a muchos organismos sanitarios, incluyendo varios colegios profesionales, se empezó a desarrollar la norma. (Las siete páginas de agradecimientos al principio de las normas muestran lo amplia que ha sido la participación en la elaboración de estas normas).

Una revisión de las normas muestra lo específicas que son estas normas respecto al entorno hospitalario. Las normas son comparables a las series de listas de

comprobación de Buena Práctica Hospitalaria en organizaciones que prestan atención sanitaria.

La norma se divide en cuatro áreas: Gestión Corporativa, Gestión por Servicio/Departamento, Recorrido y Derechos del Paciente y normas específicas de servicios.

La primera utilización de estas normas fue para la autoauditoría organizacional, llevada a cabo internamente por el hospital; los hospitales llevaron a cabo un diagnóstico de cómo las prácticas se superponen a las definidas en la norma.

Sobre la base de los hallazgos de la auditoría organizacional, los hospitales establecerían los planes de trabajo encaminados hacia el cumplimiento de los requerimientos de la norma. El programa fue lanzado en el Reino Unido como una herramienta de autoevaluación para ayudar a la mejora de la calidad en las organizaciones, basándose en las normas establecidas por entidades sanitarias altamente reconocidas.

4. El nacimiento de un programa de acreditación en el Reino Unido

Como consecuencia de la reestructuración del Servicio Nacional de Salud, el establecimiento de fundaciones y la competencia interna en el mercado iniciada en la era Thatcher, los hospitales que se han embarcado en la Auditoría Organizacional de Programas de Mejora indicaron al King's Fund que sería adecuado obtener algún tipo de reconocimiento del Proceso de Mejora Continua. Esto tuvo como consecuencia un programa de validación y escrutinio, es decir, acreditación.

El proceso de validación que lleva a la acreditación por el King's Fund-HQS se lleva a cabo por parte de altos directivos, jefes de sección y servicio y supervisoras que han sido formados para obtener el know-how acerca de la norma asistiendo a un programa de formación para revisión y selección. En realidad, esto significa que cuando un hospital es revisado para obtener la acreditación, lo será por escrutadores sanitarios profesionales y no por auditores a tiempo completo. Un alto directivo de un hospital que está siendo revisado tiene como interlocutor a otro alto directivo; los jefes de sección y servicio lo son por sus iguales y así sucesivamente. De esta forma, el proceso de revisión será algo de una comprensión extremadamente buena que dará lugar a un debate constructivo entre ambas partes.

El corazón del programa es la mejora continua. La norma más reciente se divide en criterios "A" y "B" (anteriormente "A", "B" y "C"). Los criterios "A"

son los requerimientos legales y esenciales de seguridad; los "B" buena práctica/práctica excelente. La idea de tener una norma con criterios de varios niveles permite a la organización empezar a un nivel y posteriormente moverse hacia uno superior.

Algunos de los "A" actuales eran "B" hace 10 años. El programa por sí mismo acompaña a la evolución de la norma de buena práctica en el sector.

Así pues, de esta forma empezó el Programa de Mejora Continua de King's Fund como un programa de acreditación hospitalaria en el Reino Unido para hospitales del Servicio Nacional de Salud y privados.

5. Proceso de Certificación ISO 9002 de alcance hospitalario

La vida no es algo estático y, principalmente desde el sector privado, llegaron solicitudes al King's Fund acerca de la certificación ISO. Una revisión de la norma HQS reveló que cubría más aspectos de los incluidos en la ISO 9002. Como consecuencia de la presión de los usuarios, el King's Fund hizo un acercamiento hacia los Servicios de Acreditación del Reino Unido, UKAS, la organización que emite los certificados ISO 9000. Tuvieron lugar una serie de debates que resultaron en la acreditación del UKAS al HQS como un organismo apto para emitir certificados ISO 9000. Siendo el King's Fund-HQS el primer Programa de Acreditación Hospitalaria, con categoría de programa de certificación para el hospital en su globalidad (no confundir con certificaciones departamentales ej. para diagnóstico por la imagen, bancos de sangre, esterilización, etc.). Las cláusulas de la acreditación del UKAS hacia el King's Fund-HQS expresan que HQS puede certificar globalmente un hospital respecto a la ISO 9002. Se trata de la primera organización acreditada que consigue este status y que hasta la fecha es única en el mundo.

En las normas HQS observamos criterios marcados como ISO, son los criterios que deben cumplirse por el hospital a fin de obtener la certificación además de la acreditación.

Durante el proceso de certificación, HQS nunca utilizará el documento ISO 9002 en sí. Se ha firmado un convenio con el UKAS que reconoce que los criterios HWS cubren los requerimientos ISO. Este es el único que permite que médicos y enfermeras de los servicios sanitarios trabajen hacia la consecución del ISO mediante un documento que contenga requerimientos fácilmente reconocibles, inteligibles y sencillos de utilizar en su entorno laboral.

6. Qué quiere decir este nombre

Las mejoras en la buena práctica se basan en criterios definidos específicos acerca de la prestación de atención sanitaria en hospitales. Cómo los queremos organizar o denominar resulta irrelevante para el paciente; lo importante que, por ejemplo, el paciente haya sido informado de su derecho a obtener una segunda opinión, de que ha sido correctamente informado acerca de su estado y del tratamiento necesario previamente a dar el consentimiento informado; de que los planes de enfermería son claros, están fechados y están firmados por quien los preparó, que las historias clínicas son claras y están escritas con precisión por los médicos, que el control de infecciones hospitalarias incluye todos los aspectos, desde los objetos punzantes hasta la producción de comida, y así sucesivamente. Todas estas son buenas prácticas esenciales, que cualquiera que sea la etiqueta que le pongamos, deben llevarse a cabo continuamente. La norma King's Fund-HQS tiene más de 3.000 criterios desarrollados para ser llevados a cabo como un Programa de Mejora Continua.

7. Proceso de Acreditación-Certificación

El proceso de acreditación y subsiguiente certificación ISO, en caso de que el hospital lo desee, son semejantes.

Se inicia cuando el hospital se interesa en comenzar el Programa de Mejora Continua, se pone en contacto con King's Fund-HQS y rellena un cuestionario para establecer su perfil.

Basándose en ese cuestionario, el King's Fund-HQS prepara una propuesta que será la base del contrato de trabajo. Una vez que lo acepta el hospital, se firma el contrato y se inicia el trabajo.

Un paso inicial esencial en el programa, a definir por el hospital, es el nombramiento del responsable del proyecto y el equipo de proyecto.

El King's Fund-HQS dispone de un amplio abanico de material de apoyo para el responsable de proyecto, desde distribución de impresos acerca de las normas, revisión de documentación, listas de comprobación, etc., que, junto con la norma, se entregan al responsable hospitalario del programa al inicio del mismo.

El responsable del programa y el equipo recibirán formación intensiva por parte del King's Fund-HQS. Tras la formación, se inicia la evaluación de punto de partida, un diagnóstico en profundidad acerca de cómo cumple el hospital los criterios

“A” de la norma. Durante este proceso el hospital recibe apoyo por parte de HQS. La primera fase del proyecto dura de 3 a 6 meses. El resultado de esta evaluación de punto de partida es la base del Programa de Acción para la Mejora Continua.

Asistido por HQS, el Plan de Acción se conduce como un proyecto por parte del responsable y el equipo de proyecto. Esto implicará acciones a lo largo de todos los servicios, implicando en el proyecto al mayor número posible de equipos hospitalarios para garantizar una implicación global.

Durante la puesta en práctica del Programa de Mejora Continua, el hospital recibirá formación por parte de HQS. Esta parte del proceso normalmente lleva entre 9 meses y un año, al final del cual, un responsable de clientes de HQS llevará a cabo una revisión de la documentación. Esto es, un análisis en profundidad de los documentos que muestran que el hospital tiene, por ejemplo, políticas, procedimientos y protocolos, etc.

Entre dos y seis semanas más tarde tendrá lugar la evaluación de validación (sólo para criterios A). El equipo es coordinado por un miembro de HQS; los revisores, tal como se mencionó anteriormente, son de rango equivalente. Siempre hay un alto directivo, jefes de sección y servicio, supervisoras. Para la revisión normalmente se emplean 5 días y el número de revisores variará entre 3 y 8, dependiendo del tamaño del hospital.

Tras la revisión se prepara un informe completo que se presenta al hospital para comentarlo y consensuarlo. Este informe es la base de lo que se remitirá al Comité de Acreditación del King's Fund-HQS, que lo revisará y considerará si el hospital está en condiciones de obtener la acreditación o no.

El proceso para la certificación ISO es semejante. Es interesante poner de manifiesto que también se lleva a cabo por iguales; durante el escrutinio ISO, los revisores deberán garantizar que los criterios marcados como ISO se han cumplido.

Si a partir del informe de revisión se constata que hay áreas que precisan reforzarse, HQS le otorga al Hospital un periodo de entre 1 y 3 meses para llevar a cabo tareas posteriores. La evidencia de estas tareas se unirá al informe de revisión original y estos dos documentos conjuntamente formarán la base de la documentación a revisar por el Comité de Acreditación.

Una vez obtenida la acreditación, se insta al hospital a que ceda personas para el pool de revisores y será visitado anualmente por un miembro de HQS incluyendo una revisión en profundidad cada 3 años.

Se espera de un hospital acreditado que lleve a cabo programas de mejora continua, poniendo los criterios "B" tras recibir la acreditación. Es importante poner de manifiesto que el programa se fija cuidadosamente en el Programa de Mejora Continua del hospital. No es un proceso estático que se acaba con la recepción del certificado de acreditación.

8. Programa Nacional de Acreditación Hospitalaria en Portugal

Tras una larga y dura búsqueda por parte del ministerio portugués, en 1998 se iniciaron los debates con el King's Fund acerca de la posibilidad de utilizar la metodología HQS para Portugal.

El 17 de marzo de 1999, en presencia del Ministro de Sanidad, se firmó un protocolo entre el ministerio portugués y HQS. Entre marzo y septiembre de 1999 se identificaron 7 hospitales en Portugal como parte de un proyecto piloto y el 29 de septiembre de 1999 HQS firmó un acuerdo formal con IQS (la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad) y un grupo de 7 hospitales, Piloto Uno.

El Ministerio, a través de su agencia, IQS, eligió utilizar la metodología de King's Fund-HQS como base para el Programa Nacional de Acreditación Hospitalaria en Portugal. Las razones aducidas por el Ministerio fueron:

- a) Un buen programa de mejora continua.
- b) Compatibilidad total con EFQM.
- c) Compatibilidad total con ISO 9000.
- d) Aunque es muy específico para la prestación de atención sanitaria, no prescribe y puede transponerse fácilmente a la situación portuguesa.
- e) Es un buen instrumento de desarrollo organizacional.
- f) La tendencia portuguesa hacia el modelo de fundaciones tiene muchos paralelismos con las fundaciones del Servicio Nacional de Salud Británico.

IQS adquirió los derechos de utilizar las normas en Portugal e inicialmente, antes de reinventar la rueda, decidió externalizar el programa de acreditación a través de King's Fund-HQS, teniendo como consecuencia que durante 5 años HQS acreditará hospitales en Portugal (a una tasa de alrededor de 5 al año).

Ha habido un programa para trasponer las normas al entorno portugués. Deben considerarse tres áreas principales. Uno, las cualificaciones de los profesionales; médicos, enfermeras y técnicos; donde la norma mencione cualificaciones británicas ha sido necesario ver qué implican esas cualificaciones en el Reino Unido y trasponerlas a sus equivalentes portugueses.

Segundo, se han revisado las leyes británicas respecto a: derechos de los pacientes, salud y seguridad, control de infecciones, etc. La norma generalmente tiene varios criterios pero la referencia a leyes y regulaciones aparece en la parte de orientación; ha sido bastante sencillo cambiar la orientación para reflejar las leyes portuguesas.

Tercero, la cultura. La nitidez con la que se ha traspuesto la norma del contexto británico al portugués ha sido notable. Echando una mirada a la orientación se ve que la respectiva ley portuguesa, práctica, etc., ha sido incorporada sin mucho esfuerzo.

Otro aspecto de esta transposición es que algunos de los criterios "A" forman parte de la legislación británica, lo que no ocurre en Portugal, por lo que en algunos casos han sido convertidos en criterios "B".

El grupo de hospitales portugueses conocidos como Piloto Uno trabajando en el proceso son: Matosinhos, Viseu, Portalegre, Amadora-Sintra, Santa Marta, García de Orta y Barlavento Algarvio.

Otros 9 hospitales se unieron al proceso en septiembre de 2000: Braga, IPO Porto, IPO Coimbra, Stº António, S. João, Anadia, Ovar, S. José, D. Estefânia.

Además de en Portugal, el programa también se ha utilizado en Finlandia y Suecia como base de modelo de acreditación, habiendo trabajos en curso en España, Italia y Dinamarca. El programa también se ha utilizado en hospitales militares de Alemania.

EL PAPEL DE LOS PROFESIONALES

GESTIÓN DE CALIDAD Y MOTIVACIÓN DE LOS PROFESIONALES

TRANSCRIPCIÓN DE INTERVENCIÓN

Jesús Huerta Almendro

Subdirector Económico-Administrativo del Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz

1. El ciudadano como centro del Sistema

La organización sanitaria de Andalucía tiene totalmente asumido que el centro del sistema es el ciudadano, que es nuestro cliente, es el eje de toda la organización. Me gustaría reflexionar sobre qué supone para las personas que trabajamos en organizaciones sanitarias, decir que el centro del sistema es el ciudadano.

Creo que para decir esto lo que tenemos que pensar es qué nos está demandando hoy por hoy el ciudadano. Y el ciudadano está pidiendo capacidad de elección; elegir qué servicio sanitario quiere, qué facultativo, a qué centro acudir; está haciendo una demanda de accesibilidad. El ciudadano no quiere esperar y quiere poder acceder con facilidad al servicio sanitario. Nos está planteando una exigencia de confortabilidad. Está viendo nuestro sistema desde su perspectiva, que es la que debemos asumir nosotros con una visión integral. Para el ciudadano no existe atención primaria, no existe atención especializada; sólo existe la necesidad de que en un momento dado le satisfagan una demanda asistencial, de un proceso sanitario y lo que quiere es acceder al servicio y salir de él con su problema resuelto.

2. Línea estratégica de calidad

Para ello el ciudadano quiere información; sin información no hay elección, sin información no hay una accesibilidad real, sin información no sabe a qué servicio tiene que acudir. Pues bien, cuando estamos diciendo que el ciudadano quiere todas estas cosas y que además queremos atenderlas, lo que al final estamos hablando es de satisfacción de las necesidades del usuario. Si tenemos en cuenta que esta satisfacción de expectativas y necesidades del usuario es la medida de la calidad.

Pero estamos hablando de calidad y estamos hablando de una serie de atenciones y de necesidades que hay que satisfacer y la primera pregunta es: quién tiene que prestar ese servicio que se ha sentido y percibido como un servicio de calidad por esos ciudadanos, nos topamos con las personas de la organización, que tienen que realizar ese servicio. Por tanto, la preocupación por los profesionales nos lleva a la necesidad de establecer una política de desarrollo de personas.

Las políticas de desarrollo de personas en las organizaciones y el modelo que se está adaptando y por el que va a apostar la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía es un modelo humanista, que es por el que está apostando toda organización que hoy quiere ser competitiva. Este modelo desarrolla inicialmente una doble orientación: una orientación al cliente, la estamos diciendo desde el principio y es el eje de cualquier jornada de calidad, hablar del usuario, hablar del ciudadano; pero en segundo lugar, una orientación al cliente interno, entendiendo por tal todos los profesionales del servicio. La doble orientación hace que lo que persigamos en última instancia es lograr que en nuestros profesionales se produzca un cambio de actitud hacia ese servicio al ciudadano, hacia esa excelencia que es la que nos obliga y nos compromete en nuestro servicio. Por lo tanto, queremos lograr que las personas que trabajan en las organizaciones, en el ámbito de estas políticas concretas de desarrollo de personas, realicen un camino, haya una evolución de actitudes desmotivadas, de actitudes faltas de compromiso, de ausencias de iniciativas hacia una conducta profesional, con comportamientos dinámicos, comprometidos, innovadores y motivados.

En definitiva, lo que persigue la política sanitaria hoy en día y la apuesta de la Consejería de Salud, es que se produzca una doble convergencia entre el desarrollo profesional de las personas en la organización pero también estando siempre atentos a la satisfacción de necesidades de los usuarios. Una doble coordinada que no debe cruzarse sino que debe converger en un punto único que es la calidad del servicio.

Siendo eso así, el actual plan de calidad de la Consejería de Salud fija con esta doble estrategia, una línea estratégica de calidad y en ella toda la estrategia pivota sobre la estructuración por procesos asistenciales desde una perspectiva de continuidad. El ciudadano no entiende de atención primaria, de atención especializada, de primer nivel, de segundo nivel, de tercer nivel; el ciudadano entiende que tiene una necesidad y de que quiere ser atendido de una manera continua, desde una perspectiva íntegra.

Pero, igualmente que existe una línea estratégica de calidad, el plan de calidad de la Consejería de Salud tiene una línea de desarrollo de profesionales donde se

apuesta por un modelo de gestión que está dando sus primeros pasos y que es el modelo de gestión por competencias. Este modelo de gestión tiene ya un desarrollo y un consagración en la Junta de Andalucía, a través de una de sus empresas públicas, de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES), donde se está llevando a la práctica con bastante éxito este modelo. Se está implantando también en el resto de empresas públicas, de hospitales se están dando en el presente año con los contratos programas del Servicio Andaluz de Salud, son los primeros pasos hacia el desarrollo de estas líneas estratégicas.

3. Modelo de Gestión por Competencias

¿A qué nos referimos cuando hablamos de un modelo de gestión por competencias? A las competencias, que no son otra cosa que un conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes, que un profesional tiene que tener necesariamente para poder actuar de forma excelente en su puesto de trabajo; y que esa excelencia lleve a la satisfacción del usuario.

Por lo tanto, modelo de gestión por competencias cuya principal innovación es que, en contraposición al modelo habitual de gestión del personal, donde se valoran principalmente la acreditación de conocimientos por parte de un profesional para acceder a un puesto, aquí se está valorando, junto a esos conocimientos, habilidades y actitudes. Y el catálogo, la lista, la expresión gráfica de estos conocimientos, habilidades y actitudes en un puesto de trabajo es lo que se viene en llamar mapa de competencias. El mapa de competencias es el átomo, la herramienta básica de un modelo de gestión por competencias, como vamos a ver a continuación.

Fijémonos pues en qué es un conocimiento, qué es una habilidad y qué es un actitud. No nos vamos a conformar con que los profesionales acrediten que saben cosas, que las conocen, sino queremos dar un paso más y queremos que acrediten que tienen la habilidades suficientes, es decir, que saben hacerlas. El ejemplo gráfico podría ser una persona puede saber perfectamente la teoría, cómo es la técnica de natación a brazas, cómo hay que hacer el precalentamiento. Sin embargo, puede no saber nadar. Queremos que la gente sepa nadar. Nosotros queremos que demuestren con habilidades que no sólo saben sino que saben hacer.

Pero, además de saber, de tener conocimientos profesionales y de saber hacerlos, las actitudes son la tercera pata de los mapas de competencias; lo que indica que queremos que los profesionales quieran hacerlo. Es decir, una persona puede saber hacer algo pero puede no querer hacerla —muy ligado a los temas de moti-

vación, en la línea de la gestión de personas, es decir, de humanizar el trabajo de nuestros profesionales.

Veamos pues cómo es un mapa de competencias. Los elementos básicos son, en primer lugar, una definición de la funciones del puesto de trabajo que nos ocupa y de la responsabilidad concreta del mismo, para después entrar en una relación de competencias necesarias para su desempeño. Pero con la novedad de que un mapa de competencias no es una cosa estática sino que está dotado de dinamismo y que lo que se pretende es que facilite un desarrollo profesional del trabajador. De manera que en los mapas de competencias, cuando se definen conocimientos, habilidades o actitudes, se periodifican en el tiempo las mismas en distintas fases que vienen a durar dos, tres años, de manera que no es lo mismo las competencias que le vamos a exigir a un profesional en el momento de incorporarse a su puesto de trabajo, en la fase de acceso o de selección que, cuando pasados dos o tres años, entra en una fase que podemos llamar de madurez, una fase de experto o que cuando pasan seis o siete años podemos entender que está en el máximo desarrollo de ese puesto, que está en una fase de excelencia.

Por eso, el mapa va a periodificando en el tiempo las competencias necesarias y se habla de competencias imprescindibles o deseables en cada fase, entendiendo que todo el catálogo de competencias son competencias necesarias para el puesto, pero que a veces sólo son deseables en algunas de las primeras fases, siendo todas imprescindibles en la fase final.

Existen tres fases en el mapa: la fase de acceso, la fase de experto y la fase de excelente. Incluso para favorecer, lo que más adelante explicaremos, que son los planes de formación individual de cada trabajador que es una de las derivaciones posibles de los mapas de competencias; en la fase excelente todas las competencias tienen la "1" de imprescindible. Se define lo que se llama el perfil del puesto que es esa enumeración de 1 a 6, que nos permite comparar internamente unas competencias que son todas imprescindibles en esa fase, pero que nos hace poner hincapié quizás en aquellas que se corresponden más con valores de la organización en detrimento de otras. Así que, internamente todas son imprescindibles pero unas se las consideran fase uno o dos de importancia interna y otras en fase seis. De tal modo que, dentro de esa fase de excelencia del trabajador, éste pueda también ir adaptando las competencias que tiene al grado de exigencia del puesto mediante actividades formativas y de desarrollo.

Por poner un ejemplo de mapa de competencias de actitud nos encontramos con competencias como asertividad y empatía, actitud de aprendizaje y mejora con-

tinua, orientación al cliente, disponibilidad de accesibilidad, orientación a resultados, responsabilidad, integración o flexibilidad. La novedad con la que se está trabajando en Andalucía la constituyen los procesos integrales y trabajo por procesos, donde hay una serie de grupos de trabajo en la Consejería que están definiendo los 20 procesos de mayor prevalencia. Estos procesos se van a cruzar con los grupos que están definiendo los Mapas de Competencias Tipo de determinados puestos genéricos como son médicos, enfermeras, matronas o fisioterapeutas. De manera que para darle una mayor orientación al proceso vamos a definir en la Junta de Andalucía Mapas de Competencias por Procesos. Es decir, no ya sólo qué competencias necesita un enfermero, por ejemplo, sino qué competencias necesita el enfermero para realizar el proceso asistencial, cáncer de colon, embarazo parto, puerperio, etc. Ésa es la novedad que va a introducir la Consejería.

4. Desarrollo de personas

Hemos hablado del mapa de competencias como elemento básico, primordial de una gestión de personas, desarrollo de personas; pero alrededor de los mapas de competencias, que es el núcleo, se desarrollan todos los elementos clásicos y algunos no tan clásicos que caracterizan la gestión de personal y que nosotros llamamos desarrollo de personas. De los mapas de competencias deriva evidentemente un desarrollo de puestos, en el puesto de trabajo se está apostando porque el trabajador tenga un desarrollo periodificado en el tiempo del mismo y que no se le exijan las mismas competencias en la fase de acceso que en la fase de excelencia.

Pero se va a apostar también por una carrera profesional, tanto en sentido vertical como horizontal. En sentido vertical, porque si pusiéramos todos los mapas de competencias de todos los puestos por todos los procesos de una organización sobre una mesa gigantesca, un trabajador podría en cualquier momento consultar en qué posición se encuentra, cuáles son las competencias que tiene en ese momento acreditadas. Y nos topamos con el tema de la acreditación, otra de las vertientes de los Mapas de Competencias, pues una persona puede ver qué competencias tiene ya y cuáles le faltarían para poder acceder al puesto al que se siente individualmente motivado o al que aspira. Por lo tanto trabajador puede preparar desde un primer momento cuál sería su hipotética carrera profesional.

Pero no sólo desde una perspectiva vertical sino también desde una perspectiva horizontal y enlazamos con la retribución variable. Con una política de retribuciones adecuada podríamos incentivar el que una persona desde su mismo pues-

to de trabajo pueda liderar determinados proyectos, determinados programas específicos, que no se salen del puesto de trabajo pero que sí pueden suponer un desarrollo horizontal de su puesto que le produzca satisfacción y motivación a la vez. Os recuerdo esa doble convergencia, a la vez que produzca la satisfacción del usuario del servicio. Por supuesto las competencias pueden empezar a ser tenidas en cuenta en los procesos de selección, nada lo impide, el marco jurídico no lo impide. Más dificultad existe en el marco político o social que en el marco jurídico. A pesar de todo hay que empezar a hacerlo y, por supuesto, la formación y la evaluación ligada porque cualquier sistema de desarrollo de personas acaba desarrollando lo que se llama las entrevistas de desarrollo personal, que es un sistema de evaluación entre responsable directo y subordinado en cualquiera de los puestos de trabajo. Esta entrevista de evaluación, normalmente de carácter anual, permite que, de mutuo acuerdo, a la vez que se analizan los objetivos del equipo o de la unidad donde trabaja esta persona, el profesional, puedan ver qué desarrollo de competencias debe realizar ese trabajador en el año siguiente, pactar una formación, un plan de desarrollo con un compromiso voluntario y mutuo entre responsable y subordinado que puedan llevarlo a cabo. Por lo tanto, plan de formación individual y también sistema de evaluación individual.

Todo esto puede dar lugar a un sistema de acreditación profesional que es lo que está en el horizonte, con una estrategia de comunicación interna, latente, permanente en la organización. El tema de desarrollo de personas no puede ser del directivo de personal, no puede ser de la dirección económica, es un asunto que debe de implicar a todo el mundo y, por lo tanto, debe de impregnar la comunicación interna de la organización.

5. Motivación del personal y satisfacción de usuarios

Algunas ideas claves de cualquier política de desarrollo de personas son que una política de convergencia entre el desarrollo de nuestros profesionales y su motivación y la satisfacción de los usuarios, nos lleva hacia la calidad. Lo que persigue siempre es un aumento, un incremento de la motivación de ese profesional y, sobre todo, que haya un compromiso del mismo, como veíamos que se da en la entrevista de evaluación, con el desarrollo y con la orientación que le debe dar a su puesto de trabajo.

Por otro lado, hay un concepto que está detrás de todo esto y que es el concepto de la empleabilidad, es un valor de la política de personas, entendida como flexibilidad en cuanto a que un trabajador pueda adaptar distintas competencias

que le permitan moverse por los distintos puestos de la organización. Además de la polivalencia, necesitamos gente creativa, imaginativa, satisfaciendo necesidades que son cambiables, que son variables, que nos está demandando el usuario.

El incremento de motivación y la satisfacción del profesional va a favorecer el sentimiento de pertenencia a la organización y, por supuesto, un último valor es el que todas las actuaciones, todas las competencias que se adquieran, todo el desarrollo de personas y profesional, deben aportar al usuario la satisfacción de su necesidad como valor añadido de toda la estrategia. Es decir, volvemos a la mejora de la calidad del servicio prestado.

Quisiera terminar estableciendo un paralelismo sobre cómo los distintos elementos que una política de desarrollo de personas puede llegar a alcanzar están sirviendo a la vez a la consagración de valores de la organización, de valores de la empresa; por otro lado, en convergencia a la satisfacción de las necesidades de promoción, de desarrollo profesional y de prestigio de nuestros profesionales. En todos los mapas suele haber de siete a diez competencias que se repiten en todo, porque se corresponden a valores inexcusables de la organización y por tanto se está marcando un camino, se indica una cultura, se crea una primera señal hacia todos los trabajadores, sobre hacia dónde quiere ir esa organización. Es un potente elemento de marketing interno y de comunicación.

En los procesos de selección pueden empezar a destacarse las competencias que se van a valorar principalmente en ese puesto y de la misma forma estaremos emitiendo señales de hacia dónde quiere ir la organización. La entrevista de evaluación de desarrollo personal es un buen momento para que un jefe, un mando intermedio, un directivo le diga al trabajador con el que se entrevista cuáles son las orientaciones principales que debe tomar, cuál es el camino que se le exige en su puesto de trabajo y cuáles son las competencias que se espera que desarrolle en el año siguiente.

La política de incentivos debe estar claramente orientada a premiar, a incentivar la adaptación a los valores de la organización; de esto se deriva el plan de formación, el plan de desarrollo personal y las rutas profesionales horizontales donde el trabajador está emprendiendo el liderazgo de proyectos de programas dentro del compromiso con su mando intermedio y con su organización.

De la misma forma muchas de ellas se van a repetir, los mismos elementos son potenciadores del desarrollo de las personas, de ese prestigio y de esa motivación, volvemos a repetir la entrevista de evaluación del desarrollo personal, ese plan de

mejora que es a la vez un compromiso personal entre las dos persona, entre el trabajador y entre su jefe. Se habla ahora de contratos psicológicos más que de contratos formales, en el sentido de que se compromete psicológicamente con esos aspectos de desarrollo.

La metodología de formación debe de empezar a ser mucho más amplia, la política de desarrollo de personas no debe de quedarse en la metodología docente clásica sino que se tiende hacia el entrenamiento de habilidades directivas en el puesto de trabajo, hacia la práctica directa de experiencias de negociación, de liderazgo, de solución de conflictos, prácticas tutorizadas, etc. De nuevo nos encontramos con las rutas profesionales que, a la vez que consagran los valores de la organización, deben servir al trabajador bien para pensar cuando entra en una organización que quiere “ser de mayor”; ya sea desde una perspectiva horizontal –liderazgo de proyectos que está ligado a incentivos— o bien, desde una perspectiva vertical, en el sentido de carrera profesional, de promoción de un puesto a otro puesto de trabajo.

Finalmente, para conseguir profesionales motivados, que es el objetivo de toda esta política para un servicio excelente, no nos hace falta ni mucho presupuesto ni mucho dinero sino fundamentalmente voluntad. Como decía Machado “se hace camino al andar” y lo único que tenemos que hacer es empezar. En la Junta de Andalucía se ha hecho una apuesta directa, se está empezando, ya existen Mapas de Competencias y esperamos que en un próximo Seminario podamos contar que se ha llevado a la práctica y cuáles son los resultados de la experiencia.

EL DESARROLLO DE PROFESIONALES PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

TRANSCRIPCIÓN DE INTERVENCIÓN

Ignacio Fontúrbel Calleja

Director de Recursos Humanos de Agere Systems. Madrid

Este capítulo se divide en dos partes: la primera aborda, de manera genérica, qué entendemos por competencias; la segunda cuenta cuál ha sido, la experiencia práctica, qué resultados estamos consiguiendo.

1. Quiénes somos

Somos una empresa dedicada a fabricación de circuitos integrados de semiconductores y acabamos de salir recientemente en bolsa en Nueva York. Trabajamos con circuitos integrados, autoelectrónica, todo lo que son sistemas de comunicaciones inalámbricas. En España somos cerca de 1.000 empleados, con base en Madrid.

