

Sesión Plenaria 1:

Continuidad en la Atención y cuidados Sanitarios

Gestión por procesos asistenciales integrados en el sistema sanitario público de Andalucía

Antonio Torres Olivera

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

El Plan de Calidad de la Consejería de Salud contiene en su línea estratégica de calidad un conjunto de ideas básicas, que son también compartidas por otras organizaciones con distintas estrategias de gestión centradas en la calidad total.

En este marco es donde debemos situar la estructuración de la atención en procesos asistenciales y entender nuestro sistema sanitario público como un sistema integral de procesos en cuyo desarrollo se cruzan los límites funcionales repetidamente, tendiendo a la cooperación y a la creación de una cultura distinta, más abierta, menos jerárquica y más orientada a obtener resultados que a mantener privilegios. Son los procesos, por tanto, la base operativa para los cambios estratégicos de la organización.

La gestión por procesos se concibe como una herramienta que permite integrar el conocimiento y ponerlo al servicio del paciente y del conjunto de la organización, permitiendo responder mejor a las exigencias de un entorno en continua transformación. Por ello, este modelo de gestión requiere que los diversos procesos se diseñen y estructuren teniendo en cuenta la opinión de sus diferentes destinatarios e implicando desde su inicio a los profesionales.

A partir de este marco general, la gestión por procesos asistenciales integrados en nuestra Comunidad Autónoma pone especial énfasis en los siguientes aspectos:

Centrar nuestras actuaciones en el paciente/usuario mediante el conocimiento y comprensión de sus necesidades, expectativas y grado de satisfacción. De este modo, se introducen en la definición y medición de la calidad, aspectos novedosos que trascienden de los meramente técnicos o científicos y que nos permite reevaluar y redefinir nuestra relación con el usuario.

Implicar a los profesionales en la gestión de procesos convirtiéndolos en genuinos motores de cambio con el fin de recoger, analizar y compartir el conocimiento. Se pretende movilizar los recursos intelectuales del colectivo en beneficio de la organización, del individuo y de la sociedad.

Garantizar la Continuidad asistencial implícita en cada proceso que permita liberar al paciente de las consecuencias de una atención fragmentada y compartimentada.

Identificación de los procesos clínico asistenciales como procesos claves en función de la relación de éstos con las necesidades y expectativas de los pacientes y con los objetivos estratégicos.

Mejorar la Práctica clínica asumiendo recomendaciones basadas en Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia y planes de cuidados estandarizados que sustenten cada una de las actuaciones e incorporen las innovaciones necesarias sobre la base del conocimiento científico actual.

Avanzar en el diseño y desarrollo de un Sistema de información integrado que permita evaluar las intervenciones propuestas y proporcione la información necesaria sobre las actividades que se realizan; para quién; en qué momento; cuál es su efectividad y su coste.

Las principales fases del proyecto son:

- Priorización. Mapa de Procesos 2001-2002
- Formación grupos de trabajo/Elaboración Guía de diseño.
- Definición del proceso.
- Revisión. Difusión.
- Implantación.
- Actualización. Grupos de Referencia Autonómicos.
- Evaluación.

La implantación de los Procesos Asistenciales conlleva un conjunto de acciones orientadas a asegurar la implicación de los Directivos y a la incorporación de elementos propios de la gestión por procesos (Normas Básicas de Calidad en los Contratos Programa Consejería - SAS y SAS - Proveedores; adaptación de estructuras organizativas de los Servicios Centrales; incorporación de los procesos a los contenidos de las Unidades de Gestión Clínica; adecuación de nuestros Sistemas de Información y Estrategias formativas para los profesionales responsables de la implantación en sus respectivos ámbitos...

Con todo ello, queremos ofertar al usuario una mayor garantía de continuidad asistencial y de cuidados; la capacidad de poder expresar sus expectativas y verlas reflejadas en distintos aspectos de la atención que se le presta; poner a su disposición más información sobre los servicios y su funcionamiento. En resumen mejorar su accesibilidad a los servicios. De igual modo, los beneficios para el profesional derivan del hecho de sentir una mayor seguridad en el desempeño de su actividad diaria así como del reconocimiento de su aportación al logro de las metas finales.

Actualmente, estamos en las fases de difusión e implantación. Los procesos publicados se encuentran disponibles en el Portal de Salud de la Consejería y se está ultimando el modelo de navegación para la Web y la Intranet Corporativa con el fin de facilitar su acceso y uso por parte de los profesionales.

Obstáculos y elementos facilitadores para la implantación de la Gestión por Procesos en Instituciones Sanitarias

Joaquín Membrado Martínez

Doctor Ingeniero Naval con premio extraordinario de Doctorado.

Director General de Calidad y Dirección.

Vicepresidente de Kanui Textil.

Secretario General del Club Calidad de la Comunidad Valenciana.

Evaluable y Licenciado de la EFQM.

Podemos definir un proceso como un conjunto de actividades interrelacionadas entre sí, que a partir de una o varias entradas de materiales o información, dan lugar a una o varias salidas también de materiales o información con valor añadido. Es decir, un proceso comprende una serie de actividades realizadas por diferentes departamentos o servicios de la Institución Sanitaria, que añaden valor y que ofrecen un producto o servicio a su cliente. Este cliente podrá ser tanto un "cliente interno" (otro servicio) como un "cliente externo" (paciente/acompañante).

La gestión por procesos es un sistema de organización diferente de la clásica organización funcional, y en el que prima la visión del cliente sobre las actividades de la organización. Los procesos así definidos son gestionados de modo estructurado y sobre su mejora se basa la de la propia organización.

En las Instituciones Sanitarias convergen numerosos tipos de actividad como pueden ser la actividad asistencial de primer nivel o especializada, la hostelería, la actividad económico-administrativa, la ingeniería, el mantenimiento y toda una serie de actividades de apoyo y servicio que son imprescindibles y de muy diversas características. Debido a esta gran diversidad y a la complejidad inherente a todos los procesos que se ejecutan en las Instituciones Sanitarias, existen altas probabilidades de incurrir en errores y desaprovechar recursos tanto humanos como materiales. Una gestión por procesos estructurada, con los recursos y coordinación adecuados, permite optimizar de forma significativa la utilización de los recursos y mejorar la calidad asistencial.

Los procesos de la Institución Sanitaria los podemos agrupar en clave, estratégicos y de soporte. Los procesos clave son aquellos que afectan de modo directo la prestación del servicio asistencial y por tanto a la satisfacción del cliente externo (paciente). Algunos ejemplos de procesos clave son: Hospitalización en Planta, Atención en Urgencias, Hospitalización Post-Quirúrgica, Intervención Quirúrgica, etc.

Los procesos estratégicos son aquellos que permiten desarrollar e implantar la estrategia de la Institución Sanitaria. Algunos ejemplos son: Sistema de Dirección, Planificación Estratégica, Marketing (centros privados), Desarrollo de Alianzas Estratégicas, Gestión de las relaciones con el Cliente, Autoevaluación, etc.

Por último, los procesos de soporte son todos aquellos que permiten la operación de la Institución Sanitaria y que sin embargo no son considerados clave por la misma. En general los procesos de gestión (pago de nóminas, facturación, contabilidad, etc.) y algunos otros como los procesos de auditorías internas, gestión de los sistemas de información, mantenimiento, etc., son considerados como de soporte.