2. Las competencias

Empecemos por las llamadas “modas” en la gestión. Todo tiene su punto de oportunidad, pero indudablemente tiene un trasfondo, una aplicación y una utilidad absolutamente innegables. Pocas de las modas o de las iniciativas en el ámbito de la gestión pueden atribuirse a un padre o una madre específico; tal como es el caso del concepto de competencias.

Aquí merecería la pena hacer una mención a McLellan que en el año 1973 publica un artículo en el que esencialmente presenta los datos de una investigación propia, en la que selecciona una masa importante de estudiantes de la Universidad de Harvard, donde realiza su actividad docente, y trata de hacer una correlación entre,

calificaciones académicas y éxito profesional. Una de las variables que entiende por éxito profesional es la situación económica. Observa que hay una nula correlación o en todo caso, ligeramente negativa.

Estos resultados del estudio causan cierto revuelo respecto a cuáles son los predictores que estamos utilizando a la hora de determinar quién va a hacer bien su trabajo o no; o quién va a tener éxito profesional o no.

Parece que por anticipar quién va a desempeñar bien una determinada tarea tal vez tengamos que revisar nuestros procedimientos. No voy a tratar de teorizar sobre cuáles debieran ser los criterios que deban cumplir sino simplemente voy a buscarlos, voy a preguntar qué es lo que les ha hecho pensar de este modo. De hecho, se trata de reflejar en distintas distribuciones cuál es la aportación que un trabajador realiza respecto al salario que se le está pagando. En otras palabras, es determinar cuánto valor aporta respecto a lo que cuesta. Tenemos afortunadamente, un núcleo muy importante cuya aportación de valor es del orden de magnitud de lo que cuestan. Siempre cabe esperar que esta aportación sea superior, si no, la organización donde está no tendría muchas posibilidades de supervivencia. Lo relevante a destacar aquí, es que hay una población importante, prácticamente la mitad, que estando en el mismo puesto, en el mismo entorno, en las mismas condiciones, son capaces de aportar más valor que otros.

El planteamiento de McLellan lo que hace es establecer qué diferencia hay en el lado derecho de la distribución, entre aquellos individuos que pueblan el lado derecho: ¿qué hacen que aporten más valor a la organización que el resto?, ¿qué es lo que les diferencia? Y lo que trata de proponer en un método inductivo: identificar ese conjunto de cosas que pueden marcar la diferencia, que hacen que en un determinado puesto, con un determinado entorno, en unas condiciones equivalentes, alguien sea capaz de aportar más: esos elementos que los diferencian vamos a tratar de identificarlos. Se ha acuñado el término competencia, para ese conjunto de cosas que pueden hacer excelentes una aportación.

Obviamente esa distribución es tanto más amplia, es tanto más dispersa en la medida que el trabajo es más complejo; en otros términos, cuanto más elementos o cuantos más elementos de complejidad, de tecnología se introduzcan en el ámbito de un puesto, más posibilidades hay de que alguien pueda aportar un valor "n" veces más grande que otra persona en el mismo puesto, dado que es capaz de potenciar esos elementos tecnológicos o elementos de complejidad que están en su entorno.

Establecido esto, pasemos a la definición un poco más académica que pertenece a Bollasis, que habla de la característica o características subyacentes en una persona; aquí conecta con el concepto de McLelan, causalmente relacionada con un desempeño bueno o excelente en un puesto de trabajo concreto y en una organización concreta. Aquí cabría destacar dos aspectos cuando hablamos de competencias en el desempeño de un puesto: se refieren a competencias en una determinada organización, con unos referentes culturales determinados y además se habla de competencias en un determinado puesto. Quiere decir que no nos vale el concepto de competencias en series, es decir, no se trata de identificar las competencias e inmediatamente las copiar y trasladar. Ese conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes que hacen el trabajo excelente en una organización, trasladado a otra organización con otros referentes distintos, con otros esquemas de actuación y de intercambio diferentes, puede ocurrir que no valgan. Por eso hay que hacerlo a medida en cada organización.

La idea de cómo identificar las competencias es algo así como empezar por el final. Es empezar a pensar cuál es mi visión estratégica de la organización, dónde se quiere implementar esto y qué objetivos últimos se quiere conseguir establecer, qué resultados hay que dar e identificarlos de manera inequívoca y hacerlos visibles a toda la organización. Con esos resultados en mente pensar qué debo aportar a mis clientes para poder conseguir esos resultados; después pensar qué tipo de procesos debo ofrecerle modificar, mejorar, estructurar para ser capaz de aportar eso a mis clientes. Por último, las personas que son las que hacen moverse los procesos, en qué debo desarrollarlas, qué elementos le hace falta o qué aspectos deben tener a su disposición y deben ser capaces de aportar para que esa cadena tenga lugar. Hemos utilizado aquí la lógica de Norton y Kaplan. Además, se puede utilizar la lógica que está en el modelo EFQM, que de cualquier manera nos llevaría a la misma conclusión.

Cuando defino competencias hay que tener en cuenta qué resultados finales se quieren obtener, porque van a ser el conjunto de habilidades, conocimientos, actitudes y comportamientos, en general, que deben mostrar a mi gente con el fin de hacer posible que se obtengan los resultados que he decidido previamente. Sin esa definición explícita, inequívoca, comunicada va a ser difícil que una aproximación de gestión por competencias pueda dar resultados, dado que si no se define cuál es el fin último nos encontraremos ante serios problemas a la hora de poder poner medios en marcha para conseguirlos.

Esa perspectiva crea una cierta preocupación ya que no hay consenso sobre qué es calidad en salud, y debido a que sólo hay indicadores indirectos por el momen-

to. Desde esa perspectiva es posible que haya algún inconveniente en determinar qué competencias he de ser capaz de desarrollar en mi organización si no tengo el fin último plenamente definido.

A la hora de identificar estas competencias, dentro de las distintas líneas y visiones y dentro de las distintas consultoras que pueden proveer servicios a este respecto. Se halla el método inductivo de panel de expertos dentro de una organización, que son capaces de identificar qué tipo de competencias se necesitan para conseguir esos fines que se persiguen: entrevistas, incidentes críticos, etc.

El concepto de entrevistas de incidentes críticos es pensar qué situaciones, qué actitudes, qué visión, qué capacidades hemos de desarrollar en aquellos agentes que proveen servicios a la hora de identificar aquellas actitudes, aquellos comportamientos que producen lo que se va buscando. Si lo que se busca es satisfacción de pacientes, podríamos definir esta competencia a través de este incidente crítico como empatía, capacidad de ponerse en el lugar del cliente e identificar y ser capaces de decidir que eso es importante, que esa perspectiva y esa sensibilidad sea un elemento sustancial de todas las personas que trabajan en la organización.

Hay bases de datos desarrolladas de distintos trabajos a nivel mundial que han hecho distintas organizaciones que pueden servir de orientación. Hay que estudiar en cada organización, la visión de los líderes de empresa y puede ser un elemento deductivo. Los líderes de la compañía o la organización pueden decir: "ya entiendo, mi visión es que este tipo de competencias nos pueden dar éxito", y por tanto querer desarrollarlas y querer hacer que una organización puedan florecer.

3. Tipos de competencias

En cuanto a competencias de tipo genérico hablaremos de aquellas que queremos impregnen a toda la organización y que estarían conectadas también con el ámbito, con los conceptos de valores. También hablaremos de competencias más técnicas que van más a la práctica del día a día y que puede identificar aquellos "saber hacer" que son necesarios en la organización.

Competencias de tipo genérico son las que tenemos que identificar para nuestra organización y queremos que todos lo asuman como mentalidad de crecimiento. Estamos en un negocio que tiene mucha capacidad de crecimiento y debido a eso queremos aprovechar esa oportunidad: ¿seremos capaces de dar buenos resultados, seremos capaces de crecer con el mercado o por encima de él? Operativi-

zamos aspectos tales como obsesión por clientes y competidores. La idea de elegir la palabra "obsesión" con el tono patológico que pueda tener ese aspecto, es deliberada. Tenemos que obsesionarnos con el servicio y con esa vigilancia a los competidores. Un entorno de trabajo abierto, diverso y de mutuo apoyo y rapidez, que en nuestro entorno es absolutamente indispensable.

Este tipo de competencias genéricas las definimos en términos de comportamientos. ¿Cómo se sabe si alguien es rápido? Tratando de definir qué comportamientos visualizan, reflejan lo que entendemos por rapidez. He ahí cómo estamos definiendo esas competencias, qué comportamientos esperamos ver en las personas que participan o que tienen esa competencia.

Las competencias nos van a servir para hacer una gestión integrada de los procesos dentro de recursos humanos y topándonos con un conjunto de interacciones que se pueden producir a la hora de la gestión por competencias, obviamente de selección. Un ejemplo ya clásico es que se puede enseñar a un pavo real a trepar, pero probablemente nos iría mejor si contratásemos a una ardilla. Si se tiene claro qué competencias se necesitan, va a ser mucho más fácil conseguir aquellas personas en el mercado laboral que puedan aportar capacidades afines al tipo de competencia que se quiere desarrollar.

Los procesos que implican la gestión de recursos humanos, como el concepto de competencias, impregna, modifica y focaliza nuestra actividad a la hora de gestionar nuestra gente. Veamos cuál es nuestra experiencia y cuál es nuestro entorno, porque conocido nuestro entorno se puede entender mejor cómo han derivado la necesidad de las acciones que hemos tomado. Fabricamos circuitos integrados, un proceso de fabricación de más de cuatrocientos pasos, trabajamos 24 horas al día siete días por semana. En un tiempo de ciclo, de entre 25 y 35 días, el producto está moviéndose continuamente durante más de un mes y hay alrededor de 500 personas implicadas.

Esto supone unos retos realmente importantes. Uno de los elementos que se entienden que producen mayor capacidad de motivación en la gente es la capacidad de tener satisfacción en lo que se ha hecho, ser capaz de decir: esto lo he hecho yo, esto he contribuido a hacerlo yo. El problema que se presenta es que tenemos un proceso de fabricación continua. Los distintos trabajadores aparecen allí sus ocho horas en el turno que les corresponda, realizan las operaciones que sean y les es materialmente imposible establecer de una manera visual y directa cómo han contribuido al éxito.

Se trata de poder sentirse orgullo de lo que se hace y, dentro de la visión humanista de una organización, es uno de los elementos importantes a la hora de generar motivación, cómo puedo sentir orgullo de lo que he hecho si no sé qué ha pasado con esto que he hecho. Éste era uno de los retos importantes, cómo involucrar, cómo hacer visible el negocio y los resultados a toda nuestra gente. Hay un altísimo impacto económico en los errores; en un proceso de fabricación de treinta y tantos días un error que hace que un lote esté inservible, tiene un valor en el mercado entre los dos y cinco millones de pesetas. Se requiere un complejo el sistema de detección de fallos, hay que utilizar pruebas extraordinariamente sofisticadas, necesidad de rapidez, cambios continuos, cambios de prioridades.

Uno de los problemas que teníamos es que la gente asignaba turnos en rotación. Hay una especie de desconexión en el que la gente a turnos parece ser que está penalizada o castigada. Los que no hacen turnos o no viven a turnos son, pues, los reyes de la situación y que viven en mejores condiciones. Decidimos hacer algo, decidimos cambiar; además nuestros resultados eran adecuados, en línea con los resultados que se establecían en la industria. De hecho, hay una apuesta desde el punto de vista de la Dirección por la excelencia; queremos marcar una diferencia, no nos conformamos con estar en los estándares de la industria. Nuestra apuesta fue por la gente, no podríamos, ni estaba en nuestras manos, hacer más inversiones tecnológicas, ni hacer más inversiones en capital, en medios y entendimos que podíamos ofrecer resultados distintos con una gestión distinta de la gente. Pusimos en marcha pues un concepto que tampoco es novedoso y que es nuestra versión de lo que se conoce en la literatura sajona como *self directed team*, equipos autogestionados.

4. Equipos de negocios y compensaciones

La idea fundamental es que, en lugar de convivir con el modelo tradicional de la gestión o de cualquier organización, en el que hay un estrato de gente que piensa, determina cómo hacer las cosas, otro estrato de gente que las ejecuta y un nivel intermedio –debido a la complejidad de las cosas– que se dedica a controlar qué se ha hecho, tratamos de aproximarnos a una visión en la que todos los empleados tuviesen en distintos ámbitos de su actividad capacidad de pensar, controlar y ejecutar, que formasen parte de la gestión íntegra del negocio. Nuestro concepto fue llamado “equipos de negocios”, donde se trataba de crear equipos de gente que es capaz de controlar de un extremo a otro el negocio que tienen en sus manos. La idea era, pues, ser capaces, no ya a través de identificación de competencias para que pudiesen mejorar su puesto, sino de modificar el puesto, de modificar la estructura de la organización.

Ése es el segundo elemento cuando nos planteamos gestión por competencia, es decir, realizar esa gestión por competencias con la actual estructura, con el actual marco de relaciones, con la actual división del trabajo o, tal vez, también cambiar esas estructuras para que permitan, para que hagan posible que esas nuevas estructuras faciliten la consecución de esos objetivos. Lo hicimos y reestructuramos también el concepto de cuáles eran los distintos puestos de trabajo. Hicimos unos cambios estructurales que fueron relevantes; hicimos más plana la organización de hecho eliminamos uno de los niveles. Incluso el que era antes el jefe de turno lo cambiamos por coordinador y la idea del cambio de nombre no es casual; identificábamos que para esos mandos intermedios su misión no era mandar, ni establecer qué es lo que tienen que hacer los otros, sino facilitar que los otros sean capaces de hacer y tomar las decisiones adecuadas. Uno de los elementos obviamente implícitos, además de estos cambios organizativos, fue la puesta en marcha de la gestión por competencias.

Éstas eran las definiciones que establecimos y que compartimos con todos respecto a competencias; establecíamos así igualmente, un conjunto de habilidades y de actividades que establecían el puesto base de operador y de técnico. La idea fundamental detrás de todo eso es que todos aquellos que fuesen capaces de establecer y de llevar a cabo ese tipo de tareas y responsabilidad asociadas a sus puestos, establecían cuál era, por decirlo así, el mínimo exigible para estar en ese puesto. Pero añadimos lo que consideramos y llamamos competencias técnicas añadidas y competencias de gestión. Éstas venían a añadir y a incorporar esos elementos que hablábamos al principio: qué es lo que quiere la gente, que la gente se implique a la hora de pensar en cómo organizar su trabajo y en controlar cómo funciona su trabajo.

Identificamos un conjunto de competencias que tienen que ver con cómo gestionar la línea de producción, cómo establecer la calidad de los procesos, etc., son y están exactamente alineadas con el conjunto de métricas claves que definen si lo hacemos bien o no como negocio. Dicho de otra manera, entendemos que si todos aquellos, en este caso operadores, son capaces de desarrollar adecuadamente las competencias en esos ámbitos, están impactando de manera directa e inmediata en los resultados que como negocio tenemos. Estamos consiguiendo con esto una conexión directa entre cómo nos va a ir como organización y como negocio y qué es lo que se está haciendo día a día. Preguntas tales como qué he venido a hacer en el trabajo, cuál va a ser el impacto y para qué sirve, quién va a notar si lo hago bien o no, para qué va a valer. Estamos tratando de proveer la conexión a esas preguntas que se pueden plantear.

Cuando hablamos de reforzar la satisfacción del cliente, estamos gestionando nuestro nivel. Estos niveles de competencias identificados se establecen a distintas alturas que podemos establecer, evaluar y retribuir en función de qué nivel somos capaces de alcanzar. Obviamente, esto debe llevar asociado una estrategia de compensación coherente con lo que se está poniendo en marcha. Esencialmente si estamos diciendo a la gente que queremos que sean gestores del negocio, que decidan respecto a nuestro-su negocio, hemos de ser capaces de establecer mecanismos de compensación alineados con ese concepto.

Establecimos elementos de remuneración fijo, pero variable a largo plazo y luego variable a corto plazo, ligados a turnos y otros beneficios. Uno de los aspectos más innovadores es que todas las personas tienen opciones a *stock options*. La idea importante es que si estamos diciendo que la gente decida sobre el negocio, se implique y lo gestione como si fuese su mercería, debe y debemos compartir resultados.

Plan de compra de acciones, compensación variable a corto plazo; dependiendo de los resultados que hayamos obtenido individualmente podrá variar, en base a los resultados globales pero individualmente podrá variar la compensación del desempeño de las personas; medimos su desempeño, pues, en la medida en que hayan sido capaces de desarrollar las competencias que hemos identificado.

Estamos diciendo que las competencias debemos de ligarlas a un sistema de compensaciones. Otro conjunto de beneficios tradicionales más en ese entorno como punto de reflexión es indicar que como responsable de recursos humanos y de conocer qué valora la gente, aportarles un seguro médico privado es algo que se considera de los elementos más valiosos. Todo esto lo estamos haciendo y entendemos que es importante para elevar la satisfacción de nuestra gente. Llevamos ocho años midiendo sistemáticamente a través de una encuesta de clima laboral, cuál es el nivel de satisfacción de la gente.

Pero uno de los aspectos que hay destacar, y que tienen que ver con el desarrollo de la gente, es la evolución de alguna de estas preguntas. Por ejemplo, el concepto de empleabilidad, ¿por estar en nuestra compañía, estoy aumentando mi empleabilidad? “No te voy a garantizar un puesto de trabajo fijo, puede que nos vaya mal; pero mientras estés aquí estas ganando valor para el mercado laboral porque estoy apostando por la experiencia, los conocimientos puedes utilizarlos en este empleo o en empleos futuros”. Con estos razonamientos la gente está reconociendo que efectivamente es así. Éste era un objetivo clarísimo que queríamos desarrollar: si no se dónde voy, sí no se qué es lo que persigo, difícilmente voy a poder hacer una contribución neta a ello.

Otro elemento que también probamos es cómo entiendo que estoy contribuyendo a conseguir eso, si realmente veo cómo va. Efectivamente estamos viendo resultados excelentes.

Finalmente, quiero hacer algunas reflexiones. En primer lugar, este proceso de transformación lo hemos realizado y lo hemos puesto en marcha desde una experiencia piloto; esto quiere decir que lo hemos empezado con un pequeño grupo en el que éramos capaces de identificar y ver todos los aspectos. Se trataba de una unidad, lo que nosotros conocemos como prueba de obleas, que es autocontenida, o sea, que en sí misma tiene un claro *input*, un claro *output*, hemos desarrollado la experiencia piloto desde esa unidad y la hemos expandido al resto de las unidades. Y hay que destacar que una vez que lo hemos puesto en marcha y se ha desarrollado, los trabajadores no aceptarían un modo de gestión distinto.

Otro aspecto es el de las resistencias que hemos encontrado. Hemos acuñado lo que llamamos el 20, 60, 20. Hemos encontrado un 20% de gente absolutamente entusiasta con el cambio, hemos encontrado otro 20% de gente absolutamente reacia al cambio y un 60% de gente expectante al cambio, que le parecía bien pero no se atrevía a definirse, lo que también podríamos llamar esa mayoría silenciosa. Al final tuvimos que olvidarnos del 20% reacio y el enfoque fue: "vamos a convencerles y a implicarles". Lo que hemos encontrado en muchas ocasiones es que la resistencia al cambio es en muchos casos una reacción a rendir cuentas por otros múltiples agravios y condicionamientos. La idea es: enfocarse en ese 60% de colaboradores que está expectante, que es receptivo, que quiere convencerse de que tenemos algo válido para ofrecer a todos; los resistentes no les convenceremos desde un principio, o se adaptan o se irán. Y, de hecho, hemos facilitado en algún caso, en esas situaciones, que se vayan en forma digna y ventajosa para ellos y para la organización.

ACREDITACIÓN DE LA COMPETENCIA PROFESIONAL EN MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA

PONENCIA ESCRITA

Ramón Vilatimó Pujal

Director del Proyecto ACOE de Acreditación Profesional de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria. Centelles. Barcelona

1. Introducción

Hay actualmente un importante número de médicos residentes en formación en Medicina Familiar y Comunitaria. Hemos visto cómo su número ha ido aumentando de forma notable. Hemos visto cómo la prueba MIR para el acceso a la formación especializada ha cambiado también: se ha vuelto poco discriminativa, la nota necesaria para obtener plaza ha sido en algunos años escandalosa.

Por el contrario, el campo de actuación del médico de familia ha ido aumentando, se nos exige el conocimiento y dominio de un mayor número de ámbitos competenciales del quehacer médico. Existe cada vez un mayor consenso en que los tres años de formación son escasos para un abanico tan ancho de competencias.

El acceso a plazas de médico de familia en el sistema sanitario público parece haberse convertido en un gallinero donde todos se pelean para obtener un mayor número de puntos en el baremo, dando la impresión de que la capacitación y mejor formación son poco menos que irrelevantes.

Con contadas y honrosas excepciones, las convocatorias de plazas de personal estatutario escasean tanto en número como en plazas convocadas para tanto MIR en formación. No haber plazas para todos conlleva una elevada competencia para su obtención.

Hoy en día parece evidente que la gestión clínica es la base de una gestión de calidad de los escasos recursos disponibles. Esa gestión clínica se realiza en el quehacer diario de la consulta. El número de decisiones que el profesional médico debe adoptar en un corto espacio de tiempo es sorprendentemente alto en comparación

con otros campos profesionales en los que, además, se dispone de un mayor tiempo para meditar las decisiones. Esas decisiones conllevan, en la mayor parte de los casos, un impacto económico que va a representar un porcentaje importante del gasto sanitario total, y lo que es más importante, de la eficiencia de ese gasto.

Se invierten muchos esfuerzos en seleccionar y formar a los mejores gestores para nuestra sanidad, pero la gestión clínica que se realiza en nuestras consultas, ¿en manos de quién está?, ¿se seleccionan y forman a los mejores profesionales médicos para nuestras consultas? Resulta lógico pensar que la base para una gestión clínica eficiente y de calidad está en disponer de profesionales de calidad, de buenos profesionales.

¿Cuáles son los elementos que necesitamos para formar un profesional de calidad?

- Obtener los *conocimientos* propios de su especialidad.
- Adquirir las *habilidades* necesarias para su desarrollo.
- Mostrar una *actitud* adecuada al rol profesional.

Miller estructuró los niveles de la práctica profesional:

1. *Sabe*: tiene conocimientos, lo que necesita saber.
2. *Sabe cómo* analizar e interpretar los datos obtenidos para establecer un plan de actuación razonable.
3. *Muestra cómo* actúa en una situación parecida a la real.
4. *Hace* realmente en la práctica real.

Existen distintos tipos de pruebas para evaluar los distintos niveles. Todos identificamos el típico examen test en el que nos evalúan nuestros conocimientos memorísticos, el *sabe*.

Existen pruebas con casos clínicos escritos que nos obligan a analizar e interpretar datos con los que establecer un plan de actuación o tratamiento; se parecen algo más a nuestro modo de actuar, evalúan el *sabe cómo*.

La metodología de evaluación con pacientes simulados, estandarizados, donde nos vemos obligados a obtener los datos clínicos de anamnesis y exploración de un paciente-actor entrenado, se asemeja aún más a nuestra práctica real.

2. Qué significa ser competente en Medicina Familiar y Comunitaria

Significa ser capaz de abordar, orientar, manejar y/o resolver adecuadamente la mayor parte de situaciones habituales en la práctica del médico de familia.

Lo anterior conlleva la necesidad de acreditar esta competencia por:

- Responsabilidad social: garantizar que los profesionales que atienden a la población tienen un nivel adecuado.
- Responsabilidad institucional: las instituciones y sociedades deben incentivar y facilitar los elementos necesarios para la evaluación y mejora de la competencia profesional.
- Responsabilidad empresarial: debe ser objetivo de las empresas contratantes que sus profesionales sean competentes (buenos profesionales) y tengan una actuación coste-efectiva adecuada a los parámetros de calidad vigentes.
- Responsabilidad personal: mostrar que somos buenos profesionales, que nuestra práctica es adecuada. Tenemos la obligación ética de mantenernos con un buen nivel de competencia (formación y formación continuada).
- Necesidad curricular: estar en mejor posición de tener acceso a un puesto de trabajo (plaza) quien ha acreditado ser competente en su campo profesional.

3. La evaluación de la competencia en Cataluña

En Cataluña hemos venido trabajando desde hace 6 años, la Sociedad Catalana de Medicina de Familia y Comunitaria (SCMFIC) y el Institut d'Estudis de la Salut (IES) del Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya, para hacer de la certificación de la competencia profesional una realidad y una necesidad.

Hemos adoptado el formato evaluativo Evaluación Clínica Objetiva y Estructurada (ECOFE) como el modelo evaluativo que permite una mejor observación de la práctica clínica de los profesionales.

Este tipo de evaluación ya hace años que se viene utilizando en todo el mundo para diferentes objetivos como la certificación y recertificación profesional. Así, diversas instituciones internacionales nos han estado asesorando en nuestro proyecto, muy especialmente el *Centre d'Evaluation des Sciences de la Santé de l'Université Laval* de Quebec (Canadá).

En los últimos años hemos realizado tres ediciones de nuestra prueba ECOE que han mostrado la validez y fiabilidad del modelo evaluativo, lo que nos ha permitido emitir Certificados de Competencia a los profesionales que han participado y superado la prueba.

Estos certificados cuentan con el reconocimiento y soporte de la Sociedad Catalana de MFiC, del Institut d'Estudis de la Salut de la Generalitat de Catalunya, del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña y de la Coordinadora de Unidades Docentes de MFiC de Cataluña.

Por otro lado, y tanto o más importante si cabe que todo lo anterior, los participantes en la ECOE obtienen, probablemente por primera vez en su vida profesional, un *feed back* sobre su perfil competencial. Este perfil muestra las áreas de fortaleza y debilidad en su práctica clínica y permite, en consecuencia, orientar más eficazmente su formación continuada hacia las áreas competenciales más deficitarias.

Durante todo el proceso evaluativo se respecta estrictamente la confidencialidad de los datos obtenidos por los participantes.

4. La prueba de evaluación clínica objetiva y estructurada

Los formatos evaluativos tradicionales (el más habitual: el examen de preguntas de opción múltiple) miden esencialmente los conocimientos del profesional. Estos formatos no permiten valorar su capacitación para la práctica clínica.

Componentes básicos de la competencia como son establecer una buena comunicación con el paciente, realizar una anamnesis ajustada al caso, hacer una exploración física pertinente, tener habilidades para realizar una determinada técnica, etc., sólo pueden ser evaluados con formatos que simulen la práctica real del médico de familia. La ECOE es, dentro de estos formatos, la más efectiva.

Las áreas de competencia que evalúa la ECOE de la SCMFC son:

- Anamnesis
- Exploración física
- Comunicación médico-paciente
- Habilidades técnicas
- Manejo diagnóstico y terapéutico
- Actividades preventivas
- Atención familiar

Cuadro 1. Instrumentos evaluativos empleados en la ECOE

| Componente competencial | Instrumento evaluativo |
|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Anamnesis | Pacientes estandarizados Consulta telefónica |
| Exploración física | Pacientes estandarizados |
| Comunicación | Pacientes estandarizados |
| Habilidades técnicas | Maniqués Otros simuladores |
| Manejo | Imágenes clínicas Preguntas abiertas de respuesta corta Exámenes orales estructurados Consulta telefónica |
| Actuaciones preventivas | Pacientes estandarizados Preguntas abiertas de respuesta corta |
| Atención familiar | Preguntas abiertas de respuesta corta |

Los *pacientes estandarizados (PE)* son personas, a menudo actores, que representan el rol de un paciente que acude a la consulta. Se les enseña a explicar sus síntomas de forma totalmente creíble, estandarizada, evitando palabras técnicas, en lenguaje coloquial y respondiendo específicamente a las preguntas que les hace el médico evaluado. También se les entrena para simular alteraciones en la exploración física.

La calidad con que un candidato efectúa un encuentro clínico con un paciente estandarizado se hace también de forma estandarizada y objetiva.

La evaluación de este encuentro puede ser realizada tanto por el propio PE como por observadores externos que están dentro de la consulta mientras se realiza el encuentro.

En nuestras ediciones de la ECOE tenemos *observadores* que evalúan las competencias de los participantes. Estos observadores son médicos de familia entrenados para valorar las actuaciones de los participantes de forma fiable, objetiva, imparcial, justa y confidencial.

Las *preguntas abiertas de respuesta corta* son más parecidas al examen tradicional enfocadas a explorar, sobre todo, los conocimientos teóricos. Aunque convenientemente estructuradas, también nos permiten evaluar otros aspectos de aplicación clínica como la capacidad de elaborar diagnósticos diferenciales, de jerarquizar los problemas de los pacientes, de planificar las exploraciones complementarias y de tomar decisiones con relación a las medidas terapéuticas a adoptar.

A menudo tiene lugar después de haberse producido una visita con un paciente estandarizado y, por tanto, están referidas al caso concreto que se ha visitado anteriormente.

Los *maniquies* sirven casi monográficamente para evaluar las habilidades técnicas y van dirigidos a explorar una muy concreta, como reanimación cardiopulmonar, intubación, punciones, etc.

Las *imágenes clínicas*, conocidas por el término inglés *pictorials*, muestran, en soporte fotográfico, transparencia o vídeo, imágenes dermatológicas, radiológicas, de ECG, etc., que hay que diagnosticar y, sobre la base del diagnóstico, tomar las decisiones oportunas.

Las *consultas telefónicas* sirven para evaluar la capacidad de anamnesis y de establecer planes de manejo. Pueden ser realizadas por pacientes estandarizados o por observadores entrenados a tal efecto.

El *examen oral estructurado* es un instrumento evaluativo en el cual el participante va contestando a las diferentes preguntas que, sobre un supuesto práctico, le plantea un observador. El observador tiene unas instrucciones (estandarizadas) y va encadenando las diferentes preguntas según estas instrucciones.

Básicamente permite evaluar la capacidad de manejar las diferentes situaciones clínicas que se le plantean al participante.

5. Situaciones clínicas incluidas en la evaluación clínica objetiva y estructurada

La medicina de familia es probablemente la especialidad médica que tiene un espectro más amplio de situaciones clínicas que se pueden encontrar en el día a día.

Dado que es imposible evaluarlo todo, un comité de expertos hace una selección de casos relevantes, teniendo en cuenta los siguientes criterios:

1. Prevalencia
2. Gravedad clínica
3. Importancia del diagnóstico precoz
4. Complejidad sindrómica
5. Sencillez evaluativa
6. Capacidad de intervención del médico de familia

La actual prueba de la Sociedad Catalana de MFiC desarrolla 24 casos clínicos apropiados para evaluar la práctica de la medicina de familia.

Los casos corresponden a situaciones propias de las consultas diarias. Ninguno de los casos tiene trampas escondidas. Las situaciones se presentan de la manera y con el grado de dificultad con la dificultad habitual en las consultas de atención primaria.

6. Estructura de la evaluación clínica objetiva y estructurada

La estructura fundamental de la ECOE está representada por una sucesión de lugares de actuación por donde va pasando el evaluado. Estos lugares se denominan estaciones. En cada estación se le pedirá al participante que realice unas determinadas actuaciones en relación con un caso clínico concreto. En la entrada de cada estación hay una situación de partida que introduce al candidato en el caso y especifica lo que tendrá que hacer.

Nuestra ECOE desarrolla los 24 casos en un circuito de 30 estaciones. Esto significa que algunos casos se desarrollan más en una estación.

Todas las estaciones tienen una duración de 10 minutos, incluyendo un descanso de 2 minutos entre estación y estación. A mitad de la prueba hay un descanso general de 30 minutos.

En cuanto a los componentes competenciales incluidos en la ECOE, en estos casos se han mantenido los mismos componentes competenciales, pero con algunos pequeños cambios en la ponderación.

Cuadro 2. Componentes competenciales incluidos en la ECOE

| | 1997 | 1998 | 2000 |
|--------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Anamnesis | 20,1% | 21,7% | 24,1% |
| Exploración física | 10,5% | 9,4% | 9,0% |
| Comunicación | 13,6% | 14,7% | 14,7% |
| Habilidades técnicas | 6,1% | 6,1% | 6,9% |
| Manejo | 42,0% | 40,5% | 37,7% |
| Atención familiar | 3,3% | 3,3% | 1,9% |
| Actividades preventivas | 4,2% | 4,4% | 5,8% |

7. Realización de la prueba

En el año 2000 hemos realizado 4 administraciones efectuadas en 2 sábados de julio y 2 sábados de diciembre, en jornada de mañana. Se ha usado un centro de atención primaria de Barcelona que ha ofrecido un espacio de dos plantas en las que se ha montado la rueda de estaciones.

Candidatos

Han pasado la prueba básicamente médicos de familia que han terminado la especialidad en los últimos 5 años. También médicos de familia de alto prestigio en Cataluña dentro de la especialidad. En las últimas administraciones hemos notado la inscripción de médicos de familia que, sin tener el título por diferentes motivos, desean que su competencia profesional se vea acreditada.

Criterios de paso

- Superar -2 DE de la nota global
- Superarla en 6 de los 7 componentes
- Siempre se debe superar manejo
- Nota superior a 48,76 puntos
- Manejo superior a 46, 66 puntos

Cuadro 3. Puntuaciones obtenidas por los candidatos

| Media global | 59,32 | de | 5,85 |
|----------------------|--------------|-----------|-------------|
| Media Anamnesis | 52,66 | de | 7,68 |
| Exploración Física | 61,74 | de | 9,96 |
| Comunicación | 67,29 | de | 5,83 |
| Habilidades técnicas | 53,98 | de | 11,65 |
| Manejo | 60,85 | de | 8,30 |
| Atención familiar | 59,09 | de | 12,77 |
| Acti. Preventivas | 59,58 | de | 15,11 |

En términos absolutos el criterio de paso son 1170 puntos sobre los 2400 totales.

Análisis de la fiabilidad global

La fiabilidad de la prueba se ha medido mediante el cociente Alfa de Cronbach según el método habitual que considera a los casos como ítems de la escala global. La alfa de Cronbach es igual a 0,784 para el conjunto de la prueba.

Encuesta general a los participantes

Los evaluados contestaron a una encuesta al finalizar la prueba. Para puntuarla se utilizó una escala de 0 (máximo desacuerdo) a 10 (máximo acuerdo).

Encuesta general a los observadores

Los observadores-evaluadores también contestaron a una encuesta al finalizar la prueba. Para puntuarla se utilizó una escala de 0 (máximo desacuerdo) a 10 (máximo acuerdo).

Cuadro 4. Encuesta general a los participantes

| Organización y logística | 1° | 2° | 3° | EOE 2000 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|-------------|
| • La información previa sobre contenidos, características y finalidad de la prueba ha sido buena | 7,83 | 8,73 | 8 | 8,6 |
| • La duración es excesiva | 8,52 | 7,86 | 8,21 | 6,5 |
| • Me he sentido estresado durante la prueba | 7,65 | 5,47 | 6,52 | 5,1 |
| • Es preferible realizarla el fin de semana | 6,82 | 5,52 | 7 | 7,3 |
| • Globalmente el circuito es comprensible | 7,78 | 9,34 | 8,95 | 9,0 |
| • Es fácil entender la labor a realizar en cada estación | 7,43 | 9,08 | 8,39 | 8,8 |
| • La organización de la prueba ha sido buena | 8,22 | 9,60 | 9,60 | 9,2 |
| • La ayuda de la organización para realizar la prueba ha sido buena | 8,52 | 9,21 | 9,17 | 9,0 |
| • El número y duración de los descansos son adecuados | 8 | 8,73 | 8,08 | 8,0 |
| • La presencia de observadores ha afectado negativamente mi rendimiento | 5,17 | 4,39 | 6,69 | 5,9 |
| • Preferiría que me valorase un médico en lugar de un paciente | 5,26 | 4,72 | 5 | 4,8 |
| Contenidos | | | | |
| • Las situaciones representan la práctica habitual de un médico de familia | 8,35 | 9,04 | 8,65 | 8,6 |
| • El número de situaciones es suficiente para valorar la práctica habitual | 7,7 | 8,52 | 8,13 | 8,1 |
| • Las situaciones representan problemas que un médico de familia ha de manejar | 8,52 | 9,17 | 8,47 | 8,4 |
| • El nivel de las estaciones es razonable | 8,26 | 9,04 | 7,86 | 8,0 |
| Impacto | | | | |
| • La prueba me dará información interesante sobre mi práctica | 8,65 | 8,43 | 8,43 | 8,7 |
| • Esta prueba mide mejor la competencia profesional que un examen | 9,22 | 8,65 | 8,26 | 8,2 |
| • Superaré el 50% | 6,76 | 8,30 | 7,65 | 7,3 |
| • Aconsejaría a otros compañeros realizar esta prueba | 8,74 | 9,17 | 8,52 | 8,7 |
| • Los residentes deberían hacerla al finalizar la residencia | | 8,26 | 8,47 | 7,2 |

Cuadro 5. Encuesta general a los observadores

| Organización y logística | 1º | 2º | 3º | ECOE 2000 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|--------------|
| • La información previa sobre contenidos, características y finalidades de la prueba ha sido buena | 9 | 8,68 | 8,81 | 9,2 |
| • La información previa sobre cómo hacer de observador ha sido buena | 8,75 | 8,77 | 8,72 | 9,1 |
| • La duración es excesiva | 6,33 | 5,31 | 5,63 | 4,6 |
| • Globalmente la estación ha funcionado correctamente | 6,75 | 8,95 | 9,18 | 9,3 |
| • Es fácil comprender el trabajo que ha de realizar como observador | 9,08 | 8,86 | 8,90 | 9,4 |
| • La organización de la prueba ha sido buena | 8,33 | 9,27 | 9,36 | 9,4 |
| • La ayuda de la organización para realizar la prueba ha sido buena | 8,58 | 9,09 | 8,81 | 9,3 |
| • El número y la duración de los descansos son adecuados | 8 | 6,71 | 6,63 | 8,3 |
| • La presencia de observadores afecta negativamente al examinado | 3,10 | 3,33 | 3,94 | 2,1 |
| Contenidos | | | | |
| • El trabajo que se pide al observador es ameno | 6,67 | | | |
| • Su estación refleja un aspecto relevante de la práctica de un médico de familia | 8,58 | 8,95 | 8,68 | 9,0 |
| • Su estación representa un aspecto que el médico de familia debería dominar correctamente | 9,42 | 9,27 | 9,27 | 9,6 |
| • El nivel exigido le parece razonable | 8,83 | 8,63 | 8,27 | 9,1 |
| • Aconsejaría algún cambio en el contenido de la situación | 7,25 | 5,64 | 3,31 | 3,8 |
| • La situación se plantea de forma creíble | 8,82 | 8,81 | 8,77 | 9,1 |
| Impacto | | | | |
| • Creo que la prueba puede dar información interesante sobre la práctica del MF | 8,67 | 8,86 | 8,59 | 9,4 |
| • Creo que esta prueba mide mejor la competencia profesional que un examen | 9,42 | 8,81 | 8,59 | 9,0 |
| • Aconsejaría a otros compañeros que pasaran esta prueba | 9,33 | 9,09 | 8,77 | 9,2 |
| • Creo que los residentes deberían hacerla al finalizar la residencia | | 9 | 8,90 | 8,5 |

8. Conclusiones

- Las ECOE de medicina familiar y comunitaria, realizadas han mostrado tener una *excelente fiabilidad* en sus resultados, que permiten ofrecer unos *feedback* globales muy buenos.
- La prueba ha ido acumulando *garantías de validez* a medida que se han ido desarrollando las sucesivas administraciones. Pocas dudas quedan actualmente de que la prueba no está midiendo lo que realmente pretende: la competencia práctica de los médicos de familia de Cataluña.
- Se ha conseguido una *optimización de costos* de diseño y ejecución de la prueba, fundamentalmente gracias a un mejor aprovechamiento de los planteamientos logísticos. El coste/candidato actual es bastante razonable (y considerablemente inferior a los estándares internacionales) y facilita la sostenibilidad económica del proyecto a largo plazo.
- Nuestra ECOE va *penetrando progresivamente* dentro del ámbito de la atención primaria catalana como una estrategia de evaluación, de reflexión individual sobre la propia práctica e, incluso, como elemento curricular dentro del mercado de trabajo. A modo de ejemplo, el Institut Català de Salut (ICS) ya ha incluido el haber superado la ECOE como un mérito baremable e, incluso, propone utilizar este formato evaluativo en su proceso de selección de personal. El hecho es que la demanda para participar en la prueba va creciendo y que el pago, por parte de los candidatos, de una cuota de inscripción no ha supuesto un freno.
- La característica más notable de la ECOE como formato de evaluación es la *estabilidad*. Los cambios introducidos a lo largo de estos años no han supuesto una desviación significativa de los resultados, sino al contrario. En consecuencia, la prueba está siendo capaz de conseguir uno de sus objetivos principales: la determinación de los estándares profesionales de los médicos de familia catalanes. Esta estabilidad facilitará, además, la toma de decisiones de paso más fundamentadas y justas.

Bibliografía

1. Revalidation is the answer. To one question but many remain. *BMJ* 1999, 319: 1145-1146.
2. Education and debate. Revalidation. *BMJ* 1999; 319: 1180-1192. Revisión del estado de la certificación-recertificación en Reino Unido, Estados Unidos, Australia y Nueva Zelanda, Canadá y Holanda.

MOTIVACIÓN, INCENTIVOS, EFICIENCIA Y ÉTICA EN LOS SISTEMAS DE SALUD

PONENCIA ESCRITA

Pablo Lázaro y de Mercado

Director Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud. TAISS. Madrid

1. Introducción

Este capítulo introduce algunas preguntas iniciales:

- ¿Por qué existen ineficiencias en el sector de la salud?
- ¿Qué significa ser eficiente en el sector de la salud?
- ¿Existe incompatibilidad entre ética y economía?
- ¿Es posible aumentar la eficiencia sin conflictos éticos?
- ¿Es posible aumentar la eficiencia y la equidad simultáneamente?
- ¿Qué es lo que motiva a los médicos: ganar dinero, progresar en su conocimiento, curar a los pacientes?
- ¿Cómo satisface la organización las motivaciones de los profesionales?

Los servicios de salud son sistemas cuya misión es contribuir a mejorar la salud de los individuos y de la sociedad en su conjunto. Esta misión la deben llevar a cabo a un coste que la sociedad esté dispuesta a pagar. En este contexto, para situar en los servicios de salud una reflexión apropiada sobre la motivación, la eficiencia y la ética, puede ser útil partir de dos proposiciones. La primera proposición es que el acceso a la prestación de servicios es un derecho de todos los ciudadanos y no debe depender de su riqueza o salario. La segunda proposición es que el objetivo de los servicios de salud es maximizar el impacto sobre la salud de la nación con los recursos que la sociedad establezca para ello. Estas dos proposiciones son asumidas por la mayor parte de los sistemas de salud, y desde luego por el Sistema Nacional de Salud español.

La implicación inmediata derivada de asumir estas dos proposiciones es que es ético ser eficiente (consumir recursos en el mejor uso) y es no ético ser ineficiente, porque ser ineficiente significa que se falla en el objetivo ético de maximizar el impacto sobre la salud de la sociedad con los recursos finitos que la sociedad pone a disposición de los servicios de salud. La encrucijada relevante de tal implicación es la interrelación entre práctica clínica, ética y economía. En esta encrucijada es fundamental la figura del médico. Debido a la importancia de los médicos en el sector de la salud, resulta clave comprender la motivación de los médicos, la forma en que la organización satisface los motivos de sus profesionales y el compromiso que resulta de la interacción entre la estructura motivacional de los profesionales y la compensación que la organización ofrece a sus motivos.

El presente capítulo pretende explorar los fundamentos y las consecuencias de las decisiones sobre el uso de los recursos en los servicios de salud. Los decisores pueden ser planificadores, responsables en la asignación de recursos, gerentes o médicos, entre otros. Este capítulo se centra en el papel de los médicos como decisores en el uso de procedimientos, y explora su papel desde perspectivas de la práctica clínica, de la economía y de la ética. Para facilitar la comprensión de estas perspectivas, se describen algunos conceptos básicos de economía de la salud, de la práctica clínica, de la ética médica y se explora la teoría más aceptada de la motivación humana con énfasis en la motivación en el sector de la salud.

2. Los servicios de salud

Los servicios de salud son sistemas cuya misión es contribuir a mejorar la salud de los individuos y de la sociedad en su conjunto y deben cumplir su misión a un coste que la sociedad esté dispuesta a pagar. Los servicios de salud se enfrentan en las últimas décadas a retos tales como la complejidad de sus servicios, los recursos limitados, la rapidez en la innovación y difusión de tecnologías y procedimientos médicos, las presiones sociales y de los profesionales de la salud en la demanda de servicios y al desconocimiento de los efectos que ello tiene en costes y en el nivel de salud de la población. A estos hechos se añade que en los últimos 25 años el gasto sanitario ha crecido el doble que la riqueza en los países industrializados.

Estos problemas han propiciado que la contención del gasto haya emergido como asunto clave en la política sanitaria de los últimos años en los países desarrollados y que el análisis socioeconómico se haya desarrollado como actividad científica en el campo de investigación en servicios de salud. En este contexto, la investigación en servicios de salud se está configurando como una actividad imprescindible para producir conocimiento mediante el cual se mejoren las tomas de decisiones

dirigidas a mejorar la calidad asistencial, la eficiencia, la equidad y la satisfacción de los profesionales, de los pacientes y de los ciudadanos.

Como los recursos para proporcionar la atención sanitaria son inherentemente limitados, el hecho de optar por mucho de la alternativa A, implica que tenemos que optar por menos de la alternativa B. Este fenómeno se produce tanto a nivel macro (sistema de salud) como a nivel micro (médico-paciente). El problema de elegir en un contexto de recursos limitados a nivel médico-paciente ha sido acertadamente señalado por Williams «...ésta es la atormentada realidad que existe bajo la tensión entre libertad clínica y la responsabilidad social...». Estos hechos sugieren que en una era de recursos limitados y múltiples opciones técnicamente posibles es necesario que las decisiones, y la evaluación de las decisiones, incluyan perspectivas no sólo clínicas sino también económicas y éticas. Con estas perspectivas entrelazadas y complementarias es fácilmente entendible que el énfasis en prestar una atención eficiente (por ejemplo, coste-efectiva) es consistente con atención excelente. Una atención sanitaria más eficiente implica mejor atención para un paciente individual y permite utilizar los recursos de forma que mejore la atención de la población en su conjunto.

Para mejorar las decisiones se debería saber si el sacrificio que realiza la sociedad al dedicar parte de sus limitados recursos a la atención de la salud produce mayor bienestar que si se dedicasen a otras actividades, y si la forma de utilizar los recursos dedicados a sanidad, cualesquiera que éstos sean, maximiza los resultados de salud para la población. En los debates y análisis sobre estas cuestiones suelen aparecer numerosos actores, por ejemplo los financiadores, políticos, proveedores, pacientes o investigadores. La perspectiva de los médicos puede ser la de investigadores, dado que, a veces, son investigadores en los análisis. Pero la relevancia de la perspectiva y del papel de los médicos radica en que son los proveedores de la atención sanitaria mediante la práctica clínica.

3. La práctica clínica

La práctica clínica puede ser definida de forma sencilla como el proceso de la actuación médica en relación con el cuidado del paciente. Los componentes de la práctica clínica son el cuerpo de conocimientos disponibles, los datos clínicos de los pacientes, las percepciones, juicios, razonamientos y decisiones de los médicos, los procedimientos que éstos utilizan, las intervenciones que aplican y la forma en que los profesionales mantienen y perfeccionan sus conocimientos y habilidades clínica. El objetivo fundamental de la práctica clínica es la transformación de una realidad, el estado clínico del paciente. Para cumplir este objetivo, se necesita conocimiento.

La historia científica de la medicina se caracteriza por haber prestado mucha atención a la investigación de las causas y mecanismos biológicos de la enfermedad y muy poca a la comprensión del conocimiento clínico operacional. Apenas se ha investigado sobre el proceso de la práctica clínica y sabemos poco sobre cómo los médicos recaban y usan la información clínica, aplican los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, predicen los resultados y evalúan los intereses y preferencias de los pacientes. Sabemos muy poco acerca de los determinantes y las consecuencias de las decisiones clínicas.

Actualmente la evidencia disponible demuestra la existencia de una enorme variabilidad en la práctica clínica, de tal forma que nuestra sociedad empieza a reconocer que un grado variable de arbitrariedad o discrecionalidad impregna las decisiones médicas y empieza a cuestionarse la idea de que esas decisiones sean, por definición, las mejores entre las posibles. La principal razón de la variabilidad reside en el régimen de incertidumbre con que se realiza la práctica clínica y es consecuencia de la complejidad y la subjetividad del acto clínico tanto como de la escasez de "certezas" en el conocimiento clínico y la relativa impredecibilidad de los resultados en relación con los procedimientos empleados. Aunque por la naturaleza de la práctica clínica no es posible eliminar la incertidumbre, se la puede caracterizar y cuantificar, y se pueden disminuir y minimizar sus efectos adversos mediante el conocimiento científico de la práctica clínica.

4. Importancia de los médicos en los sistemas de salud

En una aproximación superficial, parecería que las decisiones sobre recursos corresponden a los decisores políticos o gestores económicos. Probablemente sea cierto en alguna medida, pero no es menos cierto que las decisiones de los médicos son, al menos, igual de relevantes. Los médicos tienen un papel muy importante en el uso y distribución de recursos de los sistemas sanitarios y, consecuentemente, en la economía de la sociedad. Los ejemplos siguientes pueden ilustrarlo. Eisenberg ha señalado que en Estados Unidos las decisiones de menos del 0,5% de la población (los médicos) contribuyen a un consumo de más del 10% del producto interior bruto (PIB).

En España, en 1990 el gasto sanitario representó el 6,7% del PIB y fue manejado por el 0,38% de la población (médicos) o, si se quiere, por el 1,13% de la población (empleados en el sector de la salud). También en España, el coste medio en recetas prescritas anualmente por tres médicos puede llegar a ser equivalente al coste de inversión de un aparato en resonancia magnética. Pero mientras que la

decisión de adquirir una resonancia magnética requiere ciertos complicados mecanismos reservados a un limitado número de decisores, la prescripción de recetas no tiene importantes limitaciones en la práctica para los casi 40.000 médicos que prescriben con cargo al sistema sanitario público español.

En el año 1990, por ejemplo, la sociedad española dedicó 3,3 billones de pesetas a gasto sanitario, se produjeron más de 5 millones de ingresos hospitalarios y más de 240 millones de consultas en régimen ambulatorio. Este impresionante volumen de costes y actividades fue realizado por 442.000 empleados en el sector de la salud, de los cuales 150.000 eran médicos. La conducta de estos cientos de miles de empleados influirá necesariamente de forma determinante en la cantidad, el tipo y la calidad de procedimientos y, en consecuencia, en el coste y en los resultados. El fundamento de las razones de la importancia de los médicos como proveedores de servicios preventivos, diagnósticos y terapéuticos puede ser explorado desde perspectivas de la economía y de la ética.

5. El papel del médico: una perspectiva desde la Economía

Según la definición más aceptada, economía es "el estudio de cómo las personas y la sociedad eligen emplear los escasos recursos productivos (dinero y otros recursos), que podrían tener usos alternativos, para producir bienes y distribuirlos para su consumo, ahora o en el futuro, entre personas y grupos en la sociedad. La economía analiza los costes y los beneficios de distintos patrones de uso de los recursos". Por lo tanto, la economía como ciencia no trata necesariamente de dinero, sino que más bien es un conjunto de métodos científicos para mejorar el uso de los recursos, que pueden ser usados de diferentes maneras para conseguir diferentes fines. La economía como disciplina trata de proporcionar conocimiento para que el conjunto de los ciudadanos obtenga el mayor grado de bienestar posible a partir de los recursos disponibles. Indiscutiblemente tal objetivo es un objetivo ético.

El contenido conceptual de la definición de economía comentada más arriba es muy superponible a las actividades que realizan los servicios de salud. En los servicios de salud, los decisores (políticos, gerentes o médicos) y la sociedad eligen emplear unos recursos que son escasos. Los recursos pueden ser dinero, metros cuadrados, fármacos o aparatos, y otros recursos no necesariamente obtenibles con dinero, como tiempo, conocimiento, habilidades u órganos disponibles para trasplantes. Los escasos recursos productivos pueden tener usos alternativos. Se pueden utilizar en tratar la enfermedad A con la estrategia X o Y para construir

un hospital o centro de salud, o para medicina preventiva o curativa, por ejemplo. El bien que producen los sistemas sanitarios, que podríamos llamar "salud" se distribuye ahora, en el caso de la medicina curativa, o en el futuro, en el caso de la medicina preventiva. Y también se distribuye entre personas y grupos en la sociedad.

El médico, tratando paciente a paciente, está distribuyendo los recursos que la sociedad pone a su disposición entre niños y ancianos, hombres y mujeres, ricos y pobres, cultos e incultos, o entre habitantes rurales y urbanos. La forma en que se hagan todas estas cosas contribuirá a que se configuren determinados patrones de costes y resultados. Por estas razones, la economía como disciplina científica incluye entre sus aplicaciones naturales a la economía de la salud.

La visión de la atención de la salud desde perspectivas de la economía requiere entender algunas características de este sector. El sector de la atención de la salud considerado como "mercado" no es un mercado "perfecto". En un mercado "perfecto" el precio de los recursos y productos refleja su coste de oportunidad social y en él se garantiza la eficiencia técnica y la eficiencia de asignación. Coste de oportunidad es el verdadero coste de realizar una actividad, es decir, el beneficio no obtenido por haber usado los recursos en la actividad decidida en lugar de haber destinado los mismos recursos en el mejor (el más altamente valorado) de sus usos alternativos.

Eficiencia técnica significa que los bienes y servicios se producen de la forma más eficiente, puesto que los competidores ineficientes son eliminados por el mercado (los consumidores). Eficiencia de asignación quiere decir que los recursos disponibles son asignados a las necesidades con valoración más alta. Aunque hay dudas de que algún mercado funcione de forma perfecta, el mercado de la "atención sanitaria" tiene numerosas excepciones como para ser considerado como mercado "perfecto".

Estas excepciones hacen que las reglas del mercado no funcionen en el sector de la salud y, por lo tanto, la regulación automática por el mercado no conduce necesariamente a la eficiencia en el sector de la salud. Los economistas están de acuerdo en que las excepciones más notables del sector de la salud con respecto a un mercado perfecto son: la impredecibilidad de la demanda, la incertidumbre de las consecuencias de las decisiones, la irracionalidad¹ en las decisio-

¹ Irracionalidad en este contexto significa no maximizar la función de utilidad.

nes de los proveedores y de los consumidores, la existencia de externalidades², y la relación agencial.

En el contexto de este capítulo, la excepción más importante es la relación agencial que están basada en la asimetría de información entre el paciente y el médico. Relación agencial significa que los consumidores (pacientes) no suelen tener los conocimientos necesarios para hacer elecciones apropiadas, lo cual significa que los proveedores de salud (especialmente los médicos) se convierten en piezas clave determinando la demanda asistencial en nombre de los pacientes. Todas las excepciones que tiene el sector de la salud como mercado perfecto, pero especialmente la relación agencial, hacen que exista una enorme variabilidad de la práctica clínica y que la eficiencia no esté garantizada en el sector de la salud. Por lo tanto, intentar mejorar la eficiencia requiere desarrollar medidas para saber si los recursos se utilizan en la mejor de las alternativas posibles. Este conocimiento se logra mediante la evaluación socioeconómica aplicada a los servicios de salud.

Evaluación socioeconómica

Para lograr su misión, los servicios de salud consumen recursos y producen unos resultados. Los recursos pueden ser utilizados de muchas formas y, por lo tanto, los resultados que producirán también serán distintos. La sociedad, de alguna manera, deberá intentar que la relación entre los recursos consumidos y los resultados producidos sea la más favorable posible. Los recursos para proveer atención sanitaria son inherentemente limitados porque los recursos que la sociedad puede dedicar a la salud no son infinitos. Los recursos pueden ser muchos o pocos, pueden ser de alta o de baja calidad, pueden ser menores o mayores que los de otro país, pero siempre son limitados. El hecho de que los recursos sean limitados implica que no necesariamente se va a poder realizar todo lo que es técnicamente posible. Por lo tanto, de forma implícita o explícita, los decisores (médicos, gerentes, planificadores o decisores políticos) están haciendo constantemente elecciones entre distintas alternativas.

En consecuencia, el problema consiste en saber cómo deben hacerse esas elecciones. Para ayudar a elegir entre distintas alternativas, se han desarrollado métodos que en conjunto se podrían denominar evaluación socioeconómica. La evaluación

² En una situación "óptima" de mercado, la posición relativa de cada individuo se produce a partir de cambios *voluntarios*, libres de interferencia. Los efectos externos (externalidades) aparecen cuando una tercera persona recibe un beneficio o incurre en un coste, sin haberlo escogido explícitamente, como consecuencia de alguna decisión de producción o consumo hecha por otro sujeto. Por ejemplo, aplicar tratamiento (incurrir en costes) a un paciente con tuberculosis activa, mejora (produce beneficios) al propio paciente y a otros muchos individuos al evitar contagios.

socioeconómica no necesariamente tiene que ver con el dinero, y no sólo con los costes, tiene que ver en cuenta los resultados y los costes. La evaluación socioeconómica no es una forma de controlar el gasto, por el contrario, es una forma científica de mejorar la toma de decisiones. Ello quiere decir que, en la evaluación socioeconómica en el sector de la salud, los efectos clínicos (resultados) de una intervención deben ser claramente identificados, incluyendo cualquier incertidumbre sobre sus efectos, antes de que sean generadas las hipótesis socioeconómicas relevantes.

Hay varias técnicas para realizar la evaluación socioeconómica de los servicios de salud o procedimientos médicos, pero todas tienen en común que los recursos consumidos son comparados con los resultados. Cada técnica difiere principalmente en cómo mide y valora estos resultados. Los resultados de una intervención pueden ser expresados de cuatro formas: 1) eficacia: efecto producido en la variable de interés en condiciones experimentales, ideales o de laboratorio; 2) efectividad: efecto producido en la variable en condiciones reales; 3) utilidad: cantidad y calidad de vida que un determinado procedimiento aporta a un determinado individuo; y 4) beneficio: cuando los resultados derivados de la intervención son medidos en unidades monetarias.

Eficacia

Eficacia es el efecto producido en la variable a evaluar cuando la intervención es aplicada en condiciones ideales o de laboratorio. Cuando un procedimiento es evaluado mediante un ensayo clínico de diseño aleatorio y es aplicado por equipos bien formados y entrenados, con buenas instalaciones, con criterios de selección y exclusión de pacientes y con seguimiento riguroso, se está evaluando el procedimiento en condiciones óptimas, ideales o de laboratorio. Si medimos los efectos conseguidos en estas condiciones, estamos analizando la eficacia. El análisis de la eficacia, por lo tanto, responderá a preguntas como ¿cuánto disminuye la tensión arterial en los pacientes hipertensos tratados con la droga A comparada con la disminución de la tensión arterial de los pacientes tratados con la droga B en un trabajo experimental? O ¿qué probabilidad de supervivencia tienen a los N años los pacientes sometidos al procedimiento X según el ensayo clínico de diseño aleatorio realizado en el hospital Y, donde tienen una excelente organización, gran experiencia y la mejor tecnología disponible?

En las tecnologías terapéuticas la variable a evaluar puede ser la tensión arterial, el grado de estenosis coronaria, la obstrucción al flujo aéreo, la supervivencia a los cinco años, presencia de síntomas o variables similares. Por lo tanto, las unidades de la eficacia pueden ser, respectivamente, milímetros de mercurio, porcentaje de estenosis, litros por segundo, probabilidades (de sobrevivir, de estar libre de

síntomas) y otras unidades naturales intermedias de salud de esta naturaleza. En las tecnologías diagnósticas, la variable suele expresarse en términos de probabilidad o de ratios, por ejemplo sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo o cociente de probabilidades. Una de las limitaciones del análisis de la eficacia es que representa los resultados obtenidos en condiciones óptimas o de laboratorio, por lo tanto, su generalización es cuestionable.

Efectividad

Efectividad es el resultado obtenido cuando el procedimiento es aplicado en condiciones habituales, en la organización real, con los medios disponibles, sin seleccionar a los pacientes, es decir, en la práctica real del día a día. La diferencia entre eficacia y efectividad depende de las condiciones en que se aplica la tecnología. La efectividad se mide en las mismas unidades que la eficacia, es decir, milímetros de mercurio, litros por segundo, casos diagnosticados, casos evitados, vidas salvadas, años de vida ganados y unidades similares. El análisis de la efectividad responde a preguntas como ¿Cuánto disminuye la tensión arterial en los pacientes tratados con la droga A en relación con la droga B en España? O ¿qué probabilidad de supervivencia tienen a los N años los pacientes sometidos al procedimiento X en el hospital Y? La generalización de los resultados es menos problemática en el caso de la eficacia puesto que en el análisis de efectividad el estudio se realiza en condiciones "reales" pero, a pesar de ello, la efectividad de una tecnología en un centro puede ser distinta de la efectividad en otro centro.