Para poder gestionar los procesos de la Institución Sanitaria de modo eficiente es necesario determinar quién es el pro-

pietario de dichos procesos. El propietario asume la responsabilidad global de la gestión del proceso y de su mejora continua, por ello debe tener la suficiente autoridad para poder implantar los cambios en el proceso que conduzcan a la mejora de sus resultados. El propietario podrá contar con la colaboración de un equipo de mejora del proceso. Dicho equipo deberá estar formado por personas directamente implicadas en el proceso y pertenecientes a todos los departamentos o servicios afectados.

Además de las revisiones periódicas a las que se ven sometidos los procesos por el propietario de los mismos y sus colaboradores, es conveniente que la alta dirección de la Institución Sanitaria lleve a cabo revisiones del funcionamiento de los procesos clave. Estas revisiones deben ser periódicas y sus resultados deben tenerse en cuenta en la formulación de la política y estrategia. La metodología para la mejora de procesos está orientada a reducir/eliminar defectos y a reducir el tiempo de ejecución del proceso, conocido como tiempo ciclo. La gestión de procesos según el enfoque anterior es compatible con la implantación de Sistemas de Gestión de la Calidad, tales como el propuesto por las normas ISO 9001:2000. La gestión de procesos de la Institución Sanitaria también podrá beneficiarse del uso de otros sistemas estandarizados tales como sistemas de gestión medioambiental tipo ISO 14000, o los sistemas de gestión de riesgos laborales. Los anteriores conceptos pueden resultar difíciles de aplicar en una organización tan compleja como una Institución Sanitaria.

El Grupo C&D ha colaborado y/o colabora con más de 16 Instituciones Sanitarias, entre las que destacan dos de los mayores Complejos Hospitalarios de España, una Fundación y un grupo privado con cinco hospitales, para poner en marcha proyectos de gestión de/por procesos. A continuación resumimos algunas experiencias relevantes, y extraemos unas conclusiones de todos los proyectos.

Nuestra experiencia en un importante hospital público valenciano se inició con una serie de autoevaluaciones según el Modelo EFQM de Excelencia en los diferentes pabellones, a partir de las cuales se determinó, entre otras, la necesidad de implantar la Gestión por Procesos. En una primera etapa se extendió la formación sobre procesos a los profesionales y gestores más implicados con el proyecto. Al primer seminario asistieron el Gerente del Hospital, el Director Médico, Directores de Enfermería y del Área Económica y los Subdirectores Médicos y Enfermería de cada Pabellón. A continuación se impartieron tres seminarios para formar a los Jefes de Servicio, Supervisoras de Planta y algunos profesionales clave del Área Económica.

Una vez concluido el proceso de formación general se constituyó un nuevo Departamento de Calidad dirigido por uno de los Jefes de Servicio, seleccionado por su entusiasmo y compromiso con el proyecto. El Director de Calidad ha asumido sus nuevas funciones compaginándolas con las que ya tenía como Jefe de Servicio, y ha entrado a formar parte de la Comisión Permanente del Hospital. El Departamento de Calidad se ha completado con tres enfermeras, un médico, un empleado procedente del área económica y una secretaria.

El grupo seleccionó cuatro procesos (uno de cada uno de los pabellones del Hospital y uno del Área Económica) que fueron los pilotos para el desarrollo de la metodología. Los procesos seleccionados fueron:

- Cadera (Pabellón de Rehabilitación)
- Parto (Pabellón de Maternidad)
- Bronquiolitis (Pabellón Infantil)
- Lavandería (Área Económica).

La metodología anteriormente descrita se aplicó a cada uno de los procesos. Se identificaron propietarios y se formaron

equipos de trabajo que incluían alguno de los miembros del departamento de calidad que actuaron de facilitadores del trabajo del equipo. Los procesos se documentaron y se prepararon los correspondientes mapas y diagramas de flujo. Se identificaron las mediciones clave de los mismos y se implantó el sistema de seguimiento de resultados y de mejora continua.

Tras el éxito de los proyectos piloto, en la actualidad se está trabajando en la aplicación de la metodología al resto de procesos del Hospital. Ya se han identificado los procesos clave del Hospital y se ha comenzado el trabajo en los mismos. En paralelo, se ha comenzado la preparación para la obtención de la certificación ISO 9001:2000 para tres de los principales servicios del Hospital.

Una metodología similar se está siguiendo en otro Hospital Público Valenciano de gestión privada, "La Ribera", ubicado en Alzira. El proyecto se está desarrollando en un corto espacio de tiempo, sobre todo teniendo en cuenta la necesidad de una institución de estas características de alcanzar niveles competitivos mediante la optimización de sus procesos y la satisfacción de sus clientes (que pueden decidir asistir a otros hospitales públicos). Sólo tres años después de su inauguración, este hospital ya está obteniendo el Certificado ISO 9001:2000 para su proceso de admisión, y está finalizando la Autoevaluación EFQM.

Otra experiencia similar ha sido la de una Fundación Hospitalaria en Baleares, con la que colaboramos desde 1999. Tras una Autoevaluación EFQM, en la que se identificaron 25 proyectos de mejora, se estableció un planteamiento estratégico de mejora que incluía la obtención de certificados ISO 9002 en los principales servicios y, en paralelo, la implantación de una metodología de mejora de procesos en aquellos identificados como clave. Durante el año 2000 se certificaron las siguientes unidades:

- Servicio de Farmacia
 - Servicio de Anatomía Patológica
 - Sistemas de información
- En el año 2001 se certificaron los servicios siguientes:
- Unidad de Cirugía sin Ingreso
 - Servicio de Radiología
 - Unidad de Esterilización
 - Servicio de Admisión
 - Servicio de Hemodiálisis

Para los años 2002/2003 se ha planificado la certificación de dos servicios adicionales y la adaptación del sistema a nueva norma ISO9001:2000.

En paralelo, la Dirección del Hospital ha categorizado los procesos en base a dos criterios, frecuencia de su ejecución y coste de los mismos. Estos procesos son los que más efecto tienen en los costes del Hospital. Los primeros procesos a analizar fueron:

- EPOC (bronquitis crónica)
- ANGOR (Dolor pectoral con posible angina de pecho)
- Fractura de cadera

Estos procesos fueron analizados y mejorados en 1999/2000. En el año 2001 se seleccionaron otros tres procesos que actualmente se encuentran en su proceso de mejora. Para la mejora de estos procesos se constituyeron los llamados "equipos de proceso", formados por un líder y un conjunto de profesionales de distintas especialidades. Los equipos documentan los procesos, seleccionan las mediciones y emprenden la mejora de los mismos.

Otra experiencia relevante es la de un Grupo Empresarial con cinco hospitales privados que inició el año 2001 la certi-

cación ISO 9001:2000 de todo el Grupo, con una clara orientación hacia la gestión de procesos. El proyecto se ha establecido en tres fases:

- Fase inicial en la que se han incluido seis Servicios (Oncología Radioterapia, Medicina Nuclear, UCI, Pie Diabético, Protección Radiológica y Servicio de Formación).
- Segunda fase que incluye la certificación de otros ocho Servicios.
- Tercera fase que debe completarse antes del final de 2003, e incluye la certificación del resto de servicios y actividades.

Cabe destacar que en este caso se ha decidido certificar todo el Grupo en su conjunto mediante procesos comunes a todos los Hospitales.

Como hemos constatado durante la ejecución de los anteriores proyectos y del resto de experiencias antes citadas, la implantación de la Gestión por Procesos en una Institución Sanitaria ofrece ciertas dificultades relacionadas con el tamaño, complejidad y diversidad de las actividades y procesos de la misma. Entre los obstáculos más frecuentemente encontrados tenemos:

- Estructura muy jerarquizada, especialmente en las Instituciones Sanitarias de carácter público. Los niveles y categorías profesionales establecen barreras que dificultan el trabajo en equipo y la visión de procesos horizontales orientados al cliente final (paciente).
- Tamaño gigantesco de algunos hospitales, con miles de empleados y centenares de camas y con una gestión casi independiente de los diferentes servicios médicos.
- Carencia de medios informáticos, especialmente en lo que se refiere a sistemas o bases de datos centralizadas que permitan intercambios de información fluidos y obtención de los datos necesarios para establecer las mediciones de calidad de los procesos.
- Cultura sanitaria enfocada al acto médico, relegando otras acciones de soporte también imprescindibles para el buen funcionamiento de la Institución Sanitaria.
- Falta de un "cultura de empresa" orientada a la satisfacción del cliente (paciente) y la optimización de los recursos de la organización (especialmente en las Instituciones de carácter público).
- Ausencia de una política de Recursos Humanos orientada a la motivación y a la participación de los empleados en la mejora de los procesos de la Institución.
- Temporalidad de los gestores, que dificulta la continuidad de las estrategias de mejora emprendidas.

Los anteriores obstáculos deben ser salvados a priori para obtener el éxito del programa de implantación de la Gestión por Procesos. Los elementos facilitadores que en muchos casos están permitiendo sortear dichos obstáculos serán:

- El compromiso y apoyo de la Dirección, tanto a nivel personal como con la aportación de los recursos necesarios para asegurar el éxito de las iniciativas emprendidas.
- La formación de todos los profesionales involucrados (si es posible todos los empleados deberían recibir cierto nivel de información) para que entiendan los objetivos de la Gestión por Procesos y se comprometan con el proyecto.
- El entusiasmo de los profesionales y directivos seleccionados para emprender las primeras iniciativas.
- La excelente preparación del personal sanitario que hace que si están motivados y creen en el proyecto sean

capaces de desarrollarlo con extrema brillantez.

- La existencia de un Plan Estratégico de mayor alcance dentro del cual se enmarque la Gestión por Procesos como una forma de organización para la mejora. En este contexto, un proyecto de certificación ISO 9001:2000 es una buena ocasión para identificar y gestionar los Procesos clave de la Institución. La implantación de un Plan de Calidad Total (quizás comenzando con una Autoevaluación según el Modelo EFQM de Excelencia) es una herramienta todavía más poderosa para fomentar la implantación de la Gestión por Procesos.

Como hemos visto, existen experiencias de éxito en la Gestión de Procesos en Hospitales tanto públicos como privados, incluyendo fundaciones hospitalarias y hospitales públicos de gestión privada. En todos los casos ha sido necesario sortear unos obstáculos iniciales a causa de la falta de cultura de calidad de estas Instituciones y hemos tenido que apoyarnos en el compromiso de la Dirección y de los profesionales involucrados para poner en marcha los proyectos de Gestión por Procesos en el marco de una estrategia global para la Institución.

Mejorando la gestión de las listas de espera en Canadá

Noseworthy T, McGurran J, Steering Committee of the Western Canada Waiting List Project

Introducción y objetivos

Al igual que todos los sistemas de salud del mundo con financiación pública, el sistema de salud canadiense se ve afectado por largas esperas para la atención programada. Este aspecto mina la confianza que la población tiene en el sistema de cuidados de salud, el cual no ofrece de forma generalizada alternativas mediante conciertos con centros privados. Además, las largas esperas pueden perjudicar a los pacientes o disminuir el beneficio potencial de las intervenciones indicadas.

En 1999 se produjo en Canadá una alianza de 19 organizaciones, conocida como el Western Canada Waiting List Project (WCWL), para abordar las listas de espera en sus aspectos estructurales y de gestión. El objetivo inicial del WCWL había sido el desarrollo y refinamiento de herramientas prácticas para la priorización de los pacientes que estaban en la lista de espera. Actualmente, se han implantado en ciudades del Oeste de Canadá sistemas de priorización mediante puntuaciones y además se ha empezado a desarrollar tiempos de espera "benchmark" para estas puntuaciones.

Métodos

Se han desarrollado herramientas para el establecimiento de prioridades mediante importantes "inputs" clínicos a través de intercambios iterativos de paneles clínicos en 5 áreas clínicas: cirugía de catarata; procedimientos de cirugía general; prótesis de rodilla y cadera; resonancia magnética nuclear y salud

mental infantil.

Estos paneles clínicos formularon y refinaron los criterios, y sus pesos asociados, para facilitar la priorización, utilizando factores clínicos y sociales. Se han desarrollado diferentes etapas de trabajo empírico con el objetivo de evaluar y mejorar la fiabilidad y validez de las puntuaciones.

Con el fin de evaluar la aceptabilidad y utilidad de las herramientas diseñadas para el establecimiento de prioridades e identificar aspectos previos a la implantación, se realizaron entrevistas estructuradas a personas clave de las Autoridades Regionales de Salud (Regional Health Authorities) de las 7 ciudades. Además, se constituyeron grupos focales en las siete ciudades del Oeste (seven Western cities) para conocer la opinión de la población.

Se han formado equipos locales de implementación con el fin de introducir y gestionar los sistemas de puntuaciones y, de manera concurrente, se está diseñado la metodología para el desarrollo de tiempos de espera "benchmark" ligados a los sistemas de puntuaciones.

Resultados

Se construyeron sistemas de puntuaciones con puntos de corte (point-count scoring systems) (www.wcwl.org) implantándose en cirugía de catarata; procedimientos de cirugía general; de prótesis de rodilla y cadera y en salud mental infantil. Los clínicos que han participado han confirmado que estas herramientas tienen validez facial y que los sistemas de puntuaciones son útiles para su implantación en establecimientos clínicos. Se han realizado dos fases de comprobación de la fiabilidad; los mejores resultados los obtuvieron los criterios para cirugía general, prótesis de cadera y rodilla, y los peores resultados fueron para los criterios para la aplicación de la Resonancia Magnética Nuclear diagnóstica. Los grupos focales con participación de la población han respaldado la aplicación de las medidas de priorización a través de puntos de corte. La Autoridades Regionales de Salud han apoyado el sistema y lo están implantando realizando en paralelo un ensayo controlado que permita conocer el enfoque más adecuado de implantación de los sistemas de puntuación.

Conclusiones

El Proyecto "The Western Canada Waiting List Project" no ha solucionado el problema de las listas y tiempos de espera. Sin embargo, la obtención de un procedimiento estandarizado y fiable para asignar prioridad a los servicios es un paso importante hacia la mejora de la gestión en Canadá y también en otros países. Una vez que se desarrollen, en la siguiente fase del proyecto, tiempos de espera "benchmark", el objetivo es poder garantizar tiempos de espera, de forma que a los pacientes con determinadas puntuaciones se les asignen tiempos de espera estandarizados y se programe la intervención en el tiempo requerido. Progresivamente, sería posible eliminar las listas de espera o, al menos, permitiría ofrecer los servicios a los pacientes en un tiempo más adecuado, en función de sus necesidades y potenciales beneficios.

Sesión Plenaria 2:

Otorgando protagonismo al paciente

Responsabilidad civil en la asistencia sanitaria. Solución extrajudicial de los conflictos

Manuel Iglesias Cabero

Magistrado de la Sala IV del Tribunal Supremo.

No resulta tarea sencilla condensar en tan breve espacio toda la problemática que plantea una situación tan compleja como la que se refiere a la responsabilidad médica. En apretada síntesis se apuntan los principales aspectos de la misma, referidos a la responsabilidad y su entorno; a su origen en los ámbitos público y privado; a las consecuencias y su reparación; a la determinación de los sujetos responsables; al orden jurisdiccional competente para conocer de las reclamaciones y a la normativa aplicable para la solución de los conflictos, así como a la posibilidad de acudir al arbitraje para llegar a soluciones aceptables.