La diferencia entre eficacia y efectividad puede ser ilustrada con el siguiente ejemplo. Supongamos que un artículo publicado en una excelente revista médica internacional basado en un ensayo clínico de diseño aleatorio muestra que la eficacia de una estrategia para el manejo de la hipertensión arterial es del 70%. Es decir, dicha estrategia normaliza la tensión arterial en el 70% de los pacientes hipertensos. Al leer el artículo, un gerente de un centro de salud decide implantar en su medio la misma estrategia para el manejo de la hipertensión arterial. Supongamos que en el centro tienen acceso al programa de manejo de la hipertensión arterial el 80% de los pacientes. Supongamos que los médicos, que están tratando pacientes, pero que no están realizando ningún ensayo clínico sobre hipertensión arterial, diagnostican bien la hipertensión al 80% de los pacientes. Supongamos que los médicos del centro de salud disponen de tiempo y dispositivos organizativos para explicar y prescribir correctamente el tratamiento antihipertensivo, que se compone de dieta, ejercicio y medicación, al 80% de los pacientes. Finalmente, supongamos que el 80% de los pacientes cumplimentan bien el tratamiento. Con estas suposiciones, que son pesimistas, la eficacia (Efecto conseguido en el experimento)

del 70% se traduce en una efectividad (efecto conseguido en condiciones reales) del 29% (70x0, 8x0, 8x0, 8x0, 8=29). Por lo tanto, en este ejemplo, la efectividad está por debajo de la eficacia. Si un ensayo clínico muestra un determinado índice de eficacia, no necesariamente se reproducirá ese mismo índice en la práctica cotidiana, es decir, en la efectividad.

Calidad de vida. Utilidad

El verdadero interés del paciente, cuando le es aplicada una tecnología, es el bienestar que va a obtener, es decir, la calidad de vida que gana y el tiempo que mantendrá esa calidad de vida por el hecho de haberle sido aplicada dicha tecnología. El análisis de la efectividad mide los resultados con unidades naturales, como unidades físicas o probabilísticas, pero no es capaz de predecir la verdadera "utilidad" para el paciente. Para ello, se han desarrollado instrumentos que miden el resultado con dos dimensiones: la calidad de vida y su duración. Esta forma de medir los resultados se llama utilidad. Utilidad es un término usado por los economistas de la salud para referirse al estado subjetivo de bienestar que las personas experimentan en diferentes estados de salud. El análisis de utilidad intenta responder a preguntas como ¿cuál es la calidad de vida que mantienen durante cuánto tiempo los pacientes a quienes se les ha aplicado la tecnología X?

Aunque la mayor parte de los estudios comparan los resultados de los procedimientos en términos de eficacia o efectividad, en los últimos años se ha progresado considerablemente en el análisis de utilidad. La importancia de la calidad de vida es cada vez más relevante tanto en la conciencia de los pacientes como para los sistemas de salud que están cada vez más orientados no sólo a aumentar la supervivencia, sino a aumentar la calidad de vida. Por estas razones se han desarrollado numerosos instrumentos para medir la calidad de vida. Uno de los instrumentos más utilizados para medir la utilidad son los QALY (años de vida ajustados por calidad). Comparar los resultados de dos intervenciones en QALY informa no sólo sobre cuál de las dos intervenciones produce más tiempo de supervivencia, sino además cómo es la calidad de vida de la supervivencia obtenida. Los QALY son una de las unidades más conocidas como medida de utilidad, pero existen otras menos difundidas.

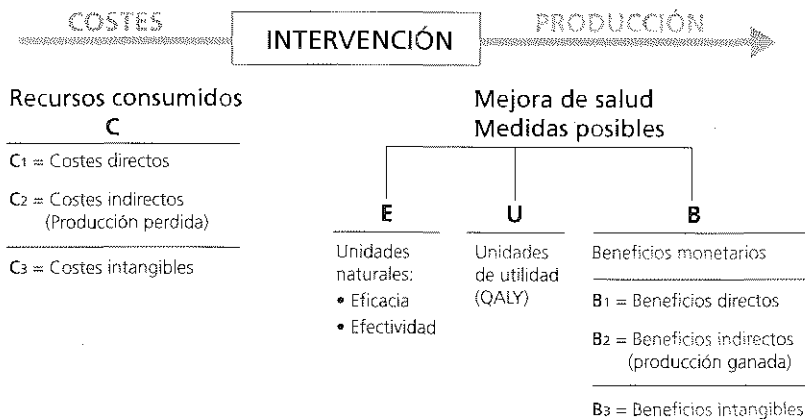
Beneficio

La eficacia, efectividad o utilidad miden los resultados de las intervenciones médicas en unidades no monetarias. Sin embargo, en algunas ocasiones, podría tener interés expresar los resultados en unidades monetarias. Cuando los resultados de una intervención se miden en unidades monetarias, a los resultados se les llama beneficio. La limitación más importante de los análisis de beneficio es la difi-

cultad, y en muchas ocasiones la imposibilidad, de traducir los resultados de una intervención en unidades monetarias. La dificultad básica consiste en las asunciones sobre juicios de valor para valorar ciertos resultados, como por ejemplo asignar un valor monetario a una vida humana, a la pérdida de un brazo o a la sordera. Se pueden asignar valores en relación con el salario del paciente u otras consideraciones, pero cualquier asignación es siempre motivo de controversia. Además hay beneficios (y costes) intangibles que no pueden ser traducidos a valor monetario, como el sufrimiento, la soledad o el dolor.

La eficiencia

Para avanzar conceptualmente sobre el significado de la eficiencia se debe tener presente el objetivo de la organización. El objetivo de los sistemas de salud es aumentar la salud de la población de tal manera que se maximice el impacto sobre el estado de salud de la población a partir de los recursos disponibles. En consecuencia, se entiende por eficiencia la relación entre los resultados obtenidos y el coste (de oportunidad social) de los recursos consumidos para obtener los resultados. Como los resultados pueden ser medidos de varias formas (eficacia, efectividad, utilidad y beneficio), se configuran cuatro formas de análisis de la eficiencia: análisis coste-eficacia, coste-efectividad, coste-utilidad y coste-beneficio (Figura 1).



Formas de análisis de la eficiencia:

1. Análisis coste-eficacia (o efectividad): $(ACE) = (C1+C2)/E; (C1-B1)/E; (C1+C2-B1-B2)/E$
2. Análisis coste-utilidad: $(ACU) = (C1+C2)/U; (C1-B1)/U; (C1+C2-B1-B2)/U$
3. Análisis coste-beneficio $(ACB) = (B1+B2 - C1-C2); (B1+B2)/ (C1+C2)$

A veces se consideran C3 y B3

Figura 1. Análisis de la eficiencia en el sector de la salud

Existe una quinta forma de análisis de la eficiencia que se puede aplicar cuando se tenga certeza de que los resultados de las intervenciones son idénticos. En este caso, el análisis de la eficiencia consiste en analizar los costes y a esta forma de análisis se la denomina análisis de minimización de costes. En general, los análisis de eficiencia se llevan a cabo mediante el cálculo de un cociente en el que el numerador es los costes y el denominador los resultados. De esta manera se informa sobre el coste de salvar una vida, curar una neumonía o disminuir un mm de mercurio la media de la tensión arterial, con cada una de las estrategias comparadas. El análisis de coste-beneficio se puede realizar también por diferencia, de esta manera se informa sobre el beneficio neto de las alternativas comparadas. Esta técnica analítica se puede realizar porque los costes pueden ser considerados como beneficios negativos. En principio, no necesariamente una forma de análisis de la eficiencia es superior a las demás, sino que la elección de una forma u otra de análisis de la eficiencia dependerá de los objetivos del estudio.

En cualquier forma de análisis de la eficiencia se deben enfatizar dos hechos importantes. Primero, el análisis de la eficiencia requiere la consideración explícita tanto de los recursos consumidos (costes) como de las mejoras en la salud obtenidas con el procedimiento aplicado (resultados). Por lo tanto las mejoras en eficiencia deben ser distinguidas de las medidas de recorte de gastos, en las que no se considera la reducción de potencial en los resultados del programa cuando los recursos son reducidos. Es decir, que no necesariamente la opción de menor coste es la más eficiente. En segundo lugar, la evaluación de la eficiencia implica una amplia consideración de costes, no sólo los del lugar donde se aplica la intervención, por ejemplo el hospital, sino también los producidos a otros niveles, tales como en la atención primaria, y los asumidos por los pacientes y sus familias.

La relevancia del análisis de la eficiencia se basa en que como los recursos son limitados, se deben usar de tal forma que maximicen los resultados, es decir, de forma eficiente. Los recursos dedicados a un paciente no estarán disponibles para otro paciente ni para otra actividad. Ello quiere decir que los profesionales de la salud además de considerar los resultados, con algunos de los cuales están familiarizados, deben considerar los costes. La consideración de los costes no sólo no es inmoral, sino que forma parte de la ética social de los que formamos parte del sistema de salud.

6. El papel del médico: una perspectiva desde la Ética

La ética puede ser conceptualizada desde diversos puntos de vista y, por lo tanto, puede ser definida de varias maneras. El Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia Española define la ética como “parte de la filosofía que trata de la moral y de las obligaciones del hombre”. El diccionario de uso del español de María Moliner define ética como “parte de la filosofía que trata del bien y del mal en los actos humanos” y como “el conjunto de principios y reglas morales que regulan el comportamiento y las relaciones humanas”. El diccionario Webster ofrece las siguientes definiciones de ética: “disciplina que se ocupa de lo que es bueno y malo y con el deber y la obligación moral”; “conjunto de principios o valores morales”, “teoría o sistema de valores morales”; y “principios que guían el gobierno de un individuo o de un grupo (ética profesional).

Reiser y Heitman, en una reflexión sobre los valores éticos de la ciencia, definen la ética como la “disciplina que establece criterios y métodos para decidir si las acciones son correctas o equivocadas”. Para ello, la ética define los valores esenciales que guían hacia las acciones correctas, y establece reglas, pautas y políticas que conducen y sustentan tales valores. El conocimiento del ámbito y del discurso de la ética es clave para los profesionales relacionados con la ciencia (y desde luego los profesionales de la salud lo son) porque la ciencia en sí misma está fundamentalmente basada en valores éticos, especialmente en la veracidad y en el beneficio para otros.

El valor de la veracidad se basa en que la ciencia trata de producir conocimiento que represente la comprensión de cómo son las cosas. La veracidad implica, primero, que la adecuada transmisión de conocimiento depende de la objetividad y de la abierta comunicación y, segundo, que el aprendizaje debe basarse en métodos de verificación capaces de eliminar sesgos, y en el intercambio abierto de nuevos métodos y hallazgos.

El valor de la ciencia para beneficiar a otros ha sido reconocido desde la antigüedad, dado que se ha asumido que el conocimiento y la verdad son inherentemente buenos y son una fuente de bien. Históricamente, la capacidad de beneficiar a la humanidad ha sido considerada como una marca importante del conocimiento y como una medida de su valor.

En nuestro medio, Diego Gracia ha realizado importantes aportaciones en el avance de la ética médica partiendo de una exploración científica de la historia del pensamiento, de la historia de la medicina y, específicamente, de la historia de la

ética. Uno de los puntos de partida más interesantes es la aportación de Hipócrates a la ética médica. El punto de vista de los médicos hipocráticos, como científicos conscientes y autocríticos en el mundo clásico, sigue teniendo validez en la actualidad. El juramento hipocrático proclama una serie de estándares éticos para guiar a los médicos en la aplicación de su conocimiento y define la relación entre conocimiento ético y tecnológico. El juramento declara que los métodos y las tecnologías en medicina no deben ser enseñados a menos que se acepten los principios éticos del juramento como guía para su uso. La fórmula era simple: el conocimiento técnico y la autoridad no pueden ser ejercitados en ausencia de responsabilidad ética. La habilidad técnica era insuficiente para crear un médico, se necesitaba, además, aprendizaje ético y humanístico.

Desde Hipócrates, la ética de la práctica médica se basa en seis principios éticos (preservar la vida, aliviar el sufrimiento, no hacer daño, decir la verdad al paciente, respetar la autonomía del paciente y tratar a los pacientes con justicia). Estos principios pueden ser resumidos en tres: 1) principio de beneficencia (incluye los principios hipocráticos de preservar la vida, aliviar el sufrimiento, no hacer daño); 2) principio de autonomía (incluye los principios de decir la verdad al paciente y respetar la autonomía del paciente); y 3) principio de justicia. Algunos autores mantienen cuatro principios éticos porque el principio hipocrático de no hacer daño lo consideran independiente del principio de beneficencia. Al principio hipocrático de "no hacer daño" le dan el nombre de principio de "no maleficencia".

Según el *principio de beneficencia*, los beneficios⁴ para el paciente derivados de la aplicación de una tecnología o procedimiento deben ser superiores a sus riesgos. La aplicación de cualquier tecnología médica conlleva cierto riesgo para el paciente, pero si los beneficios esperados son mayores que los probables riesgos, no se plantea conflicto ético en el principio de beneficencia. El problema es que antes de aplicar la tecnología a un paciente concreto, los riesgos y beneficios son, en el mejor de los casos, conocidos tan sólo en términos probabilísticos. De tal forma que en el principio de beneficencia se configura el binomio proporcionado/desproporcionado, es decir, que debe existir una proporción razonable entre los probables riesgos y los probables beneficios. Por lo tanto, en este principio ético el decisor clave es el médico, que es quien conoce el balance entre riesgo y beneficio para el paciente.

⁴ La utilización del término beneficio en este contexto es más bien coloquial. Se refiere a cualquier resultado beneficioso para el paciente, en lugar de referirse a los resultados expresados en términos monetarios que fue comentado en la evaluación socioeconómica.

El *principio de autonomía* indica que hay que informar adecuadamente al paciente y respetar su decisión en cuanto a la aplicación de la tecnología elegida. En algunas ocasiones, por ejemplo, cuando el paciente tiene problemas de consciencia, el acto positivo de aceptar la aplicación de un procedimiento puede no ser posible. En estos casos, en los que no es posible la “aceptación reflexiva”, algunos autores sugieren como criterio la decisión basada en el “no rechazo”. Pero fuera de estos casos excepcionales, uno de los aspectos clave en la aplicación de este principio es la natural variabilidad en las decisiones de los pacientes. Dos pacientes con la misma condición clínica y enfrentados a la aplicación del mismo procedimiento pueden optar por decisiones diferentes. Ello es debido a varias razones, pero las más importantes son dos: por un lado los valores de los pacientes pueden ser diferentes, por otro lado, la actitud ante el riesgo en relación con los beneficios que aporte la aplicación de una tecnología puede ser también diferente entre distintos pacientes.

De esta forma se configura el binomio ordinario/extraordinario, que de alguna manera evalúa la medida en que la aplicación de un procedimiento es un proceso ordinario o extraordinario para un paciente concreto, y también que lo que es ordinario para un paciente puede ser extraordinario para otro. En el principio de autonomía, el que decide es, en teoría, el paciente. Sin embargo, en la mayoría de los casos el paciente no suele disponer de información suficiente y apropiada para tomar su decisión. En consecuencia, o deja la decisión en manos del médico o bien decide a través de la información y consejos del médico, de manera que en la práctica es el médico, o su influencia, quien tiene el papel relevante en el principio de autonomía. Este hecho implica que, si no se desarrolla el principio ético de autonomía, se corre el riesgo de que el médico desarrolle el efecto moral simétricamente opuesto que es el paternalismo.

El tercer principio es el *principio de justicia*, según el cual una actuación no es ética si no es equitativa, es decir, si no está disponible para todos aquellos que lo necesiten. Asegurar la igualdad de oportunidades de todos los ciudadanos sin ningún tipo de discriminación y evitar las interferencias económicas, son aspectos éticos fundamentales en el acceso a los procedimientos médicos efectivos. Si se pretende aplicar atención beneficiosa (principio de beneficencia) a todos los pacientes que lo necesiten (principio de justicia) es posible que no se disponga de recursos o del tiempo necesario para hacerlo. Por lo tanto puede aparecer un conflicto entre ambos principios éticos. Dicho de otro modo, en el principio de justicia se configura el binomio eficiencia/equidad, que en el ámbito de la relación médico-paciente significa que intentar la eficiencia en un paciente concreto puede comprometer el acceso de otros pacientes a la misma prestación sanitaria.

El médico, en su afán por aportar el mejor y máximo cuidado a un paciente concreto, puede, inadvertidamente, estar evitando la disponibilidad de recursos para otro paciente que necesite ése u otro cuidado. Si un médico dispone de 6 horas para pasar consulta y tiene 20 pacientes y dedica al primer paciente una hora, está aplicando el principio de beneficencia con ese paciente. Sin embargo, inevitablemente al resto de los pacientes les va a dedicar menos tiempo, por lo tanto, está comprometiendo el principio de justicia. Lo mismo ocurre si llegan dos pacientes al servicio de urgencias y sólo hay una cama en el hospital para uno. O si hay dos pacientes para ser operados, a alguno habría que operar primero. De tal forma que, aunque en teoría, el decisor en el principio de justicia es el político o la persona responsable en la asignación de recursos, el médico ejerce un papel muy relevante en la regulación práctica del acceso de los pacientes a los procedimientos y, por lo tanto, el médico tiene también un peso fundamental en la aplicación en la práctica del principio de justicia.

Esta exploración, desde perspectivas de la ética, muestra la importancia y responsabilidad ética del médico en el uso de los procedimientos médicos. Pero a la vez subraya la responsabilidad de los que toman decisiones en política de salud y en asignación de recursos, puesto que deben propiciar el desarrollo de procedimientos efectivos (principio de beneficencia), informar a los pacientes y ciudadanos y promover su participación (principio de autonomía) y desarrollar un sistema de acceso equitativo (principio de justicia).

Como consecuencia de lo explorado hasta ahora, se concluye que el papel del médico en los sistemas de salud es muy relevante, tanto si se explora su papel desde perspectivas de la ética como cuando se explora desde la perspectiva de la economía. En los principios de la ética médica la actitud del médico es fundamental. En los servicios de salud el papel del médico como agente en el contexto de las excepciones de los servicios de salud como mercado perfecto, es también fundamental.

Si aceptamos que el médico es una figura clave en los sistemas de salud, resulta crítico entender cuáles son las motivaciones del médico, cómo el médico valora la forma en que la organización compensa sus motivos y cuál es el compromiso resultante del médico con la organización a la que sirve. Además, un aspecto central en las consideraciones clínicas, económicas y éticas sobre la toma de decisiones de los médicos son los incentivos en la medida que configuran o se adaptan a la motivación de los profesionales.

7. La motivación humana

En general, se admite que las personas trabajan para satisfacer sus necesidades; de manera que se puede aceptar como definición de *motivación* "el impulso en el ser humano que le lleva a actuar para satisfacer unas necesidades". La controversia aparece cuando se intenta concretar cuáles son esas necesidades. Se ha tratado mucho de conocer esas necesidades y de establecer su peso en el comportamiento humano, por ello, se han ido elaborando diversas teorías sobre la motivación humana. Sin embargo, la mayoría de las teorías han tenido un enfoque excesivamente teórico y han sido poco útiles para la conducción práctica de la acción. Además, se ha investigado poco sobre la realidad de la motivación humana y bastante menos sobre la motivación de los profesionales de la salud.

Los sistemas de salud se dedican a producir servicios para satisfacer necesidades humanas externas, es decir, de los ciudadanos. Pero los servicios se producen porque las personas que trabajan en el sistema de salud lo hacen posible, y estas personas también tienen unas necesidades. Si la organización funciona bien, será capaz de generar suficientes valores y obtener suficientes recursos para satisfacer las necesidades de los que contribuyen con su trabajo a generar valores y obtener recursos. De otra forma, la organización no podrá satisfacer lo suficiente a sus profesionales para inducirles a trabajar a cambio de lo que pueda darles.

Cuando pensamos en las razones por las cuales las personas trabajan, de una forma casi automática pensamos en el dinero. Sin embargo, muchas personas no cambiarían de trabajo simplemente porque les paguen más. Algunas personas tienen en cuenta si el trabajo les gusta, si es creativo, si produce algo útil u otras consideraciones. Estas reflexiones tan triviales y de sentido común no son fáciles de tener en cuenta cuando se elaboran teorías sobre la motivación humana. Por ello, no es de extrañar que hasta muy recientemente se haya prescindido de consideraciones clave en la formulación de las teorías sobre el trabajo humano en las organizaciones.

Los modelos mecanicistas

Los primeros científicos que abordaron el análisis de lo que han de hacer las empresas en particular, o las organizaciones en general, tendieron a dejar de lado la cuestión de cómo conseguir que las personas estuviesen motivadas para realizar el trabajo que las organizaciones les pedían. Es decir, tendían a prescindir en sus análisis de la cuestión de por qué una persona decidiría cooperar con la organización en lugar de decidir no hacerlo. En las primeras teorías esta cuestión era tan

trivial que no merecía la pena analizarla: las personas trabajan por dinero. De manera que empezaron a publicarse una gran cantidad de trabajos teóricos que intentaban explorar las respuestas a cuestiones como las siguientes: a) cómo definir qué es lo que cada persona ha de hacer en la organización para que ésta marche bien; b) cómo conseguir que cada persona sepa qué se espera que haga y sea capaz de hacerlo; y c) cómo conseguir que cada persona quiera efectivamente hacer lo que se le pide, dado que eso depende tan sólo de las cosas que la empresa pueda ofrecerle a cambio.

El contenido de estos trabajos trata sobre cómo planificar la acción, cómo comunicar la acción individual requerida y cómo motivar a los individuos. En general, estos aspectos del funcionamiento de las organizaciones están interrelacionados. Por ejemplo, lo que se planifique o cómo se comunique influirá en la motivación. Sin embargo, estas complejas interacciones eran ignoradas en los primeros trabajos sobre la motivación en las organizaciones y trataban cada aspecto aislándolo de los otros, como si fuesen independientes unos de otros. Todos estos análisis, a pesar de su aparente diversidad, tienen una concepción común, un paradigma de base, en su forma de concebir la organización. A esta concepción de la organización se la llama Modelo mecanicista.

En el Modelo mecanicista de la organización, el problema de la motivación de las personas se contempla con *qué* y *cuánto* hay que dar a una persona para que se decida a hacer el trabajo que su organización le pide. Es un problema de *cuáles* han de ser los incentivos y su *cuantía*. En estos modelos se trivializa el problema y se piensa que a efectos prácticos el dinero es un motivador universal y que, por lo tanto, lo único que merecía la pena ser estudiado era cuánto valdría la pena pagar a cambio de un cierto trabajo. Surgen así numerosos estudios, entre los que destacan los de Taylor, sobre incentivos (entendiendo por tales únicamente la retribución) y el modo de relacionar su cuantía con la producción (el trabajo requerido).

Sin embargo, pronto se hizo evidente que sólo con dinero no se conseguía motivar a las personas. El análisis de estos fenómenos fue convirtiéndose en una evidencia científica que en la empresa el dinero no es un motivador universal, que la gente busca "otras cosas" y que a veces no sacrifican estas "otras cosas" a cambio de dinero. Por este camino se inician una serie de descubrimientos en los que aparecen desde la importancia de las condiciones de trabajo hasta las actitudes de los mandos que supervisan, pasando por la influencia del reconocimiento de los éxitos conseguidos por el trabajador, entre otros factores. Sin embargo, estos descubrimientos, en muchas ocasiones se concretaban en técnicas manipulativas basadas

en un psicología superficial. Pero también se empieza a manejar una concepción más profunda del trabajador. Se toma conciencia, a menos a nivel científico, de la necesidad de tener en cuenta las dimensiones psicológicas del trabajador a la hora de motivarle en su trabajo. Se realizan numerosos estudios que intentan explorar el papel de otros factores, además del dinero, que inflúan en la productividad de los trabajadores y su relación con la satisfacción y la motivación.

El más clásico de estos trabajos, realizado a principios de los años treinta en la planta Hawthorne de la Western Electric Company, tuvo cuatro fases: en la primera se centraron en la productividad de los trabajadores; de esta fase pasaron a analizar la satisfacción de los trabajadores; más adelante analizaron la motivación; finalmente, comprendieron que la productividad, la satisfacción y la motivación estaban estrechamente relacionadas entre sí, que había que contemplarlas conjuntamente y que las relaciones no eran fáciles de analizar. Los experimentos de Hawthorne concluyeron que importantes estímulos que afectaban a la satisfacción de los trabajadores y a su motivación para trabajar no procedían de la propia empresa. Surgían de la situación social o psicológica del trabajador y que el propio trabajo creaba y modificaba.

Los modelos psicosociológicos

Mediante los trabajos mencionados más arriba fue naciendo, tanto entre los estudiosos del tema como entre los hombres prácticos, una nueva concepción de la empresa. Frente a la concepción mecanicista aparece la concepción sociopsicológica. A la empresa se la concibe como un organismo social en el que las personas participan para conseguir no sólo unos incentivos, sino también para satisfacer otras necesidades. A los incentivos ofrecidos por la empresa se les deja de considerar la única causa la motivación de la persona. De esta manera, en la década de los cuarenta, al menos el mundo académico y los directivos cultos, abandonan la idea ingenua de los modelos mecanicistas y se preguntan por las necesidades que el ser humano busca satisfacer a través de su trabajo.

Estos temas fueron explorados por Chester I. Barnard en su obra *The Functions of the Executive*, publicada en 1938, en la que aborda con madurez la necesidad de investigar profundamente sobre el ser humano y sobre lo que le mueve a actuar. Esta toma de conciencia para elaborar una auténtica teoría que permita comprender la motivación y mejorar las acciones prácticas en las empresas dio lugar a multitud de investigaciones cuya concepción de fondo ya no es mecanicista, sino psicosociológica.

Estas investigaciones estudian a las empresas como un organismo social en el que se producen y distribuyen bienes económicos pero cuya realidad completa no puede ser captada ni entendida si se observan sólo los procesos que tienen lugar en el plano económico. En las consideraciones sobre la motivación de las personas para trabajar en las organizaciones se empiezan a tener en cuenta los trabajos de algunos científicos, sobre todo del campo de la psicología. Estos trabajos se centran en general en las motivaciones humanas sin referirse específicamente al mundo de la empresa. Tal vez el trabajo de mayor influencia haya sido el del psicólogo norteamericano Abraham Harold Maslow.

La Teoría de Maslow

Maslow describe su Teoría de la motivación en su obra *Motivation and personality* (1954). La Teoría de Maslow consta de dos partes: la primera establece una jerarquía de las necesidades humanas; la segunda parte postula un dinamismo por el que aparecen las motivaciones para satisfacer aquellas necesidades.

Las necesidades se clasifican en cinco tipos:

- a) Fisiológicas: alimento, agua, descanso, protección contra los elementos de la naturaleza y necesidades básicas de este tipo.
- b) De seguridad: protección contra posibles privaciones y peligros.
- c) De pertenencia (sociales): por ejemplo, dar y recibir afecto o sentirse aceptado por otros.
- d) Autoestima: estimación propia (confianza en sí mismo, competencia profesional, conocimiento) y estimación por parte de los demás de las cualidades propias.
- e) Autorrealización: lograr el desarrollo y utilización de las potencialidades que tiene la persona.

En cuanto al dinamismo por el que aparece la motivación para satisfacer esas necesidades, Maslow postula que la motivación para satisfacer una necesidad de tipo superior tan sólo aparece y es operativa cuando están satisfechas las necesidades de tipo inferior (Figura 2). Por ejemplo, una persona estará motivada para satisfacer sus necesidades de seguridad cuando tiene razonablemente satisfechas las necesidades fisiológicas, y así sucesivamente. De manera que buscará satisfacer sus necesidades de autorrealización cuando tenga satisfechas las cuatro anteriores.

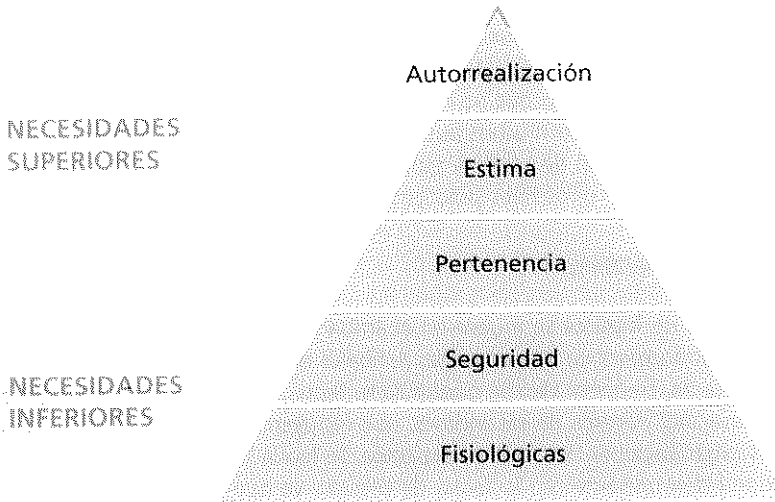


Figura 2. Pirámide de necesidades de Maslow

En realidad, la Teoría de Maslow constituye más bien un marco que ayuda a la observación y a la descripción de los observado, que una teoría en sentido estricto. Los tipos de necesidades que utiliza son, en realidad, una serie de categorías clasificatorias del conjunto de realidades que parece que mueven al ser humano a actuar. Tienen la ventaja de que son categorías muy abiertas y permiten escapar de las fáciles simplificaciones que tienden a reducir los motivos de las acciones humanas a objetivos demasiado estrechos, como el dinero, la comodidad, la admiración. Además, dada su riqueza descriptiva, llaman la atención sobre la multitud y riqueza en los fines que persiguen las personas al actuar. Su inconveniente fundamental estriba en su carencia de una teoría antropológica de fondo, es decir, en su falta de conexión con una concepción del ser humano que explique y dé sentido unitario a todo ese conjunto de realidades que las personas buscan conseguir a través de sus acciones.

Por lo que se refiere al dinamismo postulado para explicar la aparición de la motivación operativa en una persona, el Modelo de Maslow es aún más débil. Es fácil observar que en muchos casos las personas se mueven para satisfacer necesi-

dades de tipo superior, y con motivaciones tan fuertes que las llevan a aceptar cualquier sacrificio para satisfacerlas, en condiciones de casi absoluta insatisfacción de otras necesidades inferiores. Precisamente esto suele suceder en los casos de personas que admiramos, que suelen destacar por la gran calidad humana que se percibe a través de sus acciones. Maslow era muy consciente de las limitaciones de su enfoque: siempre sostuvo que su intento de teoría era útil como marco para futuras investigaciones. Pero muchos autores han simplificado y trivializado el verdadero sentido del Modelo de Maslow para dar un cierto soporte al desarrollo de técnicas que buscaban unos fines prácticos inmediatos.

La Teoría de Herzberg

La obra de Maslow se mueve en el ámbito general de la psicología individual sin referencia específica a la empresa. A finales de los años cincuenta, y a lo largo de los sesenta, Frederick Herzberg formula su Teoría, llamada frecuentemente "higiene-motivación", acerca de los motivos que incluyen en el trabajo de las personas en las organizaciones. En muchos aspectos, la Teoría de Herzberg incluye elementos que están presentes en la Teoría de Maslow ya que propone dos tipos de factores que influyen en la motivación: los factores de higiene y los factores propiamente motivadores. En los factores de higiene, Herzberg incluye los que afectan a las necesidades de jerarquía inferior (por ejemplo, sueldo, supervisión técnica, condiciones de trabajo o reglamentaciones, entre otros). En los factores motivadores aparecen elementos de jerarquía superior (por ejemplo, posibilidades de logro personal, reconocimiento de los logros, naturaleza de la propia tarea, o responsabilidad, entre otros de este tipo).

La Teoría de Herzberg tiene grandes similitudes con la Teoría de Maslow, y también importantes diferencias. Las diferencias se deben al sentido más restringido de la Teoría de Herzberg, que se centra en la motivación para realizar un trabajo en el seno de una organización, no en la motivación en general como elemento impulsor de la acción humana, que es el marco conceptual de la Teoría de Maslow. Así, mientras que en Maslow cualquier necesidad no satisfecha puede motivar la acción, para Herzberg tan sólo motivan positivamente hacia la realización del trabajo los que él llama factores motivadores. La falta de un nivel adecuado en los factores de higiene causa simplemente insatisfacción en el trabajador. Esta insatisfacción desaparece si estos factores se corrigen llevándolos al nivel adecuado o sobrepasando dicho nivel. Pero la desaparición de la insatisfacción no significa que se origine una motivación positiva hacia una mejor realización del trabajo. Según Herzberg, el logro de altos grados de motivación, satisfacción y desempeño del trabajo sólo se consigue a través de los factores motivadores.

Esta postura de Herzberg es la que se encuentra en la base de todos los programas de "enriquecimiento de la tarea", que tan amplia discusión han tenido en las empresas como procedimiento para motivar a las personas hacia una mayor productividad, compatibilizándola con una mayor satisfacción en el trabajo. Probablemente la disparidad más profunda entre ambas teorías se encuentra en el punto más débil de la Teoría de Maslow: el dinamismo que éste postula respecto a la aparición de las motivaciones para satisfacer necesidades de orden superior. Herzberg no entra en esta cuestión porque no es necesaria para establecer sus conclusiones, pero de su estudio se concluye que una persona puede tener necesidades no satisfechas en las áreas de higiene y motivadoras simultáneamente y puede ser motivado por factores motivadores, aunque no esté plenamente satisfecho por los de higiene.

La Teoría X y Teoría Y de McGregor

Douglas McGregor elabora una teoría más completa intentando sintetizar las teorías anteriores. McGregor propone la Teoría X y la Teoría Y como enfoques alternativos de la dirección en su obra *The human side of the enterprise*. En esta obra, McGregor reconoce que en el núcleo de cualquier teoría acerca de cómo dirigir a las personas se incluyen siempre unos supuestos acerca de la motivación humana. En consecuencia, desarrolla la Teoría Y que es en definitiva una teoría de dirección basada en una concepción de la empresa como organismo social, es decir, un paradigma psicosociológico. La Teoría Y aparece como opuesta a la Teoría X, la cual corresponde a la concepción de la dirección propia de un modelo o paradigma mecanicista de la empresa.

En una elaboración posterior, McGregor establece una distinción muy importante entre los factores que afectan a la motivación: *factores extrínsecos* y *factores intrínsecos*. Los factores extrínsecos son los que suelen estar asociados con la satisfacción de las necesidades inferiores de la jerarquía de Maslow, y pueden ser controlados "desde fuera" del individuo: constituyen compensaciones, incentivos, castigos o privaciones que "alguien" desde fuera de la persona le da o le quita para controlar su actuación. Los factores intrínsecos, por el contrario, están más bien ligados a la satisfacción de las necesidades superiores de la persona y ésta los consigue como resultado directo de su propio esfuerzo, es decir, son consecuencias inherentes al propio desarrollo de la actividad. El sentido de logro, los retos, el aprendizaje, la satisfacción de sentirse responsable de algo son ejemplos de estos factores intrínsecos. Para McGregor, estos factores que motivan intrínsecamente para el desarrollo de un trabajo son propiedad de un sistema humano y representan una fuerza potencial que no está en los sistemas mecanicistas, en los que la acción ha de ser movida por factores extrínsecos.

La Teoría Y concibe al directivo como alguien que no sólo motiva ofreciendo estímulos externos sino que, sobre todo, es capaz de encauzar la energía de ser humano para motivarse por los resultados intrínsecos de la acción. McGregor no llega más allá, se limita a apuntar la conexión entre los factores extrínsecos y las necesidades inferiores de Maslow y los factores higiénicos de Herzberg, mientras que los factores intrínsecos los encuentra relacionados con las necesidades superiores de Maslow y los factores motivadores de Herzberg. La correspondencia, sin embargo, no es exacta y, por otra parte, el dinamismo por el que Maslow explica la aparición de la motivación hacia la satisfacción de una necesidad de orden superior no es plenamente asumido por McGregor.

Limitaciones del Modelo Psicosociológico

Las teorías mencionadas permiten hablar de un paradigma común en el análisis de las organizaciones: el paradigma psicosociológico. En este paradigma se incluyen unas ideas sobre la motivación que responden a una imagen de la persona de base psicológica. Las teorías del Modelo psicológico expuestas, y otras afines, tienen dos limitaciones:

- a) Las limitaciones de la metodología inductiva para avanzar en la comprensión de los fenómenos humanos.
- b) El recurso a un modelo psicológico del ser humano que carece de una base antropológica, que permita abordar cuestiones fundamentales (como persona, libertad y otras de las que ya hablaba Chester I. Barnard).

Utilizando los descubrimientos de estos autores, se ha avanzado en una teoría de la motivación de base antropológica que viene a completar las teorías previas.

El Modelo Antropológico o Humanista

Este modelo permite explicar los fenómenos de identificación de las personas con las empresas, el desarrollo de la lealtad hacia las organizaciones, relaciones entre autoridad y liderazgo y temas relevantes que constituyen el interés dominante tanto de los directivos como de los que teorizan e investigan sobre las organizaciones en nuestros días. El impulso más importante en el desarrollo de este modelo conceptual lo dieron Juan Antonio Pérez López y Ouchi, investigadores de la Universidad de Harvard, y en la actualidad es el modelo más admitido.

Según las ideas de McGregor, la motivación podía ser provocada por la búsqueda de unas consecuencias *extrínsecas* a la acción del individuo (incentivos que "alguien"

atribuía a la acción) o por la búsqueda de unas consecuencias *intrínsecas* a la acción (consecuencias para quien realiza la acción, derivadas de la propia realización de la acción). El problema es que no todos los motivos que mueven a la acción a las personas pueden incluirse en esos dos tipos de motivación y, sin embargo, pueden constituir una poderosa fuente de motivación. Por ejemplo, supongamos una madre que se levanta por la noche para atender a su hijo que está llorando. Si el motivo de su acción fuese sencillamente conseguir que el niño se callase porque le molesta el ruido que hace al llorar, podría hablarse de motivación intrínseca. Pero si, como es habitual, lo que quiere es atender al pequeño en lo que necesite, hay que hablar de otro tipo de motivación: la motivación hacia una acción por las consecuencias, por el valor que esa acción tiene para satisfacer las *necesidades de otra persona*. A este tipo de motivaciones se las llama *motivación trascendente* (Pérez López).

El mismo tipo de análisis se puede hacer en casos muy distintos al de una madre de familia, como puede ser el de un vendedor de una empresa. Un buen vendedor, por supuesto, que al realizar una venta está buscando ganar algún dinero, y hacer algo que le gusta hacer y que le supone un reto. Pero, si es un buen vendedor, también pensará *en el cliente*, en que le está ayudando a resolver problemas que el cliente tiene. El conocimiento de que lo que hacemos es útil (algo que los demás aprecian en algún modo como necesario) constituye un factor motivador de una fuerza nada despreciable. Esta motivación surge de los motivos trascendentes. Con el descubrimiento del nivel trascendente de la motivación se completa la Teoría de la motivación, añadiéndose a las Teorías X e Y la Teoría Z (Ouchi).

Los tipos de motivos o componentes de la motivación

La Teoría antropológica o Modelo antropológico de la motivación es capaz de recoger los hechos apuntados, que, por otra parte, están ligados a nuestra experiencia cotidiana y tiene en cuenta que las personas pueden moverse por tres tipos de motivos:

Los *motivos extrínsecos* son cualquier tipo de incentivo que se atribuye a la realización de la acción por parte de otra persona o personas distintas de aquella que ejecuta la acción (por ejemplo, la retribución de un trabajo o las alabanzas que se reciben al hacerlo).

Los *motivos intrínsecos* son los incentivos que provienen de cualquier resultado de la ejecución de la acción para la persona que la realiza y que dependen tan sólo del hecho de realizarla (por ejemplo, el aprendizaje, el reto que produce, el gusto de hacerla o la creatividad que se desarrolla en las acciones).

Los *motivos trascendentes* son los incentivos que provienen de los resultados que la acción produce en otras personas distintas de quien ejecuta la acción (por ejemplo, la satisfacción de producir bienestar a otra persona).

La proporción con que estos motivos están presentes en la motivación humana constituye la *estructura motivacional* del individuo. Lo habitual es que en cualquier acción esos tres tipos de motivos estén presentes. Es normal que un médico, por ejemplo, atienda a sus pacientes guiado por los tres tipos de motivos, es decir: cobrar unos honorarios, desarrollar su competencia profesional y curar efectivamente alguna dolencia que hace sufrir al paciente. Naturalmente, el peso de cada tipo de motivos es diferente para cada profesional; siempre habrá médicos que piensen más en los honorarios, mientras que otros pensarán más en el paciente.

En cualquier nivel de actividad, cualquier responsable a cualquier nivel de la organización, se moverá por ganar dinero, por hacer cosas que le resultan atractivas y para las que se siente preparado o capaz, y también por prestar un servicio, por hacer algo bueno para los que trabajan con él y hacia los que va destinado su trabajo. Como, en definitiva, estos tres tipos de motivos satisfacen las necesidades materiales, necesidades de conocimiento y necesidades afectivas, la calidad de la motivación humana depende de la adecuada proporción de los motivos extrínsecos, intrínsecos y trascendentes.

Una teoría de la motivación humana que reconozca que la motivación para realizar cualquier acción ha de explicarse en función de los tres componentes denominados motivación extrínseca, motivación intrínseca y motivación trascendente, parece recoger los elementos más generales, evidentes e intuitivos, de nuestra experiencia habitual. Su punto de partida es sencillo y realista. Sus consecuencias, sin embargo, no son aparentes a simple vista y en muchos aspectos implican un cambio profundo de nuestro modo de concebir las organizaciones humanas y el desarrollo de las personas como tales. Por eso se habla del tercer paradigma o *Modelo antropológico o humanista* que es el que subyace en la concepción de cualquier organización humana como *institución* y no como sistema técnico o como organismo social.

El modelo antropológico de la organización

El paradigma antropológico contempla a las organizaciones a través de una concepción de la motivación humana en la que ésta es el agregado de tres tipos de motivos: extrínsecos (remuneración), intrínsecos (la propia realización del trabajo) y trascendentes (el valor del trabajo para otras personas). Esta forma de con-

ceptualizar la motivación en el modelo de la organización implica que parte de la motivación no depende tan sólo de lo que se hace sino de para qué se hace, del sentido que tiene, en definitiva, de la utilidad para otras personas.

La motivación es algo que tiene la persona y puede ser diferente de una persona a otra; es decir, el peso de cada uno de los tres motivos (la estructura motivacional) en cada persona puede ser diferente. La estructura motivacional de la persona no es estática ni indiferente a la influencia de la organización. La estructura emocional interactúa y se modifica con la forma en que la organización satisface los motivos de las personas de la organización (Figura 3).

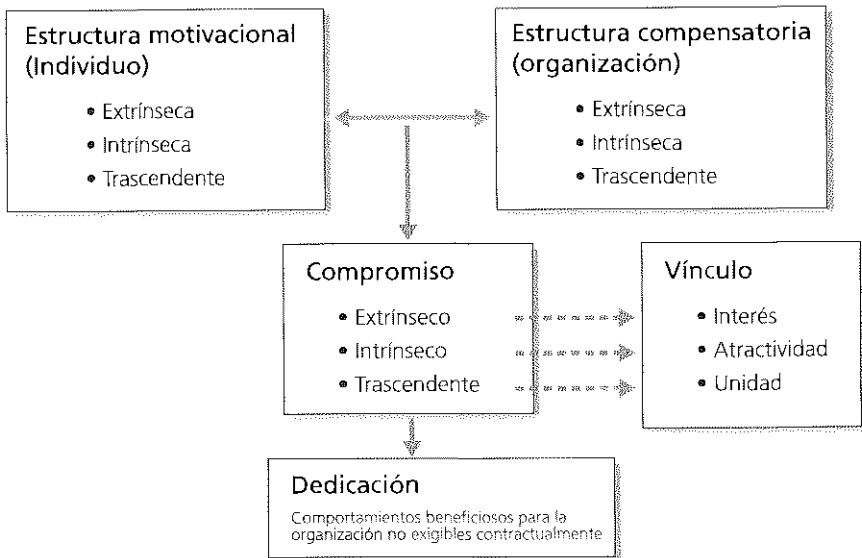


Figura 3. Esquema conceptual de la motivación humana en las organizaciones

De manera que en el Modelo antropológico, la medida en que la organización satisface los componentes de la motivación de sus miembros se denomina *estructura compensatoria*. La compensación de los motivos de los miembros de la organización tiene su paralelismo lógico con la estructura motivacional del individuo. Por lo tanto, la estructura motivacional tiene tres niveles: compensación extrínseca,

intrínseca y trascendente. La *compensación extrínseca* se refiere a la satisfacción de los motivos extrínsecos y, por lo tanto, se refiere a la política salarial, compensaciones financieras y retribuciones similares. La *compensación intrínseca* se refiere a la satisfacción de los motivos intrínsecos y se expresa en la política diseñada para permitir que se desarrolle la creatividad de las personas de la organización, facilitar la producción de conocimiento en la que el individuo esté interesado, facilitar sus intereses intelectuales, herramientas de trabajo y demás satisfacciones que tengan que ver con la tarea en sí misma. La *compensación trascendente* se refiere a la satisfacción de los motivos trascendentes y, por lo tanto, se centra en los valores internos y externos de la organización, es decir, la medida en que la organización proporciona utilidad o valores a los miembros de la organización y a los ciudadanos a los que sirve.

Los tres niveles de la estructura compensatoria son elementos críticos para estimular la motivación de los miembros de la organización, especialmente la compensación trascendente que es el nivel más importante en la configuración de la ética, de la eficiencia y del valor social de la organización.

La interacción de los tres niveles de la estructura motivacional y compensatoria configuran el *compromiso* del individuo con la organización. Por lo tanto, existen tres niveles de compromiso: extrínseco, intrínseco y trascendente. La interacción entre la fuerza motivacional de los motivos extrínsecos del individuo y de la medida en que la organización satisface esos motivos determina el *compromiso extrínseco*. Este compromiso desarrolla entre los miembros de la organización el vínculo de interés. Los individuos permanecen en la organización porque ganan dinero. La interacción entre la fuerza motivacional de los motivos intrínsecos del individuo y de la compensación intrínseca determina el *compromiso intrínseco*. Este compromiso desarrolla entre los miembros de la organización el vínculo de la atraktividad. Los individuos están comprometidos con la organización porque el trabajo es atractivo. La interacción entre la fuerza motivacional de los motivos trascendentes del individuo y de la medida en que la organización satisface esos motivos determina el *compromiso trascendente*. Este compromiso desarrolla entre los miembros de la organización el vínculo de la unidad. Los individuos permanecen en la organización porque están unidos alrededor de los valores internos y externos de la organización. La medida en que predomine uno u otro compromiso o vínculo entre los miembros de la organización conformará sus valores internos y sus valores sociales.

Finalmente, de la interacción de los niveles de compromiso surge un nuevo concepto llamado, en el Modelo antropológico, *dedicación*. Dedicación, en este contexto, se refiere a todos aquellos comportamientos beneficiosos para la organiza-

ción que no son exigibles contractualmente. El grado de dedicación apenas se asocia al nivel extrínseco y por el contrario depende en una gran medida de los niveles intrínseco y trascendente. Las personas que actúan sólo por dinero (nivel extrínseco) sólo suelen hacer lo que está escrito en el contrato, aquello por lo que les pagan, en consecuencia, tienen poca dedicación. Sin embargo, las personas que aman lo que hacen y la organización facilita su creatividad y desarrollo (nivel intrínseco) y las personas que se sienten unidas alrededor de los valores de la organización (nivel trascendente) suelen tener un alto grado de dedicación.

8. El Modelo Antropológico en la organización sanitaria

El Modelo Antropológico de la organización ha mostrado ser el que mejor explica el funcionamiento de las organizaciones. Tiene innumerables ventajas con respecto a los otros modelos que proporcionan una visión limitada de la complejidad de la realidad individual y organizativa, especialmente en el sector de la salud en la que se intenta producir algo valioso para otras personas: su salud. Pero es que además, el profesional de la salud no es una pieza que contribuye a producir resultados en los sistemas de salud. El profesional de la salud, ya sea médico, enfermera, auxiliar o celador, es una persona. Como persona tiene una serie de necesidades materiales, intelectuales y afectivas. De tal manera que es razonable pensar que el grado en que la organización a la que sirve el profesional de la salud satisface sus necesidades contribuye a configurar el comportamiento del profesional, especialmente con sus enfermos, con sus compañeros y con la organización.

Desde estas perspectivas, que integran la motivación del individuo, la medida en la organización satisface sus motivos, y la interacción entre ambas, infiere la importancia tanto de la responsabilidad de los que diseñan o regulan los incentivos (autoridades sanitarias, gerentes, industria o el propio profesional) como en la medida en que los profesionales responden a los incentivos existentes. Desafortunadamente, la mayor parte de los sistemas sanitarios ofrecen pocos incentivos, tanto para los consumidores como para los proveedores, para estimular la eficiencia. Como la eficiencia necesita ser estimulada, no puede darse por garantizada; este hecho contribuiría a explicar las grandes bolsas de ineficiencia que existen en los sistemas sanitarios o las grandes diferencias tanto en la cantidad de servicios prestados como en su tasa de uso apropiado. Por ejemplo, en España en 1988, mientras que unas comunidades autónomas disponían de más de diez instalaciones de tomografía axial computerizada por millón de habitantes, otras no llegaban a tres, estando en relación con la renta per cápita de la región.

En EE UU la probabilidad de que a un hombre de 80 años le haya sido practicada una prostatectomía, varía del 20 al 60%, dependiendo de en qué ciudad habite. Aunque Canadá y Estados Unidos (EEUU) tienen aproximadamente el mismo número de médicos por habitante, EEUU tienen un 33% más cirujanos per cápita que Canadá. Lo cual no significa que los cirujanos americanos estén más ociosos, sino que los ciudadanos estadounidenses reciben un 40% más de intervenciones quirúrgicas per cápita que los canadienses.

Pero no sólo existe una gran variedad en la práctica médica, sino también en el grado de uso apropiado de los procedimientos. En Estados Unidos la proporción de uso inapropiado o dudoso de algunos procedimientos puede variar desde una cuarta parte a dos terceras partes. Y esto ocurre también en contextos con otro tipo de incentivos. En Inglaterra, con presupuesto centralizado y médicos asalariados, la proporción de coronariografías o bypass aortocoronarios inapropiados o dudosos es similar a la de EE UU. En los países donde se ha analizado, las angioplastias coronarias realizadas por razones no apropiadas oscila entre un 15 y un 40%. En España está aumentando a un fuerte ritmo el número de angioplastias, que prácticamente se duplica cada dos años. Se desconoce en nuestro país la proporción de uso apropiado de esta técnica. Si la cifra de uso inapropiado en España fuera sólo del 10% –una estimación conservadora–, el coste del uso inapropiado podría haber llegado a casi 600 millones de pesetas en 1991. Con las mismas asunciones el coste del uso inapropiado en 1998 superaría los 3.000 millones de pesetas.

La conclusión no es que necesariamente haya que racionar la prestación de servicios sanitarios, sino que si fuésemos capaces de eliminar selectivamente los servicios inefectivos, se podría disponer de recursos para atender a quien necesite aplicación de procedimientos diagnósticos o terapéuticos efectivos. De esta forma, sin restringir la prestación de servicios efectivos, se estaría aumentando la eficiencia, la equidad y la calidad del sistema de salud. Pero hasta ahora las políticas diseñadas a involucrar a los profesionales en sus objetivos y en sus valores han dedicado una muy escasa atención a los fenómenos profundos de la motivación humana, y de la compensación, y educación de la motivación humana.

Para intentar promocionar el uso apropiado de procedimientos en la práctica clínica, se han seguido o bien mecanismos de regulación normativa, o regulación por incentivos. Sin embargo, en general, tales intentos no han logrado mejorar aspectos tales como la tasa de uso apropiado, la utilización de los recursos o la mejora en los resultados y, consecuentemente, no han mejorado la eficiencia del sistema. Una posible explicación a este hecho es la escasa calidad de los estándares aceptados sobre el uso apropiado de procedimientos médicos o de las guías de

práctica clínica y los incentivos positivos asociados a ella. En ausencia de tales estándares y tales incentivos no sorprende que en los sistemas de salud coexistan la sobreutilización (uso inapropiado), la infrautilización (procedimientos necesarios que no se realizan) y el racionamiento, bien sea explícito mediante pago, o implícito mediante listas de espera.

En cuanto al desarrollo de estándares de buena práctica clínica, Jennett ha identificado cinco razones principales por qué en algunas circunstancias el uso de un procedimiento puede ser inapropiado: 1) si es innecesario, es decir, que el objetivo deseado se pueda obtener con medios más sencillos; 2) si es inútil, porque el paciente está en una situación demasiado avanzada para responder al tratamiento; 3) si es inseguro, porque sus complicaciones sobrepasan el probable beneficio; 4) si es inclemente porque la calidad de vida ofrecida no es lo suficientemente buena como para justificar la intervención; y 5) si es insensato, porque consume recursos de otras actividades que podrían ser más beneficiosas. Este comportamiento que propone Jennett es un magnífico ejemplo de convivencia de la ética y la eficiencia en los sistemas de salud, y puede ser explorado desde perspectivas motivacionales. Es difícil pensar que este comportamiento se va a producir de forma mecánica sólo por hacerlo explícito y por asociarlo a incentivos o desincentivos financieros, como proponen los modelos mecanicistas. También es difícil pensar que se va a producir sólo por el hecho de que al profesional le guste la tarea que hace, como proponen los modelos psicosociológicos, lo cual podría conducir a realizar más procedimientos de los necesarios. Probablemente ambas consideraciones sean necesarias pero no son suficientes, a no ser que los profesionales de la salud se sientan vinculados con los objetivos y con los valores de la organización, como propone el Modelo antropológico.

9. Práctica clínica, economía y ética: algunos ejemplos adicionales

En numerosas publicaciones médicas, además de los aspectos clínicos, aparecen explícitas o implícitas las connotaciones éticas y económicas de los resultados. Por ejemplo, la mortalidad de la insuficiencia cardiaca congestiva es del 11% cuando el manejo del proceso es de buena calidad, comparada con una mortalidad del 19% cuando la calidad asistencial es baja. Estas diferencias en mortalidad dependiendo de la calidad del proceso se han observado también en otras condiciones clínicas; son excesivamente importantes como para ser ignoradas desde un punto de vista ético y sugieren que no es ético mantener una baja calidad asistencial puesto que de ello depende que una proporción considerable de pacientes se muera innecesariamente.

El consumo de recursos sin justificación ética puede ser ilustrado con el estudio de la variación sobre cómo los médicos solicitan radiografías de tórax a pacientes con síntomas respiratorios dependiendo de que el médico disponga del aparato de rayos x en su consulta o por el contrario que tenga que pedir la radiografía a un radiólogo. En el primer caso el consumo de recursos es multiplicado innecesariamente por seis, sin que de ello se derive un mejor tratamiento para el paciente individual y, consecuentemente, se dejan de utilizar estos recursos para fines que podrían beneficiar a los mismos pacientes o a otros.

En algunos casos, las implicaciones económicas y éticas de la influencia de determinados incentivos son muy evidentes. Por ejemplo, en el caso de la radioterapia y litotricia extracorpórea por ondas de choque (LEOC) en España, los incentivos diseñados (pago por conciertos) por los financiadores del sector público permitieron importantes beneficios monetarios para los proveedores privados de tratamiento mediante LEOC; pero no producían beneficio para los proveedores de tratamiento mediante unidades de megavoltaje. Las implicaciones éticas de tal diseño de incentivos pueden ser comprendidas con la descripción de las siguientes observaciones: primero, la distribución regional en España no es homogénea (existe correlación lineal positiva entre las unidades de LEOC instaladas por unidad de población y el PIB per cápita de la comunidad autónoma); segundo, el sector privado posee el 72% de las máquinas de litotricia instaladas en España, pero sólo el 16% de las instalaciones de radioterapia; y tercero, en España existe abundancia de máquinas de litotricia y escasez de unidades de megavoltaje en comparación con países de nuestro entorno. Considerando, por ejemplo, el principio de justicia se objetaría que se deteriora la equidad por dos razones: primera, la probabilidad de acceder a la tecnología que proporciona el tratamiento es mayor para los pacientes con litiasis renal que para los pacientes con enfermedades neoplásicas que requieren radioterapia; y segunda, la probabilidad de acceder al tratamiento de litiasis mediante LEOC aumenta con la riqueza de la comunidad autónoma donde vive el paciente.

Otro aspecto importante en el análisis de la ética de las decisiones médica es la relación de los médicos con la industria. Por ejemplo, en un reciente estudio, Chren y Landefeld han mostrado la existencia de la asociación entre el hecho de que los médicos soliciten que un medicamento sea añadido al formulario del hospital y la interacción de los médicos con las compañías farmacéuticas. Esta asociación es fuerte, consistente, específica e independiente, y además, la mayoría de los fármacos cuya inclusión se solicitaba, representaban o ninguna o escasas ventajas terapéuticas sobre los medicamentos previamente incluidos en el formulario.

10. Reflexión final

La ética y la economía no son la panacea para resolver los problemas de los sistemas de salud, pero bien entendidas, y bien situadas en perspectivas multidisciplinares, pueden orientar y ayudar a comprender el uso apropiado de los recursos, no sólo sin contradicciones mutuas, sino de forma complementaria. No en vano, la economía, como ciencia, trata de ofrecer a la sociedad el mayor grado de bienestar posible a partir de los recursos disponibles, y ése es un objetivo ético.

Dado que los recursos que la sociedad dedica a la salud son necesariamente limitados, el uso eficiente de los recursos es un imperativo ético. El médico juega un importante papel en el uso de los recursos de los sistemas sanitarios y en su redistribución entre el paciente y la sociedad, por lo cual debe incluir una perspectiva social en sus consideraciones. Sin embargo, a pesar de su importante papel, los médicos solos no pueden resolver los problemas de los sistemas de salud, pero tampoco se resolverán apropiadamente sin su participación colectiva.

El bien entendido uso eficiente de los recursos implica un mejor tratamiento para un paciente individual y permite disponer de recursos para tratar a otros pacientes que necesiten ése u otro cuidado. La ética, la economía, la medicina y otras disciplinas pueden ayudarnos a comprender y resolver los conflictos de interés que pudiesen surgir entre médicos, pacientes y sociedad en el uso de los recursos dedicados a la atención de la salud.

Bibliografía

- Brook RH. Health services research: is it good for you and me? *Acad Med* 1989;64:124-130.
- Culyer AJ. The morality or efficiency in health care – come uncomfortable implications. *Health economics* 1992;1:7-18.
- Drummond M, Stoddart G, Labelle R, Cushman R. Health economics: An introduction for clinicians. *Ann Intern Med* 1987;10:88-92.
- Drummond M. *Assessing Efficiency in the New National Health Service*. Discussion Paper 75. York: Centre for Health Economics. University of York, 1990.
- Gracia D. *Fundamentos de Bioética*. Madrid: Eudema; 1989.
- Jennett B. *High Technology Medicine. Benefits and Burdens*. London: The Nuffield Provincial Hospital Trust; 1984.
- Lázaró P. Evaluación socioeconómica de la práctica clínica cardiológica. *Rev Esp Cardiol* 1998;50:428-443.
- Lázaró P, Azcona B. Clinical practice, ethics and economics: the physician at the crossroads. *Health Policy* 1996;37:185-198.
- Lázaró P, Fitch K. Economic Incentives and the Distribution of Extracorporeal Shock Wave Lithotripters and Linear Accelerators in Spain. *Int J Tech Ass Health Care* 1996;12:735-744.
- Lázaró P, Fitch K. From universalism to selectivity: is “appropriateness” the answer? *Health Policy* 1996;36:261-272.
- Lázaró P, Pozo F, Ricoy JR. Una estrategia de investigación en el Sistema Nacional de Salud: II. Investigación en servicios de salud. *Med Clin (Barc)* 1995;104:67-76.
- Lázaró P. *Evaluación de la Tecnología Médica*. Valencia: M/C/Q ediciones; 1994.
- Lázaró P. Angioplastia coronaria y cirugía coronaria: algunas consideraciones socioeconómicas. *Rev Esp Cardiol* 1993;46 (supl. 3):1-14.
- Luce BR, Elixhauser A. *Standards for the Socioeconomic Evaluation of Health Care Services*. Ed. AJ Culyer. Springer-Verlag. Berlín 1990.
- Maynard A. Incentives for cost-effective physician behaviour. *Health Policy* 1987;7:189-204.
- Mooney GH. *Economics, medicine and health care*. London: Harvester Wheatsheaf; 1989.
- Ouchi WG. *Theory Z*. Massachusetts: Adison-Wesley; 1981.
- Pérez López JA. *La empresa como realidad humana*. Barcelona: Instituto de Estudios Superiores de la Empresa, Universidad de Navarra; 1987. FHN-160.
- Pérez López JA. *Las motivaciones humanas*. Barcelona: Instituto de Estudios Superiores de la Empresa, Universidad de Navarra; 1987. FHN-161.
- Pérez López JA. *Funcionamiento de las organizaciones*. Instituto de Estudios Superiores de la Empresa, Universidad de Navarra; 1985. FHN-165.