La responsabilidad

La responsabilidad por actos propios y, a veces, por los ajenos, se entronca con el Derecho romano y ha pasado a nuestro Código civil. Desde su origen, la responsabilidad se asentó sobre la culpa, pero los ordenamientos modernos se han ido deslizando hacia la responsabilidad cuasi objetiva, de tal manera que la responsabilidad y la obligación de indemnizar surgen en todos los casos en que se ocasiona un daño que el ciudadano no está obligado a soportar.

Para llegar a esa conclusión se ha preferido invertir la carga de la prueba, de manera que no va a ser el perjudicado quien deba acreditar la culpa o la negligencia del autor de daño, sino que incumbe a éste demostrar que actuó con la diligencia debida al caso. Nuestra Constitución dispone en el artículo 106.2 que los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos.

Obligaciones que asume el médico

El facultativo no asume obligaciones de resultado concreto, sino de medios, aunque en ocasiones el resultado sea el motivo principal de la intervención (cirugía estética, ortodoncia e implantes, etc.). Como se dijo en la Sentencia de la Sala 1ª del Tribunal Supremo de 19 de noviembre de 1999, si bien del médico no puede esperarse siempre la curación completa, sí se exige la aplicación de su ciencia de modo diligente y cuidadoso.

Es deber del facultativo informar al enfermo o a sus familiares de la situación real, del diagnóstico, pronóstico y riesgos que comporta el tratamiento y si los medios de que dispone son suficientes. Debe lograr un consentimiento suficientemente informado.

Motivos más frecuentes de reclamación

Suelen ser los siguientes: la falta de información al paciente o a sus familiares de los riesgos que comporta el tratamiento; la ignorancia, la impericia, la torpeza o la negligencia del médico cuando actúa con error inexcusable; el deficiente servicio prestado en los centros sanitarios y la falta de consentimiento del enfermo.

Con frecuencia se acusa a los facultativos de transgresión de los deberes de la técnica médica, de evidente ineptitud. La impericia profesional se ha apreciado cuando el médico carece de los conocimientos necesarios, cuando a pesar de poseerlos no los emplea con una técnica cuidadosa y razonable o cuando omite el deber de prestar el auxilio necesario reclamado.

Los sujetos responsables

En un proceso curativo pueden intervenir una o varias personas; cada una de ellas responderá de las consecuencias de sus propios actos, pero también alcanza responsabilidad al centro hospitalario en determinadas ocasiones; la clínica responde de las lesiones que sufran los internos por caída o accidente en la utilización de las instalaciones, intoxicaciones por alimentos, etc., e incluso de los suicidios de pacientes internados con trastornos psíquicos, por falta de vigilancia, que tanto proliferan en Francia.

En este aspecto, la responsabilidad se exige en función de la naturaleza de la institución sanitaria implicada. En las instituciones abiertas el enfermo celebra un pacto que comprende las condiciones de alojamiento, alimentación, vigilancia, régimen de acompañamiento y visitas, tratamiento médico, cirugía y anestesia, en lo que se conoce como "todo dentro", o puede suceder que la clínica solamente ponga a disposición sus instalaciones y los servicios sanitarios, pero no los facultativos propiamente dichos, en el régimen conocido como "todo fuera". La situación varía también en función del carácter público o privado de la institución.

La competencia internacional para conocer de la responsabilidad

El problema ha surgido últimamente con motivo del caso Baxter y de los filtros utilizados en diálisis de enfermos en distintas Comunidades Autónomas. Lo que se ha cuestionado es la jurisdicción competente para conocer de las reclamaciones for-

muladas, debido a que han cooperado sociedades residencias en España, en Estados Unidos y en Suecia. También la normativa aplicable al caso ha sido motivo de polémica.

El Reglamento 44/2001/CE permite litigar en estos casos ante los Tribunales del domicilio del deudor. La situación se complica debido a que los Jueces de algunos países, como los norteamericanos, suelen reconocer indemnizaciones muy superiores a las logradas en Europa.

Posibilidad de acudir al arbitraje

A este respecto hay que tener en cuenta varios factores para contestar a esta pregunta. Se trata de conflictos individuales en los que el sujeto responsable puede ser un particular o una institución pública o privada. El orden normativo sobre esta materia también es un elemento de interés.

En España, salvo para las reclamaciones en materia electoral sindical, el arbitraje es voluntario; solamente se autoriza si las partes implicadas se ponen de acuerdo para aceptar este medio de solucionar sus diferencias; es una materia de libre disposición, como señala la Ley de Arbitraje de 5 de diciembre de 1988, excluyendo de manera expresa este método cuando las partes no tengan poder de disposición o cuando se trate de arbitrajes laborales.

Tratándose de particulares –facultativos y clínicas privadas–, nada impide acudir a este medio de solución de los conflictos, pero cuando se trate de instituciones públicas la solución es la contraria. La Ley General de Presupuestos, aprobada por R.D-L. 109/1988, de 23 de septiembre, establece que no pueden someterse a arbitraje las contiendas que se susciten sobre derechos de la Hacienda pública, aunque debe advertirse que la Tesorería General de la Seguridad Social no es la Hacienda pública, pero el artículo 24 de la Ley General de la Seguridad Social prohíbe transigir judicial o extrajudicialmente sobre los derechos de la Seguridad Social ni someter a árbitros las contiendas que se susciten respecto de los mismos, sino mediante real decreto acordado en Consejo de Ministros, previa audiencia del Consejo de Estado.

Arbitraje médico: experiencia mexicana

Carlos Tena Tamayo

Comisionado Nacional de Arbitraje Médico

La regulación de la profesión médica es parte de la historia de la medicina. Desde tiempos del rey Hammurabi de Babilonia, se reconoce que existieron castigos para los médicos que no realizaban adecuadamente su trabajo, aunque los excesos de estos castigos por malos resultados del tratamiento médico, quedaron demostrados en el propio código de Hammurabi (2000 a.C.), en la recopilación de leyes del Fuero juzgó en época de los visigodos, y en las siete partidas decretadas por Alfonso el Sabio.

En la época de los emperadores romanos, y posteriormente en España con los reyes católicos, hubo jurisdicción para que los propios médicos fueran quienes examinaran a los médicos y sancionaran a los que actuaban con negligencia.

Existe evidencia en la literatura que los médicos, desde siempre, han aceptado voluntariamente su responsabilidad, ya que en el juramento de Hipócrates, hecho propio por cada médico contemporáneo, se concluye que en caso de no cumplir con lo jurado ahí, se aceptará la adversidad en su vida profesional.

De tal manera que, no es ninguna moda ni mucho menos un fenómeno reciente, que al médico se le exija ser responsable, se le demande judicialmente cuando no cumple con su obligación, ó se regule con gran exigencia la práctica de su profesión. Tampoco es efecto de los tiempos actuales, que estas regulaciones en ocasiones no cumplan con las expectativas de la sociedad, y entonces se necesiten nuevas formas de vigilar la práctica de la profesión.

El replantearse periódicamente esta problemática y hacer propuestas para solucionarla ha llevado a estudiar con profundidad la responsabilidad del médico, y ha permitido, establecer los límites de esta responsabilidad, al considerar que la medicina no es una ciencia exacta y por lo tanto que nunca puede garantizar resultados, de tal manera que la exigencia hacia el médico se ubique en el cumplimiento de su obligación de medios, es decir, en apego a la *Lex artis*.