Glosario

- Análisis coste-beneficio:** Forma de análisis socioeconómico en el que los costes y resultados se expresan en valor monetario.
- Análisis coste-efectividad:** Forma de análisis socioeconómico en el que los costes se miden en términos monetarios y los resultados se expresan como efectividad.
- Análisis coste-minimización:** Forma de análisis socioeconómico en el que dos o más alternativas producen resultados equivalentes y sólo sus costes deben ser comparados. El análisis identifica la alternativa menos costosa.
- Análisis coste-utilidad:** Forma de análisis socioeconómico en el que los costes se miden en términos monetarios y los resultados se expresan como utilidad.
- Beneficio:** Resultado de una intervención medido en calor monetario.
- Calidad de vida:** bienestar social, fisiológico, mental, intelectual y general de las personas.
- Compromiso extrínseco:** Compromiso que resulta de la motivación y compensación en el nivel extrínseco. Desarrolla el vínculo del interés.
- Compromiso intrínseco:** Compromiso que resulta de la motivación y compensación en el nivel intrínseco. Desarrolla el vínculo de la atraktividad.
- Compromiso trascendente:** Compromiso que resulta de la motivación y compensación en el nivel trascendente. Desarrolla el vínculo de la unidad.
- Compromiso:** Vínculo que une a la persona con su organización.
- Coste de oportunidad:** El verdadero coste del servicio o producto A es el valor de la mejor alternativa que no se puede llevar a cabo por utilizar los recursos en la alternativa A. Los recursos consumidos en la alternativa A no estarán disponibles para la alternativa B.
- Dedicación:** Todos aquellos comportamientos beneficiosos para la organización que no son exigibles contractualmente.
- Economía:** Estudio de cómo las personas y la sociedad eligen emplear los escasos recursos productivos (dinero y otros recursos), que podrían tener usos alternativos, para producir bienes y distribuirlos para su consumo, ahora o en el futuro, entre personas y grupos en la sociedad.
- Efectividad:** Efecto producido en la variable en condiciones reales, es decir en la práctica habitual. Sus unidades son las mismas que en la eficacia.
- Eficacia:** Efecto producido en la variable en condiciones ideales o de laboratorio, por ejemplo en un ensayo clínico aleatorizado. Se mide en unidades naturales que representan a la variable (por ejemplo, mm Hg) u otras medidas como supervivientes, casos evitados o casos resueltos.
- Eficiencia:** Relación entre los resultados obtenidos y el coste de los recursos consumidos para obtener resultados.
- Estructura compensatoria:** Medida en que la organización satisface los motivos de sus miembros.

Estructura motivacional: Composición de motivos extrínsecos, intrínsecos y trascendentes que motivan a cada persona.

Ética: Conjunto de principios y reglas morales que regulan el comportamiento y las relaciones humanas.

Evaluación socioeconómica (en el sector de la salud): Conjunto de métodos que proporcionan información sobre los costes y consecuencias de servicios y procedimientos médicos. Se usa para identificar cuál de varias alternativas requiere los mínimos recursos por unidad de producción o produce los mejores resultados con los recursos disponibles.

Motivación: Impulso en el ser humano que le lleva a actuar para satisfacer unas necesidades.

Motivos extrínsecos: Incentivos que se atribuyen a la realización de la acción por parte de otra persona o personas distintas de aquella que ejecuta la acción (por ejemplo, la retribución de un trabajo o las alabanzas que se reciben al hacerlo).

Motivos intrínsecos: Incentivos que provienen de cualquier resultado de la ejecución de la acción para la persona que la realiza y que depende tan sólo del hecho de realizarla (por ejemplo, el aprendizaje, el reto que produce, el gusto de hacerla o la creatividad que se desarrolla en las acciones).

Motivos trascendentes: Incentivos que provienen de los resultados que la acción produce en otras personas distintas de quien ejecuta la acción (por ejemplo, la satisfacción de producir bienestar a otra persona).

Práctica clínica: Proceso de la actuación médica en relación con el cuidado del paciente.

Principio de autonomía: Principio ético según el cual hay que informar adecuadamente al paciente y respetar sus decisiones.

Principio de beneficencia: Principio ético según el cual los beneficios para el paciente deben ser superiores a los riesgos.

Principio de justicia: Principio ético según el cual una actuación no es ética si no es equitativa, es decir, si no está disponible para todas las personas que lo necesitan.

QALY (Quality Adjusted Life Year): Año de vida corregido por un valor que mide la relativa calidad de vida experimentada.

Resultado: Consecuencia para el paciente por el hecho de aplicarle un procedimiento.

Utilidad: Resultado de una intervención medido en años de vida ganados, ajustados por calidad.



LA PRÁCTICA CLÍNICA

¿PUEDE HABER CALIDAD EN EL SISTEMA SANITARIO SIN BUENA PRÁCTICA CLÍNICA?

PONENCIA ESCRITA

Ricard Meneu de Guillerna

Jefe de Servicio de Excelencia. Dirección General Agencia de Calidad, Evaluación y Modernización de los Servicios Asistenciales. Consejería de Sanidad. Generalitat Valenciana

1. Las palabras y las cosas. Concepciones de la calidad

Entre los aforismos de Litchenberg que recogió André Breton en su *Antología del humor negro*, uno le resultaba especialmente turbador. El que reza escuetamente: “*El cuchillo sin hoja, al que le falta el mango*”. La idea propuesta en el título de esta intervención –la existencia de una “calidad sanitaria” desprovista de buena práctica– es de la misma especie, pero con menos grandeza literaria, ya que desde cualquier perspectiva que considere la buena práctica clínica como un atributo inherente a la calidad una pregunta como la planteada puede parecer absurda, casi una contradicción formal. Convendrá pese a ello no dar nada por sentado, ya que hoy en día por calidad se entiende prácticamente cualquier cosa, empleándose con excesiva frecuencia la expresión como un mero objeto retórico, como una palabra comodín que sirve para aportar un sentido positivo a cualquier afirmación más o menos vacua. A la vista de lo anterior quizá convenga seguir el sabio consejo de Ludwig Wittgenstein (1977): «*Algunas veces es necesario sacar una expresión del lenguaje y mandarla limpiar. Después se la puede volver a poner en circulación*».

A la vista de los múltiples usos que damos a la palabra “calidad”, parece aconsejable pues intentar normalizar previamente el significado del término para evitar caer en razonamientos circulares. El socorrido recurso a la consulta de definiciones puede aportar alguna concreción sobre el significado pretendido con la expresión “calidad de los servicios sanitarios”. Como toda selección, la que aquí se presenta está sometida al ineludible sesgo de quien elige.

Partiendo de una enunciación amplia, como la del diccionario de la Real Academia Española que define “calidad” como “1) *Las propiedades inherentes a una*

cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie. 2) En sentido absoluto, superioridad o excelencia”, podemos ir acotando su aplicación a diferentes ámbitos. Así, para Deming –uno de los “padres fundadores” de la mejora de la calidad en la industria y los servicios– ésta consiste en “cumplir o superar consistentemente las expectativas de los consumidores informados”.

Ya en el ámbito sanitario, debemos a Lembcke –el impulsor de los métodos científicos en las auditorías médicas– una de las definiciones pioneras: “La medida en que los resultados de un servicio médico alcanzan los objetivos fundamentales de prolongar la vida, eliminar las molestias, restaurar la funcionalidad y prevenir la discapacidad”. Su discípulo, colaborador y teorizador de un fructífero marco conceptual para calidad sanitaria, Avedis Donabedian, aportó un enunciado comprensivo: “Lograr y producir salud y satisfacción”. Más recientemente el *Institute of Medicine* ha formulado un desarrollo especialmente atento a la dimensión técnica: “El grado en que los servicios sanitarios aumentan –para los individuos y las poblaciones– la probabilidad de alcanzar los resultados sanitarios deseados, y son consistentes con el conocimiento profesional”.

Pese a esta polisemia, la noción de calidad, además de constituirse en una “idea fuerza”, debería tener un contenido común que permita su evaluación. Para intentar disponer de tal marco de comprensión compartido puede recurrirse a la conocida matriz de Maxwell (1992), que desglosa las diferentes dimensiones de la calidad en seis componentes:

- efectividad;
- eficiencia;
- equidad;
- accesibilidad;
- aceptabilidad;
- idoneidad (adecuación).

A las que cabe añadir algunas más, no menos importantes:

- respeto;
- elección;
- disponibilidad de información.

Incluso, tal y como señala R. Klein (1998), si quisiéramos disponer de un decálogo para los sistemas nacionales de salud, nos bastaría con añadir una más, tan obvia como la exigible *competencia técnica*.

Aunque todas estas dimensiones se interrelacionan constantemente, entrecruzándose las cuestiones clínicas y organizativas, sobre el sufrido papel no parece arriesgado aventurar que las nombradas como “equidad” y “acceso” se refieren esencialmente a la asignación de recursos y su organización, mientras las etiquetadas como “efectividad”, “adecuación” y –atendiendo a la versión extendida– “competencia técnica” corresponden plenamente a la práctica clínica. Cabe entender que estas dimensiones son las de mayor especificidad y relevancia por referirse al núcleo duro de la calidad asistencial, tal y como refleja la definición propuesta por Brook y Lohr (1985), que la considera *“El componente de la diferencia entre eficacia y efectividad atribuible al proveedor del servicio, considerando las condiciones reales en que se lleva a cabo la prestación”*.

En los últimos tiempos ha hecho fortuna la formulación propuesta por Muir Gray (1997) –*“realizar intervenciones eficaces, en las poblaciones adecuadas, de forma efectiva”*– que emplearemos en lo que sigue, traducéndola al lenguaje ordinario como *“Hacer lo que hay que hacer, a quien hay que hacérselo, bien”*. En este enunciado, la primera parte –*“Hacer lo que hay que hacer”*– se referiría a las cuestiones de “adecuación” de la asistencia, que es el objeto de los estudios sobre utilización apropiada de recursos y tecnologías. La segunda preocupación –*“a quien hay que hacérselo”*– es la base de las investigaciones sobre la adecuación de las indicaciones y, en especial, de la variabilidad en la práctica médica. Finalmente, la expresión *“bien”* no es más que una simplificación de conceptos como la “competencia técnica” o el esfuerzo por practicar una “buena medicina” acorde con la mejor información disponible y adaptada a las características particulares de cada paciente.

2. Los problemas de calidad en el ámbito sanitario

Cartografiado el territorio en el que nos desenvolvemos conviene plantearse cuáles son los problemas a resolver para lograr una asistencia sanitaria de mayor calidad. Para ello podemos interrogarnos por algunas situaciones comunes en nuestro entorno. ¿Qué juicio merece una intervención realizada en el centro más eficiente, sin consecuencias negativas para el paciente y con una enorme satisfacción de éste, pero que clínicamente resultaba absolutamente innecesaria? ¿Una demora en la atención o una prolongación indebida de la estancia supone una merma de la calidad? Y prescribir un fármaco eficaz en una situación en la que no es efectivo satisfaciendo al paciente, ¿es una asistencia de calidad?

Los problemas de calidad pueden sistematizarse en tres grandes categorías: sobreutilización, subutilización y utilización inadecuada. Como los fallos se aprecian con más objetividad cuando son ajenos, se ilustran estas situaciones con los ejemplos empleados en una reciente presentación por Donald Berwick (2001), autor de algunos de los trabajos más interesantes desde la perspectiva que nos ocupa (Berwick 1991). La sobreutilización se pone de manifiesto en ese 30% de niños que, en EEUU reciben un exceso de antibióticos para el tratamiento de las otitis, o en el 50% de radiografías innecesarias realizadas a pacientes con dolor de espalda.

Este *potlatch* sanitario –el *potlatch* era un rito de destrucción suntuosa de riqueza llevado a cabo por los indios de la costa noroeste de América, descrito por Marcel Mauss en su *Ensayo sobre el don* (1925), un texto sumamente pertinente para comprender algunas formas de intercambio entre los actores del sistema de salud– coexiste con situaciones de subprovisión de cuidados como las que refleja que el 50% de las personas mayores estadounidenses no reciban vacunación pneumocócica o que a la misma fracción de quienes sufren un ataque cardíaco no se le administre betabloqueantes.

En cuanto a la tercera categoría, la utilización inadecuada, podemos ver su traducción en el 7% de pacientes hospitalarios que sufren errores de medicación grave y en los más de 50.000 norteamericanos que mueren cada año por causas netamente iatrogénicas, cifra que proviene de un riguroso informe del Institute of Medicine publicado por la National Academic Press –*To Err Is Human: Building a Safer Health System*– que ha provocado un enriquecedor debate.

La información existente sobre la situación en España dibuja un panorama no muy diferente. Veinte años después de los trabajos pioneros de Wennberg sobre variaciones en la práctica médica (VPM), la estimación en nuestro país de la variabilidad en las hospitalizaciones de mayores de 65 años ocasionadas por algunas condiciones quirúrgicas comunes (Compañ, Peiró y Meneu 1995) mostró diferencias entre regiones del doble para intervenciones como las cataratas o las hernias. Estas últimas mostraban en todas las comunidades una consistente relación entre sexos de 3 a 1, lo que no impedía que tanto las mujeres como los hombres de algunos territorios fueran sometidos al doble de intervenciones que los habitantes de otros.

Trabajos posteriores con mejores datos, como los procedentes del CMBD, informan de una variabilidad mayor cuando se consideran unidades poblacionales más desagregadas, como las Áreas de Salud (Meneu 2000). Disponemos también de información sobre el grado de adecuación con que se emplean algunos recursos (Peiró y Meneu 1997, Peiró et al. 1994) que muestra cómo, pese a lo heterogéneo

de los centros y procedimientos estudiados, en torno al 30-40% de las estancias hospitalarias y el 15-30% de los ingresos resultan inadecuados.

Este tipo de evaluaciones permiten apreciar cómo la agregación de pequeños problemas de calidad –demoras, solicitudes inadecuadas de exploraciones, circuitos ineficaces, etc.– se traducen en mermas importantes de la calidad global de la asistencia prestada (Carrasquer 2000). Aunque existe menor información sistemática sobre la calidad en Atención Primaria, un estudio de la Agencia d’Avaluació de Tecnologies Mèdiques catalana encontró un 44% global de prescripción clínicamente inadecuada de antibióticos para procedimientos respiratorios (Caminal, Rovira y Segura 1999).

3. Especificidades de la calidad en la asistencia sanitaria

Sin ningún ánimo genealógico ni de reivindicación étnica, sino con el fin de contextualizar adecuadamente los esfuerzos de mejora de calidad en el ámbito sanitario, convendría comenzar afirmando algo que a menudo se olvida: *“La preocupación por la calidad y su evaluación en sanidad no nació en Japón”*. Aunque en la última década nos hemos ido familiarizando con los conceptos y herramientas usadas de la mejora de la calidad, persisten resistencias que niegan su utilidad alegando las especificidades inherentes a la práctica clínica. Los intentos para introducir los desarrollos de Ishikawa, Imai, Juran o Deming, sin considerar suficientemente las necesarias adaptaciones al medio, pueden haber hecho un flaco favor a la mejora de la calidad sanitaria.

Sin desdeñar la indudable aportación de buena parte de las estrategias de calidad incorporadas a la gestión sanitaria, puede apreciarse una insuficiente consideración de los esfuerzos llevados a cabo por los profesionales para la continua mejora de sus servicios y los resultados que de ellos se derivan. Las iniciativas profesionales encaminadas a formalizar estrategias de garantía de la calidad asistencial basadas en el escrutinio de los procesos llevados a cabo y el análisis de los resultados obtenidos se remontan, al menos, al momento de la implantación de la formación y el ejercicio “flexneriano” de la medicina, un cambio radical que tuvo lugar casi dos décadas antes de las primeras aplicaciones estadísticas al control de los procesos industriales.

La sociedad hace tiempo que confió a las corporaciones de sanitarios la garantía y el control de la adecuación de sus servicios, dando lugar a lo que ahora se conoce como el enfoque tradicional de la calidad de las sociedades profesionales y que ha venido desarrollándose de manera ininterrumpida a través de la evaluación *inter pares*. La extensión de algunos estándares clásicos, como los relativos al con-

trol de infecciones, la documentación de incidencias o la indicación de las necropsias son una muestra de lo arraigado de estas estrategias entre los profesionales de la salud. Parece pues sensato buscar la articulación de esta tradición con el empleo del instrumental de las modernas técnicas de mejora de calidad. Por emplear una imagen intuitiva, ¿no pueden considerarse las sesiones clínicas como una “adaptación” sumamente adecuada de los “círculos de calidad” a las especificidades de la asistencia sanitaria? En este sentido, injertar e hibridar puede ser más fértil que pretender reforestar.

Las especificidades sanitarias a las que venimos refiriéndonos se centran en la particular relación existente entre la eficacia de las tecnologías médicas, la efectividad alcanzada en su aplicación y la diferente eficiencia y calidad que logran. El hecho de que las tecnologías no eficaces no pueden ser efectivas, y las no efectivas no pueden ser eficientes (Ortún y Rodríguez 1990), propicia las relaciones entre reducción del uso inadecuado y mejora de la eficiencia.

Desde esta óptica puede definirse la utilización inadecuada –uno de los problemas de calidad prevalentes– como “*el empleo de una tecnología médica de eficacia demostrada en situaciones en las que no es efectiva o para la que existen alternativas más eficientes*”. Y la calidad como la minimización de las diferencias entre eficacia y efectividad atribuibles a la atención sanitaria.

4. Estrategias clínicas para la mejora de la calidad

Las estrategias de garantía de calidad pueden agruparse en tres grandes categorías: las que pretenden estandarizar habilidades, las que buscan normalizar resultados y las que se orientan a tipificar los procesos. El gráfico adjunto, tomado de Sutherland y Dawson (1998), muestra las repercusiones de cada uno de estos enfoques sobre la autonomía clínica, la transparencia de las actuaciones y sus costes.

Tabla 1. Repercusiones de diversas estrategias de mejora de la calidad

| | Estandarización de habilidades | Estandarización de resultados | Estandarización de procesos |
|-------------------|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Autonomía clínica | +++ | ++ | + |
| Transparencia | + | ++ | +++ |
| Costes | + | ++ | +++ |

Tomado de: Sutherland K, Dawson S, 1998, a partir de Mintzberg H, 1979.

A nadie le pasará desapercibido que estos tres enfoques –las actuaciones organizativas y estructurales como la selección de profesionales o la evaluación de la eficacia, la estandarización y control de las actuaciones y la comparación de resultados– se corresponden estrechamente con el trípode de Donabedian: estructura, proceso y resultado. Un marco conceptual sencillo y aun útil, por más que algunos lo sigan declarando muerto y fallido.

Aunque para su consecución abordemos los requisitos de la prestación asistencial y su proceso, mejorar la calidad asistencial consiste en optimizar los resultados obtenidos en las diferentes dimensiones consideradas. En síntesis, se pretenden alcanzar tres clases de resultados:

- a) **Resultados físicos.** Se consideran aquí los resultados clínicos: consecución de los objetivos diagnósticos y terapéuticos y evicción de complicaciones, de acuerdo con la percepción de los pacientes de la deseabilidad de esos resultados.
- b) **Resultados de servicio.** Se refieren a los aspectos de satisfacción alcanzada por los pacientes y su entorno, la comunidad, el conjunto de los profesionales y los compradores y financiadores de la asistencia sanitaria. Hay que incluir aquí las cuestiones de accesibilidad a los servicios, entre las que se cuentan las demoras y esperas.
- c) **Resultados de costes.** Suponen otro de los resultados del proceso clínico y deben considerar tanto los costes de la asistencia como los de la “carga de la enfermedad” inadecuadamente resuelta.

Sirva esta clasificación para recordar que, pese a su importancia central en la determinación de la calidad alcanzada, la dimensión “técnica” no es la única faceta relevante de la actuación profesional. Para proporcionar una muestra concisa de cómo en la valoración de la calidad asistencial cuentan otros elementos distintos de los estrictamente técnicos son demorarnos en las complejidades de la satisfacción de las expectativas de los pacientes (Parasuraman et al. 1985) recurriremos a una cita de *La muerte de Ivan Ilich* de Lev Nikolayevich Tolstoy (1986): “Para Ivan Ilich lo único que tenía importancia es si se trataba de un caso grave o no. Pero el doctor no atendía a tan inadecuada pregunta. Desde su punto de vista eso no era algo digno de consideración, ya que la cuestión relevante consistía en decidir si se trataba de un riñón flotante o de una inflamación intestinal”.

Mejorar la calidad asistencial supone actuar sobre los determinantes de la misma: la incertidumbre que preside la actuación clínica y se traduce en una heterogenei-

dad de estilos de práctica y los condicionantes organizativos que imponen restricciones a una práctica de calidad o desincentivan actuaciones tendentes a su mejora. Ciñéndonos a las vías clínicas para la consecución de una adecuada calidad asistencial, ante procedimientos donde existe un claro acuerdo sobre su efectividad hay que favorecer la difusión de información a los clínicos de forma eficaz, comprensible y rápida; la retroalimentación (*feed-back*) sobre los propios resultados; promover las actividades de revisión de la utilización por pares y diseñar incentivos que estimulen la calidad y la adecuación.

Al enfrentarse a procedimientos donde existe incertidumbre, apoyar la investigación y la difusión de la mejor información disponible; recurrir a los métodos de consenso, y prestar una especial atención a las utilidades de los pacientes. Al menos en los casos en que la evidencia disponible no puede traducirse en un resultado inequívoco, deben desarrollarse estrategias de transferencia de información y elección informada. Estrategias que además deberían extenderse a toda intervención en que la dimensión relevante, o una de las dimensiones en conflicto, fuese esencialmente subjetiva, como calidad de vida frente a prolongación de supervivencia (Meneu, Ortún, Peiró 1999).

En la búsqueda de la mejora continua de la calidad asistencial la primera etapa es interrogarse sobre los problemas que la erosionan. Para identificar y conocer estos problemas hace falta más investigación sobre la inadecuación en la asistencia primaria. No obstante, la revisión de los trabajos existentes puede orientar ya las intervenciones hacia problemas con amplia presencia y de repercusiones importantes. La creciente preocupación por la adecuación de las actuaciones sanitarias no es más que la adaptación a la información disponible del objetivo central de la sanidad: *"Asistir correctamente y con los medios más apropiados a quien lo necesita"*. Siendo más conscientes de las dificultades del empeño y disponiendo de una más clara comprensión y mayor conocimiento de las formas y repercusiones de los posibles fallos, se dispone de bases más sólidas para seguir mejorando. Y ahondar en los mecanismos e instrumentos desarrollados durante décadas para lograr la excelencia profesional es una estrategia de efectividad contrastada.

Bibliografía

- Berwick D. *Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America*. <http://www.hsph.harvard.edu/qcare/series.html>.
- Berwick DM. Controlling variation in health care: a consultation with Walter Shewhart. *Med Care* 1991; 29: 1212-1225.
- Brook RH, Lohr K. Efficacy, effectiveness, variations and quality. Boundary-crossin research. *Med Care* 1985; 23: 710-722.
- Caminal J, Rovira J, Segura A. *Estudi de la idoneïtat de la prescripció del tractament antibiòtic a l'atenció primària i dels costos derivats de la no adequació*. AATM-Breus (BR9903). Barcelona: AATM, 1999.
- Carrasquer Moya C. *Utilización inadecuada de la hospitalización en asma, EPOC y neoplasia pulmonar* (Tesis). Valencia: Universitat de Valencia, 2000.
- Compañ L, Peiró S, Meneu R. Variaciones geográficas en hospitalizaciones quirúrgicas en ancianos: una aproximación a partir de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. *Rev Gerontol* 1995; 5: 166-170.
- Klein R. can policy drive quality? *Quality in Health Care* 1978; 7 (Suppl): S51-S53.
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (eds.). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, D.C.: Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine-National Academy Press; 2000.
- Maxwell R. Dimensions of quality revisited: from thought to action. *Quality in Health Care* 1992; 1: 171-177.
- Mauss M. Essai sur le don (1995). En: *Sociologie et anthropologie*. Paris: PUF, Quadrige, 1997.
- Meneu R. *Producción de servicios sanitarios, discrecionalidad médica y eficiencia económica* (Tesis). Valencia: Universitat de Valencia, 2000.
- Meneu R, Ortún V, Peiró S. Medicina basada en la evidencia: posibilidades y limitaciones para la compra de servicios. En: López-Casasnovas G, ed. *La Contratación de Servicios Sanitarios*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 1999.
- Mintzberg H. *The structuring of organisations*. Englewood Cliffs NJ: Prentice Hall, 1979. (Hay traducción castellana: La estructuración de las organizaciones. Barcelona: Ariel, 1985).
- Muir Gray Ja. *Evidence-based health care*. 1997. Edinburg: Churchill Livingstone.
- Ortún Rubio V, Rodríguez Artalejo F. De la efectividad clínica a la eficiencia social. *Med Clin (Barc)* 1990; 95: 385-388.
- Oterino D, Peiró S, Portella E, Marchan C, Aymerich S. Utilización innecesaria de la hospitalización: importancia de la gestión a nivel de servicio. *Rev Calidad Asistencial* 1994; 1: 4-12.
- Parasuraman A, Zeithami VA, Berry LL. A conceptual model of service quality and its implication for further research. *Journal of Marketing* 1985; 49: 41-50.
- Peiró S, Meneu R, Martínez E, Roselló ML, Portella E. ¿Qué miden los grupos relacionados de diagnóstico? *Med Clin (Barc)* 1994; 103: 413-417.

- Sempere Selva T, Peiró S, Sendra Pina P, Martínez Espín C, López Aguilera I. Validez del protocolo de adecuación de urgencias hospitalarias. *Revista Española de Salud Pública* 1999; 73 (4): 461-475.
- Sutherland K, Dawson S. Power and quality improvement in the new NHS: the roles of doctors and managers. *Quality in Health Care* 1998; 7 (Suppl.): S16-S23.
- Tolstoy LN. *Smert Ivana Ilich* (1986). Última versión al castellano: Tolstoy LN. *La muerte de Ivan Ilich y otros relatos*. (Traducción de Augusto Vidal). Barcelona: Folio; 1999.
- Wittgenstein L. *Vermischte Bemerkungen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, 1977. (Última traducción española: *Aforismos, cultura y valor*. Colec. Austral. Madrid: Espasa Calpe; 1995.

EFFECTIVIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: ¿ESENCIAL O CIRCUNSTANCIAL EN LA GESTIÓN DE LA CALIDAD?

PONENCIA ESCRITA

Marc A. Ribó Golovart

Director del Distrito de Atención Primaria Sevilla Este-Sur

La pregunta que da título a este capítulo ha quedado claramente respondida el anterior de Ricard Meneu. La efectividad es esencial en la gestión de la calidad.

1. El punto de vista de un gestor

Por definición, si hay gestor es que los recursos están limitados. Nuestra responsabilidad es equilibrar recursos disponibles, evidencia científica y valores de la sociedad (1). Que suelen corresponder respectivamente a los puntos de vista de gestores, profesionales y ciudadanos (Figura1).

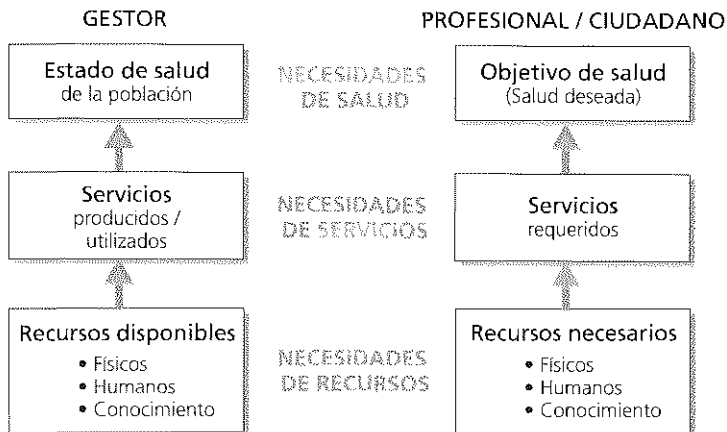


Figura 1. Valores, necesidades y recursos de gestores, profesionales y ciudadanos

Los ciudadanos, partiendo de las necesidades de salud a cubrir y los clínicos de las evidencias científicas disponibles para su solución, exigen los recursos necesarios. El gestor, debe recorrer el camino inverso: partir de los recursos que la sociedad ha decidido dedicar para este fin y organizar los servicios para que sean más eficientes, efectivos y equitativos en la solución de estas necesidades de salud.

En el caso de la gestión pública de los servicios de salud, puede añadirse otra fuente de contradicciones importantes dado que gran parte de la población y de los clínicos conservan aún paradigmas de la medicina liberal en el entorno de la medicina pública (Figura 2).

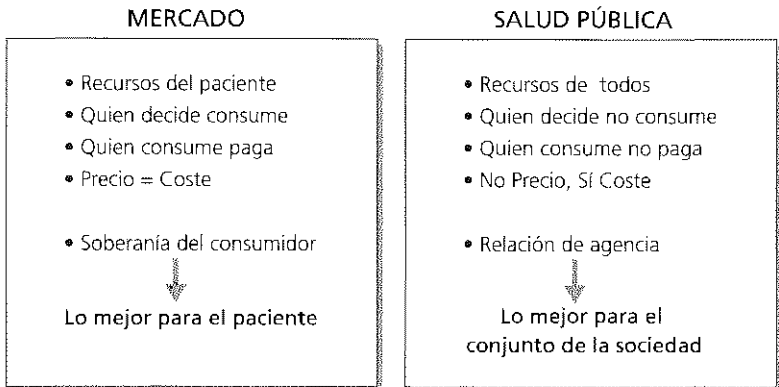


Figura 2 . Paradigma liberal (ciudadano / clínico) frente a paradigma de salud pública (gestor público)

2. El principal problema es de efectividad clínica

“El principal problema del NHS no es de orden financiero u organizativo, sino de efectividad clínica” (5). La situación es fácilmente extrapolable a nuestro medio: no nos faltan precisamente problemas financieros ni organizativos, pero de nada sirve dar servicios, por eficientes que sean, si no son efectivos.