Esto no excluye el reconocimiento del “error latente”, ya que un número no despreciable de errores humanos ocurren como consecuencia de una falla del sistema. Diversos factores influyen positiva o negativamente en la ocurrencia y frecuencia de los errores que actualmente se refieren como precondiciones y que cubren todos los aspectos del ambiente laboral, como las decisiones gerenciales correctas, el equipamiento apropiado y confiable, la fuerza laboral competente y los horarios de trabajo razonables.

Otro tema de estudio ha sido la relación médico-paciente y su influencia en la prestación del servicio médico, a tal grado que, el principio de paternalismo del médico ha cambiado por la autonomía del paciente, para que juntos acepten el modelo responsable, en el que las dos partes asumen la responsabilidad y deciden teniendo conocimiento y libertad para hacerlo. El deterioro de la relación médico paciente ha multiplicado las demandas contra los médicos y en ello han jugado un papel importante la creciente complejidad de la ciencia, la tecnificación de la práctica médica, la atención multidisciplinaria, la súper especialización que impide la atención integral del paciente, y la crisis del sistema público de salud en el que el centralismo institucional es generador de ineficiencias distributivas, la administración inadecuada de los recursos disponibles, las intervenciones no apegadas sistemáticamente a los lineamientos científicos y éticos que resultan en forma no excepcional, en problemas de eficiencia técnica, ello ha provocado una desconfianza de los usuarios en la calidad de los servicios otorgados y en ocasiones en el personal médico y administrativo de las instituciones públicas y privadas.

Ha sido reconocida en otros países, particularmente los Estados Unidos de Norte América, la práctica generalizada de la “medicina defensiva”, fenómeno que ha originado mayor distanciamiento entre médicos y pacientes, mayor costo de la atención médica y una preocupante industrialización del litigio en contra de los médicos, quienes tienen, obligadamente, que realizar su práctica profesional respaldados por un seguro de responsabilidad profesional. La “medicina defensiva”, considerada una práctica no ética de la profesión amenaza con expandirse a los países de América Latina. Contenerla es un reto de quienes creemos que la práctica de la medicina debe darse en una relación de respeto y confianza entre médico y paciente.

Por otra parte, en México, la actual libertad de expresión, la exigencia de mejores servicios y la participación ciudadana han sido factores que contribuyen a que la insatisfacción de los usuarios con la calidad de los servicios de atención médica, pública o privada, se expresen con mayor frecuencia, pero ahora en una instancia extrajudicial especializada, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), cuya misión es propiciar relaciones sanas entre los profesionales de la salud y sus pacientes, y para lograrlo propone que las diferencias entre ellos se traten de resolver mediante vías alternas a la judicial, como lo son la conciliación o el arbitraje médico.

La CONAMED fue creada por decreto del Ejecutivo Federal en junio de 1996, como un organismo desconcentrado de la Secretaría de Salud, pero con plena autonomía técnica, y esta dirigida por un Comisionado Nacional, médico nombrado por el Presidente de la República, quien también designa a diez miembros notables de la sociedad como Consejeros, con título honorífico, para que vigilen periódicamente el buen funcionamiento de esta Comisión.

En la CONAMED, se apuesta a la voluntad de médicos y pacientes para que se les ayude a encontrar una sana solución a sus conflictos. Se les propone que sea el diálogo y no el proceso judicial, el que impere en la resolución de sus diferencias. Se identifican y contratan a los expertos en la materia para que sean los que asesoren a la CONAMED sobre el acto médico en cuestión, de manera imparcial y con las evidencias científicas que amerita cada caso. El deseo de buscar la verdad, y no el afán de ganar un pleito, es lo que manifiesta la buena fé de quienes deciden someterse al procedimiento de conciliación o arbitraje médico.

Preferir la vía alterna de solución de conflictos tiene ventajas sobre la vía judicial. Actualmente la vía judicial se encuentra sobresaturada, de tal manera que la resolución de un caso implica varios años en el proceso, la vía extrajudicial resuelve con mayor agilidad, generalmente en menos de seis meses. El contratar abogados y el invertir en tiempo representa un alto costo económico; los servicios de la CONAMED son gratuitos para médicos y pacientes.

Si bien la CONAMED es presidida por un médico, y son los propios médicos los que opinan para la solución de los conflictos, la imparcialidad se garantiza con la aplicación de procedimientos certificados ISO 9001/2000, y el tener abogados en cada sala de conciliación durante todo el proceso arbitral. Se tiene la convicción que sólo demostrando absoluta imparcialidad, se tendrá la confianza de la sociedad para resolver por esta vía sus problemas; pero además para evitar desviaciones, diariamente se realiza una encuesta de satisfacción de los usuarios, en donde uno de los puntos que se evalúa es la imparcialidad, y los resultados de esta encuesta indican que esta percepción es mayor del 95% por ambas partes, médicos y pacientes.

Un problema de injusticia, se ha observado con frecuencia cuando los médicos son exhibidos en los medios de comunicación masiva, muchas veces acusados de "probable" negligencia o incluso de asesinato, hecho que ocasiona gran degradación de la imagen pública de la profesión médica y del médico, la cual no se recupera cuando se demuestra su inocencia, que generalmente queda minimizado en los medios, cuando estos retoman el asunto. Los integrantes de la CONAMED y sus asesores externos tienen firmado un compromiso de confidencialidad, y por otra parte, a los pacientes o sus familiares se les solicita confidencialidad para que sea sólo en la CONAMED donde se conozca de su conflicto, compromiso que en prácticamente todos los casos se respeta.

Del total de casos ingresados como queja a la CONAMED en sus primeros seis años, ninguno de ellos en proceso judicial, se lograron suscribir 4,548 convenios de transacción o conciliación, que representa una capacidad conciliatoria del 60%. El mayor número de compromisos que se han logrado a través de la conciliación son el reembolso de los gastos erogados para restaurar la salud, o la indemnización en 30% de los casos, 32% han aceptado que se siga con la atención médica hasta resolver su problema y 27% han logrado conciliar con una explicación médica, debido a que la inconformidad se originó por falta de información. El mayor número de inconformidades están relacionadas con tratamiento (64%), con fallas en el diagnóstico (15%) y con los auxiliares de diagnóstico (4%).

Han tenido que llegar al proceso completo de arbitraje médico, por no lograr una conciliación, 149 asuntos, que se han concluido como "cosa juzgada" a través de un laudo. Los arbitrajes se realizan en estricto derecho o en conciencia, según la preferencia de las partes. A través del laudo se absuelve o se condena por daños y perjuicios, valorando los primeros con base al tabulador de la Ley Federal del Trabajo (LFTx4). No se considera la subjetividad.

Al tener el laudo el carácter de cosa juzgada, el juez se obliga a dictar su ejecución si ésta se le solicita.

Dado el marco jurídico que sustentan las actividades de la CONAMED, las siguientes situaciones no se consideran motivo para su intervención:

1. Cuando no se reclamen pretensiones de carácter civil
2. Cuando esté sometido el conocimiento de los tribunales
3. Cuando se trate de controversias laborales
4. Cuando tenga por objeto la tramitación de medios preparatorios para un juicio civil ó un procedimiento judicial o administrativo.
5. Cuando se hubiere iniciado averiguación previa
6. Cuando la única pretensión sea sancionar al personal médico
7. Cuando la controversia sea sólo sobre el cobro de servicios

En virtud del ámbito de acción y las atribuciones que legalmente tiene previstas, la CONAMED es, y ha sido vista por las autoridades, de procuración de justicia y de vigilancia interna de las instituciones públicas de salud, como la instancia idónea y experta para emitir opiniones sobre conflictos derivados del acto médico, de tal manera, que le solicitan permanentemente, con carácter de metaevaluador, dictámenes médicos que se emiten como peritajes institucionales. Mediante el dictamen pericial, la CONAMED no resuelve el litigio, sólo aporta su interpretación técnica de los hechos con relevancia jurídica. Se han emitido con estas características 2,844 dictámenes médicos periciales en los últimos seis años.