Si intentamos simplificar la evolución de estas últimas décadas, se ha pasado del discurso de la eficiencia (en el que gran parte de población y clínicos nos ve aún fosilizados a los gestores) al de la efectividad (6):

| | | | |
|------|-------------------------------------------|--------|--------------|
| 1970 | Hacer las cosas al menor coste | —————▶ | EFICIENCIA |
| 1980 | Hacer mejor las cosas | —————▶ | CALIDAD |
| | = hacer correctamente las cosas | | |
| 1990 | Hacer las cosas correctas | —————▶ | EFFECTIVIDAD |
| 2000 | = hacer correctamente las cosas correctas | | |

La respuesta a la cada vez mayor presión de la sociedad para que pasemos de un sistema de decisiones basado en las opiniones a un sistema basado en las evidencias (gestión de servicios de salud basado en la evidencia) presenta dificultades añadidas en Atención Primaria (AP) (3):

- Dificultad en la definición del diagnóstico exacto de muchos pacientes
- Limitaciones de la información económica disponible
- Especial dificultad en la previsión de la demanda de los pacientes
- Médicos y enfermeras, generalmente desbordados por la asistencia, no tienen tiempo de planificar y priorizar los servicios
- Su rendimiento, generalmente basado en el número o volumen de los servicios, no favorece un uso coste-efectivo de los recursos

3. El Distrito de Atención Primaria Sevilla Este-Sur

El Distrito de AP Sevilla Este-Sur atiende una población de 650.000 habitantes, la mayor parte de la Ciudad de Sevilla, más los pueblos de la margen derecha del Guadalquivir, río abajo, hasta los límites del Coto de Doñana. Consta de 34 Centros de Salud en el que trabajan 1.335 profesionales (325 Médicos Familia, 95 Peditras, 340 Enfermeras, etc.) y está en una situación de cambio organizativo intenso, habiendo alcanzado el 100% de población cubierta por el nuevo modelo reformado de la AP (cuando en 1998 sólo lo estaba el 25 %).

Su actividad se desarrolla en las dimensiones definidas por:

- El Plan estratégico del Servicio Andaluz de Salud (SAS) (*).
- El Plan de Calidad de la Consejería de Salud (**).
- Los nuevos Contratos-Programa (CP), cuatrienales, de los Distritos de AP (CP 2001-2004).

1. El *Plan Estratégico del SAS* establece 3 retos:

- a) Trasladar mayor poder al ciudadano
- b) Otorgar mayor autonomía al profesional
- c) Consolidar, innovándolo, el Sistema Sanitario Público

Otorgar mayor autonomía al profesional implica la potenciación de la gestión clínica, facilitando el acceso a los sistemas de información clínica actualmente disponibles, adecuando la formación a las necesidades de la organización y a las preferencias de los profesionales y adaptando la cartera de servicios a las nuevas demandas y conocimientos.

2. El *Plan de Calidad de la Consejería de Salud* desarrolla una visión estratégica del modelo de atención sanitaria basado en la estructuración por procesos, desde la perspectiva de la continuidad asistencial como elemento que garantice la calidad integral; requiere profesionales capaces de obtener la información precisa, leerla críticamente, adaptar y aplicar guías de práctica clínica basadas en la evidencia y una organización que facilite todo esto con creación de gestión del conocimiento pensamiento compartido.

3. Desde 2001 los *contratos-programa de AP* son cuatrienales y deben ir precedidos de un Plan Estratégico (2000) previo a la acreditación del Distrito. El nuestro lo basamos en el desarrollo paralelo de dos facetas de la organización:

a) Gestión de Competencias

- Descentralización en unidades clínicas
- Sistemas de atención basados en la continuidad asistencial y la atención de procesos utilizando las mejores evidencias disponibles
- Desarrollo profesional: Capacitar a los clínicos para utilizar la MBE como parte del proceso de toma de decisiones clínicas

b) Gestión del Conocimiento

Considerar que el principal activo a gestionar por la organización es el conocimiento.

Se trataba, en definitiva, de potenciar la interdependencia entre desarrollo profesional y desarrollo organizacional (Figura 3).



Figura 3. Interdependencia entre desarrollo profesional y desarrollo organizacional (Muir Gray 1997) (6)

4. El Distrito de Atención Primaria como organización de conocimientos

Concebimos el distrito como organización de conocimientos (LO), no sólo para compensar la “pendiente resbaladiza” (7) del deterioro del conocimiento que todo profesional sufre con el tiempo (Figura 4) .

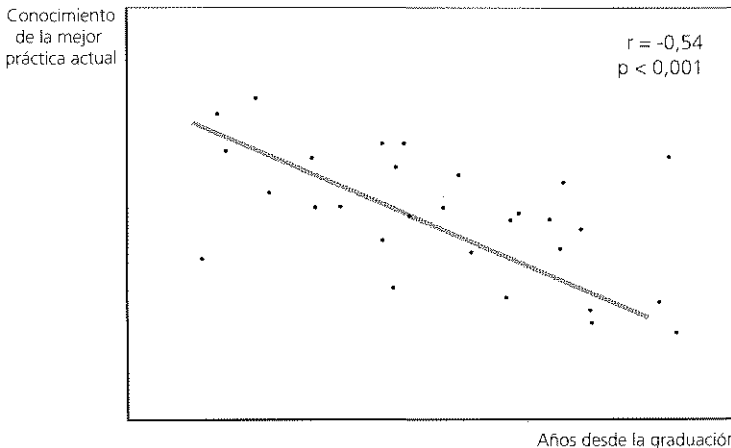


Figura 4. La depreciación del conocimiento con el tiempo (diapositiva del Centro Cochrane Español)

Toda organización en la que el ritmo de adquisición de conocimiento (L) no supere el ritmo de cambio (C) tiene comprometida su supervivencia (8).

$$L \geq C$$

Debiéndose fomentar una cultura organizacional que asuma la sincera creencia en el potencial humano, el convencimiento de que quien mejor conocimiento tiene es quien más cerca está del proceso asistencial, la tolerancia a los errores, la ausencia de complacencia y la mirada continua al exterior en busca de oportunidades de aprendizaje.

5. La Medicina Basada en la Evidencia

Rara vez surgen oportunidades y hay que aprovecharlas. El interés de los profesionales por la medicina basada en la evidencia (MBE), el buen recibimiento y participación de los Seminarios de MBE en AP que venían organizándose en el Distrito desde llevaban varios meses reuniéndose en el Distrito y nuestro convencimiento de que nos daba, por fin, un lenguaje común entre gestores y clínicos; hizo que enfocáramos la mejora de la efectividad clínica a través de la difusión de la MBE (Figura 5).

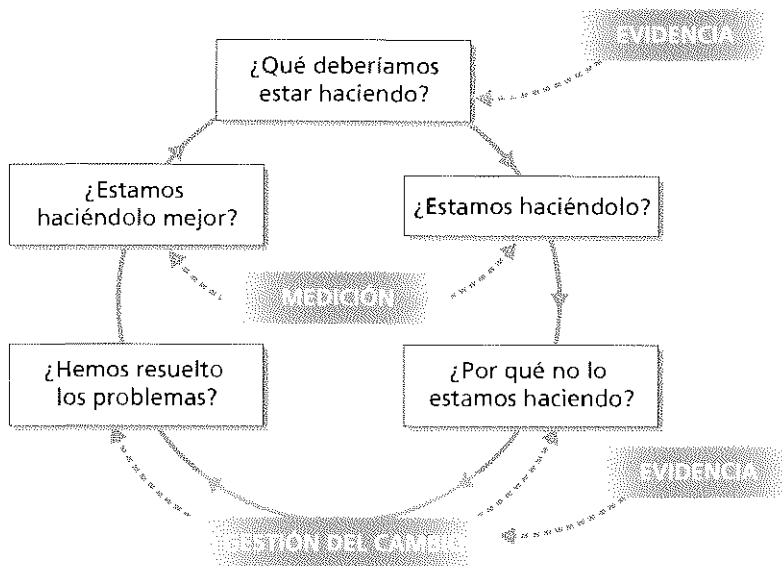


Figura 5. Enfoque de la mejora de la efectividad clínica

Con una meta concreta, a corto plazo, en nuestro Plan Estratégico: *a finales de 2000 más del 10 % de los facultativos estarían formados con capacidad de enseñar MBE* (búsqueda de las mejores evidencias, lectura crítica, adaptación de guías de práctica clínica basadas en la evidencia.)- objetivo que se ha cumplido ampliamente.

La cantidad de información a manejar para tratar de forma actualizada cada proceso desborda con mucho la capacidad de cualquier clínico y el tiempo necesario para hacer una buena revisión sistemática es muy alto (Figura 6).

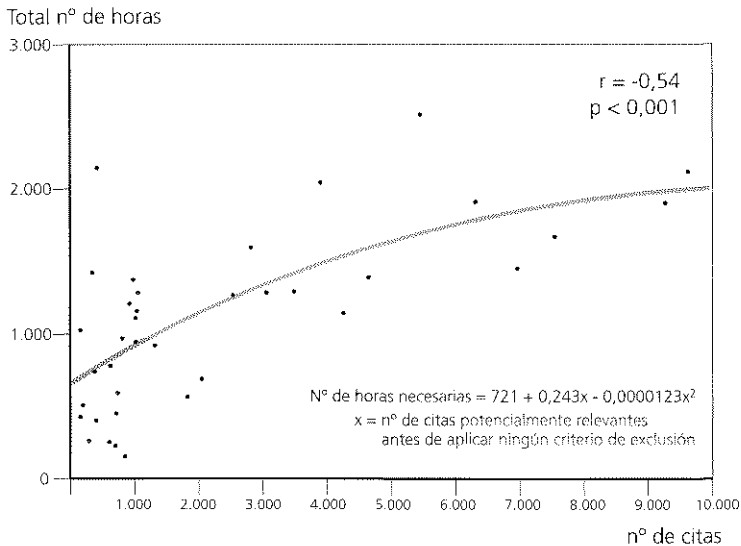


Figura 6. Tiempo estimado para la realización de una revisión sistemática (Allen & Okin, 1999) (11)

La figura del gestor de la información "...es una idea que debe llegar a la fuerza y todos los que tenemos alguna responsabilidad en la gestión sanitaria estamos retados a que lo llevemos a la práctica" como se dice textualmente en un reciente editorial de *Annals of Internal Medicine* (10).

Creación en nuestro caso de un Departamento de Efectividad Clínica con las siguientes funciones:

- Mejorar el acceso al conocimiento
- Aumentar la capacidad colectiva de *gestionar el conocimiento*
- Promover la *medicina basada en la evidencia*

Esto requiere una total implicación de la dirección en determinar y derribar las barreras existentes al cambio.

6. Tender un puente entre la ciencia y la práctica

Conscientes de que el simple modelo de “la corrección del déficit de información” no funciona para lograr cambios de la práctica clínica, dado que existen barreras internas y externas que dificultan la transferencia de los resultados de la investigación a la práctica clínica cotidiana, hemos adoptado una de las metodologías que han probado su eficacia; en concreto, el proyecto CPP (*Changing Professional Practice*) (12), cuya metodología es “*cambiar la conducta de los proveedores sanitarios a través de la implementación de guías de práctica clínica*”.

7. Proyecto de Mejora de la Efectividad Clínica en Atención Primaria

El Proyecto de mejora de la efectividad clínica en atención primaria (MECAP) comenzó en octubre de 1998 como una iniciativa conjunta del Distrito de Atención Primaria Sevilla Este-Sur y la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA). Se concibió como un proyecto de demostración abierto ¹, cuyo objetivo final era la mejora de la efectividad clínica en un distrito de atención primaria y la extracción de “lecciones” útiles generales sobre estrategias de mejora de la efectividad clínica, extrapolables al conjunto de la atención primaria del Servicio Andaluz de Salud.

Dado el escaso nivel de conocimiento de partida de los profesionales sobre medicina basada en la evidencia y mejora de la efectividad clínica, se eligió como mejor estrategia para formar al grupo que liderara el Proyecto, la elaboración e implantación de dos guías de práctica clínica basadas en la evidencia, una de ámbito pediátrico (otitis media aguda) y otra del ámbito de la medicina de familia (dispepsia).

¹ Es decir, como un proyecto que, pretendiendo “demostrar” que es posible lograr un determinado objetivo, lo hace mediante un plan de acción abierto (sujeto a evaluaciones periódicas y a la introducción de los cambios oportunos que las misma aconsejen).

El proceso seguido fue el siguiente: un médico de familia perteneciente al Distrito y con formación previa en la materia se adscribió temporalmente a la AETSA. Su objetivo inicial era lanzar el Proyecto y formar al grupo encargado de liderarlo. La participación de los profesionales del Distrito fue totalmente abierta. Entre noviembre de 1998 y diciembre de 1999 tuvo lugar una intensa actividad formativa entre los profesionales que mostraron su interés por participar activamente en el Proyecto. El resultado fue:

- Un grupo encargado de liderar el Proyecto, compuesto por 3 médicos de familia y 2 pediatras (además del médico coordinador del Proyecto), altamente motivados y excelentemente formados en las habilidades necesarias (estrategias de búsqueda bibliográfica, lectura crítica, revisiones sistemáticas, elaboración e implantación de guías de práctica clínica basadas en la evidencia, etc.).
- Dos grupos de diez profesionales cada uno encargados, con la asistencia del grupo previamente mencionado, de la elaboración de las dos guías de práctica clínica acordadas (otitis media y dispepsia).
- un grupo adicional de otros diez profesionales interesados en la evaluación crítica y adaptación local de guías de práctica clínica válidas, elaboradas por otros grupos nacionales o internacionales.

A finales de 1999 el grupo encargado de elaborar la guía de dispepsia y el grupo de evaluación y adaptación de guías concluyeron su actividad. En el primer caso, la publicación de nuevas evidencias contradictorias introdujeron incertidumbre sobre la mejor estrategia de manejo de la dispepsia en atención primaria.

En el segundo, los profesionales que lo integraban no traducían inglés con agilidad y se hizo difícil para el grupo de liderazgo mantener la asistencia al mismo facilitándoles traducciones; por otra parte un primer intento de adaptación local de una guía encontró "resistencias" inesperadas por parte del segundo nivel de atención y el grupo juzgó que los esfuerzos de adaptación local de guías superaban las posibilidades de un grupo informal.

El hecho de considerar logrado el objetivo principal de estos grupos (objetivo formativo) y las dificultades surgidas llevó a la decisión de abandonar objetivos considerados intermedios en aquel momento. El grupo de otitis prosiguió su actividad específica.

En enero de 2000 se consideró que la evaluación global del Proyecto era lo suficientemente positiva como para "institucionalizar" la iniciativa de mejora de la

efectividad clínica en el Distrito; en consecuencia se creó un Departamento de Efectividad Clínica en el mismo, constituido por un equipo de 3 médicos de familia y 2 pediatras.

Durante este mismo año, la iniciativa quedó seriamente afectada por el curso de traslados del SAS; una parte importante de los profesionales previamente formados pasó a desempeñar su actividad clínica en otros distritos. El Departamento centró su atención en la constitución de una Red Local de Efectividad Clínica intentando asegurar, mediante estancias formativas de 2 meses de duración en el Departamento, que al menos un profesional de cada centro de salud tuviera las habilidades necesarias.

Por otra parte, la reorganización de la Consejería de Salud y la constitución de la Secretaría General de Calidad y Eficiencia, fue una oportunidad para la consolidación institucional de la Iniciativa de Mejora de la Efectividad Clínica. Problemas como el surgido al grupo de evaluación y adaptación local de guías podrían encontrar mejores vías de solución al tratarse de iniciativas institucionales al más alto nivel de la Organización. En consecuencia, el Departamento intentó lograr que el Plan de Calidad de la Consejería incorporara los aspectos de mejora de la efectividad clínica. Durante este año la Iniciativa comenzó a extenderse también a los profesionales de enfermería del Distrito.

El balance del año 2000 fue el siguiente:

- Institucionalización local de la Iniciativa (Departamento de Efectividad Clínica del Distrito).
- Inicio de la constitución de una Red Local de Efectividad Clínica (6 profesionales).
- Constitución, por iniciativa del Departamento y con la colaboración de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía y la Escuela Andaluza de Salud Pública, de un Grupo de Trabajo sobre Mejora de la Efectividad Clínica, encargado de elaborar una Guía para la incorporación de la mejor evidencia disponible en la descripción de los procesos asistenciales.
- Comienzo de la extensión de la iniciativa a enfermería.

En el año 2001:

- Han continuado las estancias encaminadas a la constitución de la Red Local (18 profesionales adicionales).

- Se han generalizado las actividades formativas del nivel básico, incluyendo a los profesionales de enfermería (Nivel I en el Anexo).
- Se han iniciado los preparativos para la implementación de la guía de otitis media elaborada por el grupo de pediatría (actualmente en fase de publicación por la AETSA). El proyecto se presentará a la convocatoria de ayudas a la investigación de la Consejería de Andalucía; en este mismo contexto, también se han iniciado los trámites para la constitución de una fundación que fomente y canalice la investigación sobre mejora de la efectividad clínica en el Distrito.
- El Grupo de Trabajo sobre Mejora de la Efectividad Clínica ha finalizado la Guía para la incorporación de la mejor evidencia disponible en la descripción de los procesos asistenciales que será incorporada a la guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales que próximamente editará la Consejería de Salud.

8. Evaluación global

En el momento actual lo que podrían considerarse objetivos intermedios están razonablemente logrados: la “cultura de la mejora de la efectividad clínica” está siendo asimilada por los profesionales del Distrito. Una buena parte de ellos han adquirido habilidades con distintos niveles de profundidad sobre la materia (aparte del grupo impulsor, capacitado incluso para la realización de revisiones sistemáticas y guías de práctica clínica basadas en la evidencia, 24 profesionales han adquirido formación de Nivel II-III y más de 100 de nivel I —ver Anexo 1—).

Si se considera la situación de partida (aún los profesionales que hoy constituyen el grupo impulsor prácticamente no habían oído hablar de Medicina Basada en la Evidencia) y la relativa juventud de la iniciativa (al menos si se compara con iniciativas similares en otros sistemas sanitarios), los logros son considerables. No obstante el objetivo final es la mejora de la efectividad clínica y por ahora no hemos podido evaluar el grado de utilización de los conocimientos y habilidades adquiridos y su repercusión sobre la efectividad clínica.

La tarea futura consiste en integrar la iniciativa con el Plan de Calidad de la Consejería de Salud; dado que la efectividad clínica es un componente esencial, nuclear de la calidad asistencial, el Plan de Calidad parece el marco idóneo institucional para su desarrollo futuro.

ANEXO 1

HABILIDADES PARA LA MEJORA DE LA EFECTIVIDAD CLÍNICA

| HABILIDADES | NIVEL | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----|-----|
| | I | II | III |
| Internet | + | + | + |
| Formulación de preguntas | + | + | + |
| Interpretación de resultados / toma racional de decisiones | + | + | + |
| Búsqueda restringida (fuentes fiables) ² | + | + | + |
| Búsqueda ampliada (Revisiones sistemáticas/ Guías de práctica clínica) ³ | | + | + |
| Búsqueda ampliada (estudios originales) ⁴ | | | + |
| Lectura crítica (RS / GPC) | | + | + |
| Lectura crítica (estudios originales) | | | + |

^{2,3} Todo tipo de revisiones sistemáticas y guías de práctica clínica, sin restricción.

⁴ Ensayos clínicos, estudios de pruebas diagnósticas, etc.

ANEXO 2

RESULTADOS. LECCIONES APRENDIDAS

Llama la atención la diferente aceptación que han tenido en los mismos profesionales, dos procesos teóricamente interdependientes implementados simultáneamente: la formación en MBE y la oferta de mayores cuotas de autonomía constituyéndose Unidades Clínicas (UCC); entusiasta en el primero y visto por muchos como una amenaza y no una oportunidad el segundo. Hay diferencias que pueden explicarlo en parte:

| | Formación MBE | Descentralización: UCC |
|-----------|-------------------|-------------------------------------|
| DIFUSIÓN | Clínico → Clínico | Gestor → Clínico |
| TIEMPO | Flexible | Fijo: firma CP'2001 |
| MODELO | Abierto | Cerrado: CP' UCC |
| LIDERAZGO | Han surgido | Institucionalizados (Directores CS) |
| RESULTADO | +++ | +/- |

Esta situación de "dilema del prisionero" que ha impedido que muchos Centros de Salud (CS), que perfectamente podrían haberse constituido en UCC se hayan retraído, está explicado por cambios organizativos publicado en *Effective Health Care* de 1999: La gestión del cambio cada estadio debe negociarse, y además de las etapas en las que todos pensamos (preparación / acción / evaluación / corrección-mantenimiento) existe una etapa previa "precontemplation" o de descongelación, en la que la información debe fluir en todos los sentidos. Entonces no habíamos leído este artículo y esta etapa nos la saltamos.

ANEXO 3

GESTIÓN DEL CAMBIO

1. Entorno

- Confluencia de estrategias.
- Soportable para la organización.
- Que de entrada implique a los mejores.
(Oxman 1995, Kitson 1997, Morrison 1992, Cahill 1995).
- Difusión MBE, GPCBE...
- HERRAMIENTA potente.
- Útil de inmediato.
- Elimina incertidumbre en un campo tan disperso.

2. Factores clave

- De clínicos para clínicos.
- Implicación de la dirección.
- Apertura y transparencia en las incorporaciones.
- Función docente -> carrera profesional.

3. Leyes de la gestión del cambio

- Siempre tarda más de lo previsto.
- Siempre cuesta más de lo previsto.
- El proceso es estresante.
- No se puede gestionar el cambio en sí, sino las reacciones que provoca.
- La gente necesita ayuda.

ANEXO 4 DEBILIDADES

- Balance no equilibrado entre evidencias, nivel de desarrollo de procesos y GPCBE, reflejo en CP, planes de comunicación interna y auditorías.
- Ausencia de enfoque multidisciplinario
Médico de familia → pediatras → iniciando a enfermería.
- El nivel de flexibilidad genera también improvisación en buscar soporte legal/financiero y garantizar continuidad.
- No hay un análisis previo de la situación de partida en cuanto actitudes de afectados por el cambio por o que la evaluación a posteriori será limitada.
- El paciente queda muy lejos.
- Ausencia de evaluación objetiva.

Bibliografía

- (1) Muir Gray. *Evidence-based Healthcare*. Londres: Churchill Livingstone, 1997
- (2) Pineault ,RA. *La planification des Services de Santé*. Paris : Adm hosp et soc (edit), 1979
- (3) Gabbay, M. *The evidence-based primary care handbook*. London: Royal Society of Medicine Press, 1999
- (4) NHS Center for Reviews and dissemination. *Getting evidence into practice*. York: Center for Reviews and dissemination, The University of York editor, 2002. Disponible en www.york.ac.uk/inst/crd/ehc51.pdf.
- (5) Department of Health. *Research & Development in the New NHS: functions and responsibilities*. Leeds: Department of Health, 1995.
- (6) Muir Gray, AJ. *Atención Sanitaria basada en la Evidencia. Cómo tomar decisiones en gestión y política sanitaria*. Londres: Churchill Livingstone. 1997
- (7) Centro Cochrane Iberoamericano. *Presentación Medicina Basada en la evidencia*. En: <http://www.cochrane.es/download>, 2002.
- (8) Evans, R. *The Origins of Action Learning*. London: Churchill Livingstone, 1982.
- (9) Muir Gray, JA. Where's the chief knowledge officer to manage the most precious resource of all. *BMJ* 1998; 317:832.
- (10) Davidoff F, Florance V "The Informationist: A New Health Profession ?" *Ann Intern Med*. 2000; 132:996-998
- (11) Allen IE, Olkin I. Estimating time to conduct a meta-analysis from number of citations retrieved. *JAMA*. 1999;282:634-5.
- (12) Campbell M, Eccles M, Eloviano M, Grimshaw J, Grol R, Hall L et al. *Changing Professional Practice. Theory and Practice of Clinical Guidelines Implementation*. Copenhagen: Danish Institute for Health Services Research and Development, 1999.
- (13) Viceconsejería de Calidad y Eficiencia. *Plan de Calidad*. Consejería de Salud. Junta de Andalucía 2001. 07-02-02 Disponible en <http://www.sas.junta-andalucia.es/>
- (14) Smith, R. Why are doctors so unhappy? *BMJ* 2001; 322: 1073-1074.
- (15) Davies HT, Nutley S. Developing learning organisations in the new NHS. *BMJ* 2000; (8) 320:8

EFFECTIVIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: ¿ESENCIAL O CIRCUNSTANCIAL EN LA GESTIÓN DE CALIDAD? LA VISIÓN DE LOS MÉDICOS

PONENCIA ESCRITA

Isabel Fernández Fernández

Médico de Familia. Centro de Salud de Camas, Sevilla

1. Introducción

Nos encontramos con una importante e injustificable variabilidad en la práctica clínica, caracterizada por:

- Se adoptan intervenciones de eficiencia no demostrada.
- No se introducen intervenciones que se conoce causan más beneficio que daño y que tienen un coste razonable.
- Se siguen ofreciendo intervenciones o servicios de ineffectividad demostrada.
- Se adoptan intervenciones sin una adecuada preparación, de forma que los beneficios obtenidos en el entorno de la investigación no pueden reproducirse en el entorno normal del servicio.
- Se adoptan o abandonan intervenciones a una velocidad muy variable

Esta variabilidad existente en la práctica clínica es causa de una importante inequidad en la atención que recibe la población; por otra parte ocasiona un importante consumo de recursos de forma innecesaria.

Hace unas décadas comenzó a surgir la preocupación por los costes sanitarios. Cada vez más se trataba de conseguir un aumento de la *eficiencia*. En la década de los 80, aunque esta preocupación se mantuvo, surgió un nuevo concepto, *la mejora de la calidad*. Unos pacientes cada vez más informados, más exigentes y mejor organizados esperaban acceso más fácil a los servicios, atención sanitaria más efectiva, asistencia más segura, más información y mejor comunicación.

La respuesta de los servicios sanitarios a estas expectativas fue la de hacer mejor las cosas, usando herramientas de control de calidad y la auditoría clínica. Los gestores de los servicios sanitarios de esta época centraron sus esfuerzos en hacer correctamente las cosas (mejora de la calidad + reducción de costes). Pero esto es sólo la mitad de un antiguo lema de gestión, donde falta la otra mitad, que es hacer las cosas correctas (*efectividad*). Este nuevo modelo se fija no sólo en cómo se realiza la práctica clínica sino en qué prácticas clínicas se realizan. Y es en este punto donde puede introducirse el concepto de *efectividad clínica*, que debemos considerar de mayor amplitud que el mero término efectividad.

Se ha venido a definir la efectividad clínica como *"la medida en que intervenciones clínicas específicas realizadas ante un paciente individual o una población concreta, consiguen lo que se espera de ellas, mantener y mejorar la salud, asegurando la mayor ganancia en salud posible con los recursos disponibles"*.

2. Barreras ambientales para la efectividad clínica

- En la práctica clínica
 - Falta de tiempo.
 - Problemas de organización (registros inadecuados, etc.).
 - Falta de recursos.
- En la formación
 - Inadecuada formación continuada, sin relación con programas de mejora de la calidad.
 - Falta de incentivos para participar en actividades de formación.
- En el sistema sanitario
 - Falta de recursos económicos.
 - Desconocimiento de población asignada.
 - Políticas sanitarias que promueven las actividades inefectivas o no probadas.
 - Falta de acceso a la información de los profesionales sanitarios.
 - Falta de cooperación interniveles (prescripción inducida, etc.).
 - Falta de acceso a recursos sanitarios (listas de espera, etc.).

- En la sociedad
 - Influencias de los medios de comunicación sobre los pacientes, creando expectativas y creencias.

3. Barreras personales para la efectividad clínica

- Factores relacionados con el profesional sanitario.
 - Defectos en conocimientos y habilidades.
 - Sensación de sobrecarga, estrés y no motivación.
 - Creencias y actitudes.
 - Influencia de líderes de opinión.
- Factores relacionados con el paciente
 - Percepciones o creencias culturales sobre la atención sanitaria.
 - Demandas de intervenciones (prescripción, pruebas complementarias, derivación,...).
 - Comorbilidad.
 - Falta de cumplimiento.

4. Actividades necesarias para la efectividad clínica

- Medicina basada en la evidencia: para localizar los estudios de investigación que muestren las cosas correctas y realizar la valoración crítica. Se necesita facilitar el acceso a la información de todos los profesionales sanitarios (importancia de las bibliotecas virtuales).
- Implementación de la evidencia: introducción de si son necesarios cambios en la práctica clínica, a través de la Formación Médica Continuada (FMC). La FMC tradicional se ha mostrado inefectiva, debiendo fomentarse el aprendizaje por descubrimiento personal, a partir de los problemas encontrados en la propia práctica.
- Auditoría o evaluación de indicadores de calidad: para comprobar la efectividad clínica. Son necesarios criterios e indicadores apropiados al ámbito, medibles, basados en la evidencia y priorizados.

- Investigación que contribuya al conocimiento de las cosas correctas cuando no existe esta información. Es preciso desarrollar una cultura de investigación, que promueva la generación de conocimiento y contribuya a una mejor gestión.

5. Papel del paciente

Es preciso dar un paso adelante e incluir nuevos elementos en el concepto de efectividad clínica:

- Decisiones compartidas: la atención sanitaria basada en la evidencia debe acompañarse de elección del paciente basada en la evidencia.
- Expectativas de los pacientes.
- Satisfacción de los pacientes.

6. Abordaje integral de los procesos asistenciales

Dos son las claves a considerar: a) cómo hacer correctamente las cosas correctas; y b) para quién hacemos las cosas. El abordaje integral de los procesos asistenciales, con la meta de una utilización más efectiva de los recursos, reorganizando los procesos y servicios de la atención sanitaria, focalizándose en el paciente, es una posible solución para introducir la efectividad clínica en nuestra práctica. Es la línea de trabajo actual de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. El objetivo que se nos plantea es describir el modelo ideal de desarrollo del proceso asistencial integrado, adecuándose a la realidad del sistema sanitario público andaluz. Se trata de contar con las siguientes premisas:

- Coordinar los recursos globales del sistema.
- Ponerlos al servicio del ciudadano en el momento adecuado.
- Para garantizar una atención integral, continuada y personalizada.
- A través de servicios eficientes y de calidad, eliminando aquellas actividades que no aportan valor añadido.
- Buscando la participación de todos los profesionales, asegurando su implicación y satisfacción.

- Flexible para adaptarse a nuevos requerimientos e incorporar mejoras.
- Dentro de un marco de viabilidad del sistema sanitario público andaluz.

Existen una serie de dificultades a la hora del cambio: los recursos son limitados, los sistemas de información inadecuados, existe reticencia de muchos profesionales, no existen evidencias científicas sobre las actividades que se desarrollan, pero ofrece oportunidades:

- Para el sistema sanitario: mejora los resultados en salud, mejora la práctica clínica, cooperación entre profesionales, optimización del uso de recursos, mayor satisfacción de los profesionales.
- Para los profesionales: mejora en la práctica clínica, colaboración entre profesionales, mejora el acceso a la información científica, disminución de estrés en la toma de decisiones, protección legal, información sobre resultados en salud derivada de su actividad.
- Para los pacientes: mejora los resultados en salud, agiliza el tratamiento, mejora el acceso a la información, mejora del acceso a la prevención, implicación en el tratamiento y una eventual disminución de la variabilidad en la práctica clínica.

El conjunto de oportunidades mencionadas puede mejorar la equidad del sistema.

Bibliografía

1. Muir Gary JA. *Atención sanitaria basada en la evidencia. Cómo tomar decisiones en gestión y política sanitaria*. Madrid: Churchill Livingstone España, 1997.
2. Haynes A, Donald A. Getting research finding into practice: making better use of research findings. *BMJ* 1998; 317: 72-5.
3. Tomlin Z, Humphrey C, Rogers S. General practitioners' perceptions of effective health care. *BMJ* 1999; 318: 1532-5.
4. Smith W. Evidence for the effectiveness of techniques to change physician behaviour. *Chest* 2000; 118: 8s-17s.
5. Davis D, Thomson MA, Oxman A, Haynes RB. Changing physician performance: a systematic review of the effects. *Diabetes care* 1998; 21: 1391-6.
6. Cantillon P, Jones R. Does continuing medical education in general practice make a difference? *BMJ* 1999; 318: 1276-9.
7. McColl A, Roderick P, Gabbay J, Smith H, Moore M. Performance indicators for primary care groups: an evidence based approach. *BMJ* 1998; 317: 1354-60.
8. Thomas P. The research needs for the primary care. *BMJ* 2000; 321: 2-3.
9. Holmes-Rovner M, et al. Patient choice models for summaries of clinical effectiveness: a proposal. *BMJ* 2001; 322: 664-7.



**UN MODELO DE CALIDAD
EN EL REINO UNIDO**

POLÍTICAS PARA GESTIONAR LA CALIDAD ASISTENCIAL. *CLINICAL GOVERNANCE*

TRANSCRIPCIÓN DE INTERVENCIÓN

Ian Fletcher

Jefe Servicio Anestesia. Royal Victoria Infirmary. Newcastle. Reino Unido

1. Introducción

En Febrero de 1999, con la publicación de un documento titulado *Un Servicio de Primera Clase: Calidad en el Nuevo Sistema Nacional de Salud*, se abrió un nuevo debate sobre la gestión del Sistema Nacional de Salud del Reino Unido (NHS). Poco después, y tras una ampliación de lo planteado en dicho documento, se acuñó un nuevo término actualmente conocido como *clinical governance*. Este concepto, de difícil traducción al castellano, representa un conjunto de iniciativas decretadas por ley con el fin de mejorar la calidad global de los servicios sanitarios. Por lo tanto, aquí se ha traducido como “políticas para gestionar la calidad asistencial.” El Gobierno del Reino Unido definió *clinical governance* como “el marco a través del cual las organizaciones que forman parte del NHS asuman su responsabilidad para mejorar de forma continuada la calidad de sus servicios y salvaguardar sus altos estándares de asistencia mediante la creación de un entorno donde pueda florecer la excelencia en la atención clínica”. Toda una manera muy complicada de decir, básicamente, que debemos hacer correctamente las cosas correctas en cada momento. Además, es muy importante recalcar que la puesta en marcha de este concepto es impuesta por ley: hospitales, médicos, enfermeros, y terapeutas no tenemos elección: tenemos que implantar y establecer políticas para gestionar la calidad asistencial.

Creo que en esa definición las palabras claves son “asuman su responsabilidad” porque por primera vez, en el Reino Unido, la atención clínica está siendo situada dentro de un marco administrativo donde las responsabilidades se asuman. Ya no quieren dejar la responsabilidad solamente en manos de los médicos y las enfermeras sino que ahora los gestores se interesan por lo que hacemos.

El Gobierno afirma que la gestión de la calidad asistencial forma parte de un plan de 10 años destinado a mejorar la calidad de la atención recibida por todos los pacientes del NHS, se aplica tanto en el ámbito de la atención primaria como en el hospitalario y, además, en las organizaciones sanitarias que gestionan la salud en el ámbito local (*Health Authorities*). Globalmente el plan está compuesto por tres elementos principales. En primer lugar, el establecimiento de estándares nacionales, un objetivo que se pretende alcanzar mediante disposiciones concretas y organizaciones específicas. Una de esas organizaciones es el recién establecido Instituto Nacional para la Calidad Clínica (*National Institute for Clinical Excellence –NICE–*), que asume la responsabilidad de evaluar nuevos tratamientos, drogas, y métodos para determinar si son eficaces y valiosos según su relación calidad/precio y luego decidir si el NHS podrá utilizarlos o no. Otro elemento importante es los *National Service Frameworks*, documentos marco que contienen estándares nacionales para todo el Servicio Nacional de Salud. Estos documentos rigen áreas concretas de la práctica médica –por ejemplo, la patología coronaria, la geriatría, la pediatría, la salud mental– y elaboran estándares que deben ser aplicados para garantizar que cualquier persona que acude a cualquier servicio dentro del NHS esté segura de que vaya a recibir el mismo estándar de atención. Ahora, ese no es el caso.

El segundo elemento de este plan de 10 años para impulsar políticas para gestionar la calidad asistencial trata de garantizar la prestación de buenos servicios en el ámbito local, bien en el ámbito hospitalario o a través de las organizaciones sanitarias locales (*Health Authority*).

El tercer elemento consiste en el seguimiento e inspección de las organizaciones que prestan servicios, algo que se logrará a través de la Comisión para la Mejora de la Salud (*Commission for Health Improvement –CHI–*), un nuevo organismo gubernamental cuya misión fundamental es inspeccionar las organizaciones afiliadas al NHS (algo parecido a un servicio nacional de acreditación). También hay propuestas para realizar encuestas periódicas de pacientes y usuarios para conocer sus puntos de vista sobre lo que debe mejorarse. El Gobierno espera que estos tres elementos mejoren la atención prestada en el NHS.

2. Por qué gestionar la calidad asistencial

¿Por qué ocurre todo esto? ¿Tan mala fue la atención prestada que el Gobierno se sintió obligado a intervenir? Pues no: estas nuevas políticas se pusieron en marcha por varios motivos. En primer lugar, hubo varios escándalos o fracasos den-

tro del NHS que recibieron mucha atención en la prensa. Entre ellos se incluyen, por ejemplo, problemas con la cirugía cardíaca pediátrica en Bristol donde los cirujanos fueron acusados de utilizar técnicas inadecuadas provocando la muerte innecesaria de varios niños. Este fue un gran escándalo que perturbó a mucha gente y despertó una gran preocupación. También hubo otros ejemplos de mala práctica dentro del NHS, particularmente dentro de algunos servicios de anatomía patológica y de diagnóstico precoz (*screening services*) donde, aparentemente, los médicos implicados no pudieron realizar su trabajo correctamente e informaron a algunos pacientes que no tenían cáncer cuando realmente lo tenían o a otros que sí tenían cáncer cuando realmente no lo tenían. Esos escándalos dejaron al Gobierno en una situación incómoda.

En segundo lugar, está el hecho de que las expectativas de la población hacia su sistema sanitario han ido aumentando. En todo el Reino Unido se están demandando estándares más altos y uniformes. El público, en general, se ha vuelto menos tolerante frente a los fracasos y errores de los médicos. Sin duda, la población del Reino Unido espera que sus médicos sean perfectos, que nunca se equivoquen, que nunca hagan nada de forma incorrecta. Claro que no es así: los médicos son humanos como los demás. Sin embargo, y por desgracia, la gente no siempre comparte esa percepción. Además de eso hoy en día se tiene menos respeto a los profesionales de cualquier campo —medicina, enseñanza, derecho— que hace 20 o 30 años. Otro factor que interviene aquí es la llamada “cultura de gestión” dentro del NHS y el creciente coste de la atención sanitaria. Antes, todo lo relacionado con la calidad clínica se dejaba en manos de los profesionales sanitarios —a los médicos y a las enfermeras— dando por sentado que sería satisfactorio. Hoy en día eso no está considerado aceptable; se quiere someter la asistencia clínica a un mayor control administrativo para garantizar la seguridad, o así cree el Gobierno, y asegurar una mejor relación calidad/precio.

3. En qué consiste la gestión de la calidad

¿De qué tratan precisamente las políticas para gestionar la calidad asistencial? En primer lugar, se trata de procesos para mejorar la calidad de la atención prestada, y aquí me refiero a la inspección clínica, la promoción de prácticas clínicas basadas en la evidencia, y la efectividad clínica.

El segundo aspecto clave es la gestión del riesgo clínico (*risk management*). ¿Cómo de tratar los riesgos clínicos? ¿Cómo se pueden minimizar? ¿Cómo prevenir (o intentar prevenir) que ocurran?

El tercer aspecto trata de la identificación, corrección o abordaje de problemas relacionados con la inadecuada realización del trabajo (*poor performance*) de los profesionales sanitarios, particularmente médicos, pero incluyendo también enfermeras, terapeutas, y otros.

El cuarto aspecto trata del establecimiento de líneas claras de responsabilidad dentro de una organización sanitaria para garantizar calidad en la atención prestada. Para ello hay que poner en práctica mecanismos que garanticen que todas las medidas formuladas funcionen correctamente y definan claramente la cadena de responsabilidades. Así, si pasa algo malo, por lo menos se podrá saber dónde “señalar con el dedo” –descubrir quién tuvo la responsabilidad. Y, finalmente, pretende potenciar el liderazgo y estimular la creación de equipos de gestión que incluya a colaboradores clínicos ya que hasta ahora se han estimado deficientes. Muchos médicos no estarían de acuerdo con eso, pero tal era la percepción del Gobierno y de las autoridades administrativas.

Considero importante resaltar que la mayoría de los elementos recogidos en el concepto de políticas para gestionar la calidad asistencial no son nuevos. Sencillamente han sido recopilados y bautizados bajo un nombre nuevo por un Gobierno que está muy interesado en demostrar que está gestionando los servicios sanitarios, que está intentando mejorar los estándares. Muchas de estas cosas no son especialmente nuevas. Quizás en el pasado estaban peor organizadas, quizás se les prestó menos atención pero las ideas –en gran parte– no son nuevas.

4. Gestión de la calidad en detalle

Si queremos analizar con mayor detalle las políticas para gestionar la calidad asistencial tenemos que examinar los procesos cuyo fin es mejorar la calidad de esa asistencia. Uno de ellos es la inspección clínica, que no analizaré aquí en mucho detalle debido a la falta de tiempo.

Otro es la práctica clínica basada en la evidencia, o la efectividad clínica, como también se conoce. Lo importante de la práctica clínica basada en la evidencia consiste en asegurar que los tratamientos recibidos por los pacientes estén respaldados por una buena evidencia de la efectividad del tratamiento. Esto puede parecer obvio pero, a modo de ejemplo, donde no siempre se sigue este principio podemos citar la elección de un antibiótico. Uno pensaría que es importante recetar el mejor antibiótico para una condición específica, aunque esto no siempre ocurre en la práctica. Recetar un antibiótico incorrecto o inapropiado puede resultar ineficaz

y costoso porque el antibiótico no funciona y a pesar de ello hay que pagarlo y, además, puede crear resistencia a la droga. Quizás el ejemplo que os pongo es demasiado sencillo pero es importante dejar claro que la práctica clínica basada en la evidencia no siempre se ha utilizado y a menudo los médicos hacen lo que siempre han hecho, o lo que ellos consideran correcto, en vez de asegurarse que el tratamiento que administran sea el más apropiado.

¿Cómo se puede promocionar la práctica clínica basada en la evidencia? Pues uno de los problemas es que no siempre existe una buena base de evidencia para algunas prácticas médicas. Métodos para intentar promocionar y fomentar la práctica clínica basada en la evidencia implican proporcionar información a las comisiones de calidad, y aquí es donde juega un importante papel el Instituto Nacional para la Calidad Clínica. Este organismo se responsabiliza de la investigación de nuevos tratamientos, medicamentos, y técnicas. Luego decide si son eficaces con una buena relación calidad/precio y, por lo tanto, si deben ser proporcionados por el NHS. Al final de este proceso, remiten sus consejos a las comisiones de calidad.

Otro organismo que lleva a cabo un trabajo similar es la organización encargada de evaluar la tecnología sanitaria. Aunque es un trabajo parecido, este último tiende más bien a evaluar técnicas y equipamiento, por ejemplo, alternativas al uso de los medicamentos. Hasta cierto punto los trabajos del Instituto Nacional para la Calidad Clínica y las evaluaciones de tecnología sanitaria se solapan, pero ambos proporcionan información a los clínicos para ayudar orientarles en su elección del tratamiento más adecuado. Las dificultades surgen cuando las comisiones de calidad no están de acuerdo con el Instituto Nacional para la Calidad Clínica o cuando los pacientes exigen tratamientos que no han sido aprobados por el Instituto. Ya se han producido discusiones entre médicos que han querido recetar un determinado tratamiento o pacientes que han exigido algún tratamiento específico y el Instituto, que se los deniega porque no los consideran efectivos. Como ya he indicado, existe algo de tensión entre los dos. También se dispone de un buen número de publicaciones que apoyan la práctica efectiva.

Otro aspecto que fomenta la práctica efectiva es la educación, a través de programas de formación para médicos y enfermeras que les enseñan cómo evaluar trabajos de investigación para decidir si las conclusiones publicadas en ellos son válidas y pueden ser aplicadas a los pacientes. Muchos médicos realmente no son muy habilidosos a la hora de leer un trabajo, sobre todo si se trata de algo fuera de su particular área de conocimiento, y les cuesta averiguar si las conclusiones publicadas en el trabajo son auténticamente válidas en términos estadísticos o si los ensa-

yos clínicos se han realizado perfectamente. Se opinó que la formación del personal sanitario mejoraría su capacidad para interpretar las publicaciones científicas y que eso podría ayudarles a mejorar sus propias prácticas clínicas. Hasta la fecha no existen detalles sobre cómo van a formar al personal o de dónde vamos a sacar el tiempo pero, no obstante, esa era la idea.

Otro aspecto relacionado con el fomento de la buena práctica clínica es el uso de protocolos diseñados para describir la mejor práctica para tratar una condición particular. Por ejemplo, si un paciente se ingresa con dolor abdominal, entonces podría resultar de utilidad disponer de una serie de pautas que describen cómo ese paciente –por lo menos al principio– debe ser tratado: las pruebas que se le han de realizar, los distintos tratamientos que se le deben de ofrecer, y quizás el orden apropiado en el que se les deberían de ofrecer para garantizar así que el paciente está recibiendo el tratamiento más apropiado y sensato. Es cierto que los protocolos tienen su lugar y por supuesto son valiosos y sin duda se irán haciendo cada vez más populares. El problema, de nuevo, es que la mayoría de los médicos no quieren verse reducidos a ser meros técnicos. ¿Cómo puedes establecer un equilibrio entre el uso de los protocolos y el trato al médico como un técnico?

Finalmente está el seguimiento de nuevas técnicas, nuevos medicamentos, etc. donde la inspección claramente juega un papel clave. Si has introducido algo nuevo parece sensato querer estar seguro que se haya demostrado efectivo, porque si no lo es debe ser retirado o tal vez reconsiderado antes de ser aplicado de nuevo. Todo esto, sin duda, suena muy fácil –es muy obvio, sencillo de aplicar. Pero puede resultar muy difícil de poner en práctica porque, para poner un ejemplo, el personal médico y de enfermería puede ser reacio al cambio o rechazar el seguimiento de unos protocolos con los que no están de acuerdo.

Por ejemplo, si sigo un protocolo sin estar de acuerdo con él y algo malo pasa al paciente ¿Quién tiene la culpa? ¿El protocolo o quién lo ha utilizado? Aquí pueden surgir serios problemas legales. Además, no existe buena evidencia para muchas prácticas médicas, la base médica para muchas de estas prácticas es inadecuada. A pesar de todas las publicaciones que uno puede leer, una gran parte de la medicina no se apoya sobre una base segura de evidencia. Quizás funcione, pero no existe ninguna investigación solvente o apoyo oficial para esa práctica. Otro problema puede ser el de asegurar que la información disponible sea accesible a todos los clínicos que ejercen - médicos y enfermeras. Aquí en esa área es importante disponer de una buena tecnología de la información, pero esta tecnología cuesta dinero. ¿De dónde viene el dinero?

5. Evaluación del riesgo clínico

El segundo componente principal de las políticas para gestionar la calidad asistencial es la evaluación del riesgo clínico, o la gestión del riesgo clínico, que tampoco podré analizar aquí en detalle por falta de tiempo, aunque es un tema muy importante. Todos los hospitales o centros de salud deben de tener una política o estrategia clara que cubra el riesgo clínico.

El tercer aspecto clave de las políticas para gestionar la calidad asistencial es cómo abordar la inadecuada realización de tareas por parte del personal sanitario. En el Reino Unido la preocupación principal se centra en los médicos, aunque la gestión de este problema afecta a todos los grupos dentro del personal sanitario, el enfoque principal está en los médicos. La percepción que tienen los ciudadanos de los médicos es que les cuestan mucho dinero y causan mucho daño al sistema público; se les ven, quizás, como los principales culpables.

El seguimiento de cómo el personal médico desempeña su trabajo incluye, en primer lugar, una evaluación o revisión anual del rendimiento o comportamiento del médico durante el año previo por parte de un colega con más prestigio o mejor currículum. Esa evaluación puede incluir las quejas recibidas contra él, los elogios recibidos hacia él o su trabajo, conversaciones sobre lo que desea hacer en el futuro, el tipo de formación que podría requerir, etc. Está previsto que esto comience este año. Sin embargo todavía se discute mucho sobre cómo ponerlo en práctica y muchos médicos, incluso yo mismo, nos preocupamos porque nadie sabe dónde se sacará tiempo para todo ello. Trabajo en un departamento grande donde hay entre 30-40 consultas médicas. ¿Quién nos va a evaluar a todos? ¿Nos vamos a evaluar mutuamente? ¿De dónde se saca el tiempo? Una evaluación de este tipo puede ocupar entre una hora y una hora y media. ¿Dónde está el tiempo para tanta evaluación? Además, todo ese papeleo – antes de una evaluación hay que preparar muchos documentos. ¿Tiempo? ¿De dónde sacar el tiempo? Si estamos intercambiando impresiones durante una evaluación, el paciente no será atendido.

Otro aspecto es la renovación de la licencia. Es probable que esto se vaya a hacer cada cinco años, pero los detalles y los mecanismos están aún en debate y hay mucha discusión sobre cómo establecerlo. De nuevo surgen preocupaciones por el tiempo que podría consumir, tiempo que los médicos no podrán dedicar a sus pacientes.

Los médicos y las enfermeras también piensan que es muy importante la educación médica continuada o el desarrollo de la formación continuada para profe-

sionales sanitarios. Piensan, con razón, que es necesario para garantizar que el personal se mantenga actualizado dentro de su especialidad y tenga además la oportunidad de adquirir una nueva habilidad o ejercer un nuevo papel. La formación médica continuada ya es una realidad y en el Reino Unido tenemos un sistema de puntos en el que hay que acumular tantos puntos o créditos, para demostrar que estás actualizando tu educación. Muchos médicos cuestionan el valor de este sistema. No tenemos más remedio que hacerlo, pero es evidente que se puede asistir a una reunión y recibir sus correspondientes puntos o créditos sin realmente haber escuchado; simplemente ha asistido y ha recogido un certificado que prueba que ha estado.

En cuanto a aquellos médicos cuya actividad despierta preocupación, hay varias maneras para abordarlo. Primero, hay que identificar el problema y eso puede resultar difícil. Problemas en el comportamiento pueden variar desde la descortesía hacia pacientes y personal hasta el mal funcionamiento debido a enfermedades no reconocidas, abuso de drogas, alcoholismo o incluso hasta serios y graves errores de juicio donde los pacientes sufren las consecuencias. Todos los hospitales necesitan disponer de protocolos para gestionar a estos médicos. Las alternativas de cómo abordar los casos de médicos que están funcionando mal pueden incluir: simplemente hablar con ellos, limitar sus consultas, o suspenderles del ejercicio de su profesión hasta que haya una investigación.

También pueden ser suspendidos y obligados a aparecer ante el Colegio General de Médicos (*General Medical Council*), que en el Reino Unido es la autoridad nacional encargado de mantener el registro de los médicos. Puede terminar con un expediente que prohíbe al médico seguir trabajando (dándole de baja) o incluso con la suspensión de su licencia durante uno o dos años, o el tiempo que sea. Es un asunto muy grave tener que aparecer ante el *General Medical Council*. También, desde abril del año 2001, el Gobierno ha hecho propuestas para establecer una autoridad nacional para la valoración clínica. Si un médico está funcionando mal y el problema no ha podido ser abordado en el ámbito local, esta autoridad enviaría un equipo de dos o tres personas para investigar el deficiente rendimiento del médico y, en caso necesario, remitirle a una evaluación o recomendar que vuelva a formarse. Nadie sabe aún el éxito que puede tener este sistema; es más, nadie sabe si será aceptado por las comisiones de calidad.

El cuarto aspecto clave de las políticas de calidad está relacionada con el establecimiento de líneas claras para que se asuman responsabilidades. Hoy en día la legislación del Reino Unido hace que el director de un hospital sea responsable de la calidad de la asistencia clínica prestada dentro de su organización, además de

los asuntos económicos y financieros. La mayoría de los hospitales ya han establecido el llamado Comité de Políticas de Calidad Total (*Clinical Governance Committee*) para dirigir la implantación de los diversos aspectos que he mencionado. Normalmente el que preside el comité es un médico con muchos años de experiencia que asegura que los procesos relacionados con las políticas de calidad asistencial funcionen con efectividad. En el año 2000 todas las organizaciones sanitarias tenían que realizar una evaluación inicial que describiera los sistemas y actividades ya en marcha para apoyar las políticas de calidad e identificara los puntos débiles del sistema para después poder proceder con la implantación de las políticas de calidad.

El quinto aspecto consiste en desarrollar las capacidades de liderazgo y reforzar el trabajo en equipo. Este aspecto no quedó claramente definido en el documento gubernamental. Lo menciona, pero no dice cómo hacerlo. Aún así, lo relaciono con cosas como un adecuado respaldo por parte de los gestores al equipo clínico (médicos y enfermeras), la educación, la formación y el desarrollo de líderes de equipos clínicos, etc. De hecho, un informe reciente sugiere que muchos jefes ocupan esos puestos a pesar de que actualmente no tienen una formación adecuada para su desempeño. Aquí no me refiero a su trabajo clínico, sino al hecho de que no han recibido una formación adecuada para desarrollar sus capacidades de liderazgo y gestión.

Siempre que sea posible, también se debe implicar a todo el personal en el desarrollo de políticas y procesos clínicos. Esto incluye la evaluación periódica del rendimiento del equipo clínico y un abordaje común en la resolución de problemas, asegurando una buena comunicación entre sus miembros, etc. Todo esto está muy bien pero puede resultar más fácil hablar de ello que implantarlo.

Otro aspecto a tener en cuenta es el uso de los indicadores clínicos o el *benchmarking*. Por ejemplo, puedes comparar un hospital con otro y analizar los niveles de mortalidad después de operaciones rutinarias, o ingresos inesperados en la Unidad de Cuidados Intensivos, o la vuelta no esperada al quirófano, etc. Esta técnica permite hacer comparaciones entre hospitales y si se ve claramente que algún aspecto concreto de la calidad asistencial es peor en uno que en otro, permite orientar ese hospital hacia el área específico que debe examinar para poder mejorar. Habría que incluir aquí también la periódica evaluación de quejas y pleitos contra un hospital, algo que ya forma parte de la gestión del riesgo.

6. Cómo funciona la gestión de la calidad en la práctica

¿Cómo funciona todo esto en la práctica? El documento gubernamental que impulsó la aplicación de políticas para gestionar la calidad asistencial aportó pocas orientaciones sobre cómo implantarlas. Su preocupación principal se centraba en *qué* se debería de implantar pero no en el *cómo*. En el Hospital de Newcastle ya hemos establecido un Comité de políticas de calidad total para supervisar su implantación, establecer estrategias, y debatir temas generales. Se reúne una vez cada dos meses y lo preside el director médico, un médico con muchos años de experiencia que forma parte de la estructura de gestión hospitalaria y es el responsable de asegurar la implantación de las políticas de calidad. Formo parte de ese Comité donde dirijo el Subcomité de auditoría clínica y Efectividad. Dentro del comité, varios subcomités se ocupan de temas como la evaluación o la conducta profesional y cada año emiten un informe sobre las actividades realizadas en el hospital, dentro del marco de las políticas de calidad, para demostrar que estamos haciendo lo que debemos para la población que atendemos y para todos los demás.

Como el Ministerio de Salud no aportó ningunas directrices formales, no existe ningún modelo establecido para los demás hospitales del Reino Unido, aunque es probable que a grandes rasgos los demás estén implantando medidas similares. Como ya mencioné antes, la Comisión para Mejora de la Salud es un organismo con el encargo de inspeccionar cada cinco años, de forma rotatoria, cada uno de los hospitales del Reino Unido (*five-year rolling basis*). Los inspectores se reclutan entre el personal médico y entre voluntarios que no son profesionales médicos. Los candidatos nominados para ser inspectores tienen que pasar por un proceso de selección que es bastante riguroso.

Cuando la Comisión visita el hospital su objetivo es realizar una evaluación global del rendimiento del hospital, incluyendo medidas para controlar la calidad en los procesos clínicos, sugerir áreas donde puede haber mejoras o cambios, y –en el caso de un hospital con serias deficiencias– ordenar cambios en su dirección. No puede echar a los médicos o las enfermeras porque el hospital no funcionaría, pero puede echar a los directivos y traer gestores mejores, y eso ocurrirá.

No soy experto en políticas de calidad en la gestión de servicios de atención primaria, porque soy médico de hospital, pero sí les puedo dar alguna información general sobre los cambios en marcha en ese ámbito. En estos momentos el sector de la atención primaria en el Reino Unido está viviendo grandes cambios organizativos. Muchas consultas de medicina familiar se están convirtiendo en entes nuevos que llamamos *primary care trusts*, que son grupos con estructuras de gestión y con-

tol más formales. En el modelo anterior las consultas de medicina familiar funcionaron de forma menos integral y más independiente. Ahora se están reagrupando en entidades que comparten los mismos controles administrativos.

También existe un movimiento hacia su conversión en personal asalariado, como es el caso del personal hospitalario; actualmente una gran parte de los médicos de familia son autónomos y sus pacientes les pagan por acto médico. Como ya he insinuado, las políticas para gestionar la calidad asistencial se aplican igual en la atención primaria que en los hospitales. En el área de Newcastle la implantación de estas políticas en el ámbito de la atención primaria ha ido más despacio, básicamente porque el personal desconfía de las expectativas y demandas del Gobierno. Sin embargo, cuando se hacía evidente que habría dinero disponible para la implantación de estas políticas, el personal empezó a mostrar más interés, como suele ocurrir en estos casos.

El sector de la atención primaria muestra mayor interés en las inspecciones y la efectividad clínica. No les puedo dar los detalles, pero me han asegurado que existe más interés ahora que hace un año. Además, se ha establecido un comité para la conducta profesional encargado de investigar las preocupaciones relacionadas con el personal dedicado a la medicina familiar, particularmente los médicos, preocupaciones que pueden ser formuladas por los pacientes o por otros compañeros profesionales (por ejemplo, si el médico es alcohólico, o adicto a las drogas, o su comportamiento es deficiente). Antes, en el caso de los médicos de familia, no existió ningún mecanismo adecuado para investigar este tipo de problemas.

7. Comentarios finales

- Es demasiado pronto para saber si la gestión de la calidad funcionará bien o no. Visto por encima, parece ser una buena idea pero tiene varios problemas potenciales. En primer lugar, los recursos requeridos: hace falta tiempo y dinero para llevar a cabo todas estas actividades –inspección, efectividad, evaluación, revalidación, etc.– y eso es algo muy difícil de conseguir en un servicio como el NHS a que siempre le falta el dinero y donde el personal ya se siente presionado. Hay mucha preocupación entre todo el personal del NHS porque opinamos que nos pagan menos de lo justo y que trabajamos más de la cuenta.
- En segundo lugar están las implicaciones legales. Como a partir de ahora los directores son responsables por la calidad de la asistencia clínica dentro del hospital, me pregunto si vamos a ver (y creo que ya está ocurriendo)

una mayor intromisión por parte de los directivos en los asuntos clínicos –tener en cuenta que los gestores no son médicos– y me pregunto si se meterán cada vez más en asuntos clínicos por razones relacionados con la gestión del riesgo. Existe una mayor predisposición hacia la suspensión de los médicos por ofensas relativamente menores; en otras palabras, si hay problemas con algún médico primero le suspendes y después le investigas.

- Eso puede parecer una buena idea, pero para los médicos el tema de la suspensión es un asunto muy grave y muy estresante, y empieza a ocurrir. Un cierto número de médicos y enfermeras están siendo suspendidos por ofensas relativamente menores, algo que genera inquietudes y produce estrés y el personal está muy descontento con esa situación. Tal vez veamos a un director y un médico denunciados conjuntamente en relación con algún asunto grave, por ejemplo, homicidio involuntario si un paciente se muere debido a una mala práctica. No sólo será culpable el médico sino el director del centro también, y se podrán encontrar uno al lado del otro delante de los tribunales acusados de homicidio o mala práctica. Si esto ocurriese, creo que muchos administradores estarán seriamente asustados. Aún no ha ocurrido, pero puede ocurrir algún día.
- Otro aspecto es cómo las distintas comisiones aceptan las políticas de calidad en la gestión clínica. La mayoría del personal sanitario aún lo ven como un concepto ambiguo. No sé si la gente participará de buena o de mala gana porque, como ya comenté, todos tenemos la sensación de trabajar mucho y cobrar poco. Hay un conflicto aquí al pedir que se asuman las responsabilidades cuando hay un problema porque lo ideal sería que tuviéramos una cultura “libre de culpa”. Si quieres llegar al fondo de los problemas es poco útil señalar a algunos individuos con el dedo; si quieres llevar a cabo una investigación de forma transparente y honesta tienes que identificar los problemas de forma sistemática. Pero frente a eso nos inclinamos a declarar que eres el responsable, y allí surge un conflicto; es difícil conseguir un equilibrio entre esos dos abordajes.

Finalmente, quisiera plantear una serie de preguntas:

- Primero, ¿lograrán las políticas de calidad lo que pretenden, o sea, una mejora de los estándares de calidad asistencial en todo el NHS? No sé si todo esto funcionará o no, quizás sí, ¿pero quién sabe? Y si funciona ¿cómo sabremos que ha sido por la aplicación de estas políticas, ya que han sido impuestas en todas las partes del sistema? No existen centros pilotos, no hay comparaciones. Si se produce una mejora en los estándares, puede que

no tenga nada que ver con estas políticas. Podría ser debido a otros muchos factores. Podría ser debido a que trabajemos más, ¿quién sabe? No puedes probar nada porque ha sido puesta en marcha en todo el NHS, sin experiencias pilotos.

- Segundo, ¿podrán los recursos destinados a las políticas de calidad producir una mejoría proporcional en los estándares, o sólo será un gran esfuerzo para producir unos cambios marginales? Y, en ese caso, alguien podría preguntar: "por qué molestarse?".