Del análisis de los asuntos resueltos por la vía de la conciliación, el arbitraje o el dictamen médico pericial, se ha demostrado que 42% de los casos tienen mala práctica médica. En el resto ha imperado inadecuada comunicación o mala relación médico paciente. Ante esta evidencia la CONAMED propició el año pasado, en el marco de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (Programa de la SSA), la definición de los Derechos Generales de los Pacientes, los cuales hoy se difunden en el ámbito nacional. De la misma manera ha propiciado que los Derechos de los Médicos se den a conocer, con el deseo de lograr un equilibrio entre el respeto de los derechos de ambos, y lograr así mejorar la relación médico paciente, exigencia social, a la que se agrega hacer explícitos los derechos, deberes y obligaciones de la comunidad en su conjunto.

De igual manera la CONAMED formó grupos de trabajo, con la participación de diversos médicos especialistas representantes de Asociaciones y Sociedades Médicas y de las Academias, Nacional de Medicina, y Mexicana de Cirugía para analizar en los casos atendidos los errores médicos, que han ocasionado daño a los pacientes durante los últimos años. A partir del análisis crítico de las situaciones observadas, con el sustento de la evidencia científica, y con un interés proactivo y propositivo de aportar soluciones válidas, se elaboraron recomendaciones para mejorar algunos aspectos de la práctica de la medicina en las especialidades de Radiología, Oncología y Anestesiología. En un futuro próximo se emitirán las recomendaciones correspondientes a otras especialidades.

Con el trabajo de la CONAMED se pretende contribuir a mejorar la relación médico paciente, evitar la medicina defensiva, auspiciar la solución conciliatoria de los conflictos referentes al acto médico o la práctica médica, por la vía no judicial, y participar en la mejora de la calidad de la atención médica en nuestro país. Hoy este modelo está operando en 16 estados de la República, con autonomía de la CONAMED, pero en permanente coordinación a través del Consejo Mexicano de Arbitraje Médico, organismo único en el mundo, que permite que se compartan experiencias y se estandaricen los procesos para la atención de inconformidades en dichas instituciones análogas.

El objetivo de la conferencia es dar a conocer el Modelo Mexicano de Arbitraje Médico, sus orígenes, fundamentos y filosofía, con énfasis en sus resultados, para poner a disposición de la comunidad de otros países, los beneficios de la resolución alternativa de conflictos derivados del acto médico, con la finalidad de contribuir al logro de otras experiencias exitosas en beneficio de la calidad de los servicios de salud, y el combate frontal a la medicina defensiva.

Comisiones de conciliación e indemnización, en Francia

Isabelle Lucas-Baloup

Abogado en el Tribunal de París

Francia ha implementado:

- Comisiones de conciliación internas en cada hospital, público o privado, desde 1996.
- Comisiones regionales de conciliación e indemnización, desde la ley del 4 de marzo del 2002.

1. La comisión de conciliación interna al hospital

Con carácter obligatorio tras la disposición n° 96-346 del 24 de abril de 1996, la comisión de conciliación, en cada hospital público o privado, está «encargada de asistir y orientar a toda persona que se considera víctima de un perjuicio debido a la actividad del centro sanitario, e indicarles las vías de conciliación y recurso disponibles» (artículo L. 710-1-2 del código sanitario público).

El decreto n° 98-1001 del 2 de noviembre 1998 ha estipulado su composición y funcionamiento, los cuales pueden resumirse de la siguiente manera:

(a) Composición

La comisión de conciliación está compuesta por 5 miembros:

- el presidente de la comisión médica (que agrupa a todos los facultativos clínicos que ejercen en el hospital) (o a su representante),
- un médico conciliador nombrado por el director (y su suplente),
- un enfermero (y su suplente),
- dos representantes de los pacientes.

No comprende ningún representante de la dirección.

(b) Funcionamiento

- la comisión de conciliación establece su reglamento interno,
- atiende al servicio como mínimo una vez por semana (art. R. 710-1-5)
- las solicitudes y reclamaciones se presentan por escrito (art. R. 710-1-6)
- cuando la reclamación cuestiona determinado acto clínico, un médico conciliador se reúne con el paciente y eventualmente con sus allegados, informa de ello al director del hospital y a la comisión.

(c) Análisis crítico

La comisión de conciliación no dispone del poder de “conciliar”, sino solamente de “asistir y orientar, de informar”. Por consiguiente, no lleva el nombre que le corresponde precisamente. Su éxito es variable dependiendo de los centros sanitarios.

Por ello, se ha pensado en modificar la denominación de la comisión de conciliación interna de los hospitales.

La ley francesa n° 2002-303 del 4 de marzo 2002 relativa a los derechos de los enfermos y a la calidad del sistema sanitario (art. 16) ha previsto sustituirla por una comisión interna denominada «Comisión de las relaciones con los usuarios y de la calidad de las prestaciones ofrecidas», que aún no ha sido objeto de un decreto que lo desarrolle para su aplicación. El nuevo artículo L. 1112-3 del código sanitario público le otorga como misión “velar por el respeto de los derechos de los usuarios y contribuir a la mejora de la calidad en la acogida de las personas enfermas y de sus allegados y de las prestaciones ofrecidas. Esta comisión facilita las gestiones de esas personas y vela para que puedan, llegado el caso, expresar sus quejas ante los responsables del centro, oír las explicaciones de estos últimos y mantenerse informados sobre el seguimiento de sus solicitudes.”

La misma ley del 4 de marzo 2002 ha creado comisiones regionales de conciliación y de indemnización.

2. Las comisiones regionales de conciliación y de indemnización de accidentes médicos, complicaciones yatrogénicas e infecciones nosocomiales

La ley del 4 de marzo 2002, y seguidamente el decreto n° 2002-886 del 3 de mayo 2002, han instituido un nuevo dispositivo, basado en comisiones regionales teniendo el poder de reunirse:

- en formación de conciliación,
- en formación de reglamento amistoso.

(a) Composición

Cada comisión regional comprende:

- 6 representantes de los pacientes,
- 2 representantes de los médicos liberales y un facultativo clínico del hospital público
- un responsable de hospital público y 2 responsables de establecimientos privados,
- 2 representantes de la Oficina Nacional de Indemnización,
- 2 representantes de las compañías de seguros,
- 4 personalidades cualificadas en el ámbito de la reparación de daños corporales.

Deberán estar presentes 7 miembros para que la comisión pueda deliberar y estos se nombran para 3 años.

(b) Formación de conciliación

La comisión regional reunida en formación de conciliación examina las solicitudes relativas a los litigios o reclamaciones, con motivo de una actuación preventiva, diagnóstica o terapéutica efectuada en el ámbito de su incumbencia. Se interpone demanda mediante carta certificada y puede decidir desistirse en beneficio de la nueva comisión interna: Comisión de las relaciones con los usuarios y de la calidad de las prestaciones ofrecidas. (art. R. 795-58).

La comisión puede delegar la conciliación a un miembro de la comisión o a un mediador independiente que, por su cualificación y experiencia, presente garantías de competencia y de independencia (art. R. 795-59).

(c) Formación de solución amistosa

El paciente, que se considera víctima de un accidente médico, de una lesión iatrogénica o de una infección nosocomial, interpone demanda a la comisión mediante un formulario, y presenta los documentos justificativos. Tendrá lugar un peritaje, que determinará si el daño sufrido presenta el carácter de gra-

vedad impuesto por la ley para tener opción a este procedimiento (un decreto deberá especificarlo, pero el fijado por la ley del 4 de marzo 2002 es de un 25% de incapacidad permanente (art. L. 1142-1)). El informe de peritaje se notifica al paciente y a todas las personas implicadas (hospital, facultativos clínicos, fabricante de un medicamento o implante, compañías de seguros, etc.). La comisión escuchará, a petición suya, a las partes, y emitirá su opinión sobre las responsabilidades incurridas, en un plazo de seis meses desde su constitución.

Las aseguradoras deberán entonces, en un plazo de cuatro meses desde el aviso de la comisión, enviar a la víctima o a sus derechohabientes una oferta de indemnización, que se pagará a la víctima el mes siguiente al acuerdo.

Si la víctima considera que la oferta de la aseguradora es insuficiente, interpondrá demanda al tribunal, el cual fijará la cuantía.

La aseguradora será condenada a pagar a la Oficina Nacional de indemnización un 15% de la indemnización asignada, si la indemnización fijada por el tribunal fuese superior a la propuesta por la aseguradora.

En caso de ausencia de aseguradora o de riesgo terapéutico, será la Oficina Nacional de indemnización la que se hará cargo del pago.

(d) Análisis crítico

El nuevo dispositivo de indemnización es demasiado reciente para poder hacer un análisis sobre su eficacia. Los decretos aún no se han publicado, principalmente el que estipula la gravedad del perjuicio que da competencia a la Comisión regional de indemnización.

La calidad de los peritos nombrados así como el respeto de los plazos fijados por la ley cobrarán una gran importancia.

Bajo estas premisas, la ley del 4 de marzo 2002 constituye, sin duda alguna, una mejora de los procedimientos de indemnización a favor de los pacientes, que disponen, además, de un acceso directo y completo a las informaciones que les incumben.

Sesión Plenaria 3:

Selección de mejores comunicaciones

Programa incidentes de medicación: implementación, resultados y recomendaciones para su prevención

M.D. Robles Antúnez, M. Castella Kastner, C. Codina Jañé, J. Massó Muniesa y J. Tuest Creus

Palabra clave: Incidentes medicación.

Objetivos: 1) Implementar un programa de declaración voluntaria de incidentes de medicación en pacientes hospitalizados en nuestro hospital. 2) Conocer la incidencia mediante la declaración voluntaria en el global del Hospital y en cada uno de los Institutos Asistenciales. 3) Establecer recomendaciones dirigidas a cada uno de los grupos profesionales que intervienen en el proceso de distribución y uso de los medicamentos, para su prevención y mejora continua de la calidad asistencial.

Método: Presentación del Programa de Incidentes de Medicación a los profesionales de cada uno de los Institutos Asistenciales de nuestro Hospital.

Utilización de un sistema de declaración voluntaria de incidentes de medicación (manual o electrónico) dónde debe responderse a los siguientes criterios: fecha y hora del incidente, unidad asistencial, breve descripción del incidente, consecuencia inmediata, posible causa del mismo y sugerencias para evitar incidentes similares en el futuro.

Seguimiento prospectivo por el equipo evaluador, de aquellos incidentes que han llegado al paciente y han ocasionado algún tipo de daño o monitorización posterior hasta el completo control o resolución del mismo.

Información periódica de los incidentes al Comité de Mejora Continua de la Calidad de nuestro Centro y a cada uno de las Áreas Asistenciales o Institutos.

Resultados: La implementación del programa de Prevención de Incidentes de Medicación, se ha realizado en el año 2000 y 2001.

Se ha incorporado en el 2002, como un objetivo institucional dentro del Programa de Mejora Continua de la Calidad Asistencial.

Los resultados del 2001 han sido: 745 declaraciones de incidentes de medicación, el tipo de error más frecuente corresponde a: Dosis incorrecta (27%); Omisión de dosis (13%), Medicamento erróneo (11%) y Frecuencia errónea (10%). En cuanto a la situación en el proceso: 60% en la prescripción; 20% transcripción/validación farmacéutica; 10% dispensación y 2% administración. Consecuencias para el paciente: 90% el error no alcanzó al paciente; 8,8% llegó al paciente sin causar daño; 1,2% llegó al paciente ocasionando daño temporal, precisando monitorización o tratamiento.

Las mejoras que se han incorporado han sido: Establecer recomendaciones dirigidas a la prescripción médica, a la transcripción farmacéutica, dispensación y administración de medicamentos.

Difusión de estas recomendaciones entre los profesionales del Centro.

Establecer circuitos de vigilancia del sistema, de forma aleatoria.

Conclusiones: Disponer de un programa de prevención de incidentes de medicación, está justificado en base a que el sistema implica a muchos profesionales, lo cual aumenta el riesgo.

La mayoría de casos son evitables, mediante sistema de detección y control.

Las causas pueden ser multifactoriales y es importante conocerlas para poderlas corregir.

Todo ello está contribuyendo al mayor conocimiento del estado y magnitud del problema en nuestro Centro, a la determinación de Recomendaciones Generales para la Prevención de los Incidentes y la Mejora de la Seguridad de los pacientes.

Evaluación externa de indicadores de calidad consensuados en los centros de atención y seguimiento en drogodependencias

P. Hilarión Madariaga, R. Suñol Sala, R. Pujol y J. Colom

Palabra clave: Drogodependencias, evaluación externa, calidad técnica, sistemas de consenso

Objetivos: 1) Presentar la experiencia de formulación de indicadores de calidad en la atención a la drogodependencia en los centros de atención y seguimiento (CAS) en el ámbito de una comunidad autónoma. 2) Establecer la situación basal de cumplimiento de los Indicadores de calidad consensuados para los CAS. 3) Identificar oportunidades de mejora para el sector para los próximos 2 años.

Metodología: Se han evaluado un total de 35 indicadores agrupados en 4 dimensiones. Los indicadores han sido elaborados de forma consensuada con un grupo de expertos, técnicos, representantes de patronales y de la administración, con soporte metodológico y técnico específico. Las dimensiones evaluadas son la atención a la persona, las relaciones y los derechos de los usuarios, el entorno de la atención, y la organización y gestión del centro. Se realizó un estudio observacional descriptivo con muestreo aleatorio de casos en 24 centros con desarrollo del plan de calidad de la Dirección General de Drogodependencias y Sida; los resultados se presentan con un nivel de precisión del 95% y una precisión para el sector de 1,4%. Se ha evaluado indicadores generales para todos los centros e indicadores específicos para el Programa de Tratamiento y Mantenimiento de Metadona (PMM). Se realizó una prueba de concordancia entre evaluadores por una entidad independiente.

Resultados: 24 centros evaluados. Historias clínicas revisadas: 2.880. (1) Porcentaje de cumplimiento de los indicadores en el sector de 60,7% (2) El cumplimiento por dimensiones ha oscilado entre el 50,7% de la dimensión organización y gestión

del centro y el 83,3% de la dimensión entorno de la atención. (3) Los aspectos relevantes con mejor puntuación son el proceso de ingreso y acogida y los de menor cumplimiento son la información de los usuarios y la valoración de la opinión de los profesionales (22%). En los pacientes del PMM se tiene que incidir en las estrategias de valoración interdisciplinar y prevención del riesgo. Se ha establecido un plan de mejora consensuado para todo el sector.

Conclusiones: 1) Ha sido posible el consenso de indicadores de calidad técnica con todo el sector. 2) El presente estudio ha permitido la 1ª evaluación de calidad en centros de atención y seguimiento en drogodependencias a nivel de una comunidad autónoma. 3) Los resultados obtenidos ponen de manifiesto las áreas de mejora necesarias en todos los centros y las oportunidades de mejora del modelo de atención en la atención comunitaria y estrategias de vinculación y seguimiento de los pacientes.

Indicadores de calidad y actividad para la gestión clínica

A. Sáinz Rojo, M. Alonso Durán, J.R. Martínez Alonso, A. Núñez Gutiérrez, A. Asensio y F. García López

Hospital Puerta de Hierro, Dirección de Calidad.

Introducción: La gestión clínica precisa disponer de información para tomar decisiones basadas en datos. Los hospitales generan mucha información procedente de distintas bases de datos que, aunque suele ser relativamente accesible, no se aprovecha lo suficiente ya que al ser muy extensa los datos que más interesan a los profesionales están inmersos en "un mar de datos", los indicadores son complejos e insuficientemente definidos y se genera en informes y tiempos diferentes. Otros problemas constatados es que no se difunde de manera adecuada y no llega a todas las personas implicadas en la gestión clínica.

Objetivo: 1) Establecer un proceso para definir los indicadores de servicio y hospital, estableciendo comparaciones con otros hospitales, siempre que sea posible. 2) Elaborar un documento claro y comprensible. 3) Difundir estos documentos a los servicios y las personas con el fin de que el conocimiento de esa información actúe como un estímulo para mejorar la calidad.

Metodología: Formación de un grupo de trabajo donde participaron profesionales de Documentación y Archivo, Medicina Preventiva, Epidemiología, Bioestadística y Calidad del Hospital Universitario Puerta de Hierro. Establecimiento de un cronograma de trabajo para obtener resultados antes de comenzar el pacto de objetivos del Contrato de Gestión. Revisión de la bibliografía relacionada con indicadores de resultado de la asistencia sanitaria, y de la información que se genera en las bases de datos del hospital, del Servicio de Salud y de la evaluación del Plan de Calidad. Definición del procedimiento para centralizar los datos procedentes de estas fuentes en la Sección de Bioestadística, automatizar las técnicas de cálculo necesarias y diseñar un procedimiento informático usando un libro Excel para obtener los documentos-informes de cada servicio a partir de la información general por grupo de indicadores.

Resultados: En el grupo participaron seis personas y se ha desarrollado a lo largo de 4 meses. Se decidió por consenso definir 23 indicadores de Servicio, englobados en siete grupos: Calidad del Informe de alta (3), codificación (3), altas, peso y estan-

cias medias (4), reingresos (2), estancia preoperatoria (3), incidencia de infección por procedimiento quirúrgico (2-4), estancias evitables y ahorradas (2) calidad de la prescripción farmacéutica (4). Se definieron también 14 indicadores Hospitalarios: mortalidad potencialmente evitable (4), Mortalidad postoperatoria < 48 h, mortalidad IAM, prevalencia de infección (4) y suspensiones quirúrgicas. El resultado de cada indicador de servicio se compara con los globales del hospital y con los del Grupo de hospitales de similar complejidad. La referencia para la incidencia de infección por procedimiento es la publicada por el National Nosocomial Surveillance System (EEUU) y para la tasa de prevalencia el EPINE. Se incluyó un informe con la casuística del servicio; GRDs más frecuentes, estancia media y peso, comparados con hospitales de similar complejidad y con ellos mismo el año previo. Se diseñó el formato del documento acompañado de un Glosario de términos. Se definió la periodicidad semestral de su elaboración y la forma de difusión con el envío a cada Jefe de Servicio y Coordinador de Calidad del servicio. Se realizó el primer envío con los resultados del año 2001, y se está preparando el del 1º semestre del año 2002. Entre los datos hospitalarios globales se destaca: Prescripción de genéricos 2,4% vs 2,7%; Adecuación a la Guía farmacoterapéutica 45% vs 48%; Adecuación profilaxis antibiótica 78% vs 79%; HC con informe definitivo a los 2 meses 69% (rango 22-100) vs 94%. Reingresos urgentes en 7 días 4,5% vs 3,9%. Mortalidad postoperatoria < 48 h cirugía programada (7 casos) 0,19% vs 0,17%

Conclusiones: La información disponible en el hospital, que a juicio de del grupo de expertos es útil para la gestión clínica y mejora de la calidad, ha sido difundida a todos los servicios y está sirviendo de base en el pacto anual de objetivos. Se considera un paso adelante en la política de calidad del hospital que pretende hacer un uso eficiente de los recursos de información disponibles, difundirlos y promover la toma de decisiones basada en datos.

Vía clínica quirúrgica del cáncer colo-rectal diseñada mediante información del proceso de ámbito nacional

P. Ruiz-López, E. Rodríguez-Cuellar, J. Alcalde-Escribano, J.I. Landa-García, R. Vileta-Plaza y E. Jaurrieta-Mas

Hospital 12 de Octubre, Unidad de Calidad.

Palabra clave: Vía clínica, Cáncer colo-rectal, Cirugía programada, Indicadores.

Objetivos: Elaboración de una Vía clínica (VC) basada los datos aportados por servicios quirúrgicos de todas las Comunidades Autónomas del país.

Metodología: Estudio multicéntrico, descriptivo, transversal y prospectivo de 417 casos pacientes intervenidos de Cáncer colo-rectal (CCR). Criterios inclusión: riesgo anestésico ASA $\leq$ 3, cirugía programada, no laparoscópica, ni intervenciones asociadas de otros órganos. Se aseguró la confidencialidad y el anonimato de profesionales y pacientes, constando únicamente el nivel del hospital. Análisis de 117 variables introducidas en base de datos que se facilitó a cada participante. Dimensiones estudiadas para el desarrollo de la Vía Clínica (VC): calidad científico-técnica, efectividad y eficiencia. Definición de indicadores y

estándares del proceso y diseño de una VC a partir de los datos obtenidos del análisis del proceso.

Resultados: a) Información utilizada para la elaboración de la matriz de la VC. Estancias medianas pre y postoperatoria 2 y 10 días; consulta preanestésica 97% (ambulante 46%); profilaxis antibiótica 99,8% y TEP 96,9%; preparación mecánica del colon 98,3% (mediana 1 día); estudio de extensión: eco/TAC 96% y marcadores tumorales 88,9%. b) Información utilizada para la elaboración de indicadores y estándares de la VC. Estancia mediana preoperatoria, postoperatoria y global (2, 10 y 13 días), tiempos: diagnóstico- cirugía (18 días), cirugía-quimioterapia (30 días), cirugía-radioterapia (30 días), infección de herida (19%), fístula (5,8%), reintervención (6,5%), hemorragia no prevista (6,7%), y mortalidad (1,2%). Se aportan los siguientes documentos de la VC: matriz temporal, verificación, hoja de indicadores y estándares del proceso, variaciones, información al paciente y familiares y encuesta de satisfacción.

Conclusiones: 1) El análisis del proceso ha permitido definir los elementos para el diseño de la VC. 2) Ha facilitado el desarrollo de indicadores y estándares considerando la realidad nacional del proceso.

Estimación del cupo máximo que permita trabajar con calidad en medicina general

A. Brugos Larumbe, F. Guillén Grima, F. Mallor Giménez y C. Fernández Martínez

Palabras clave: Estimación carga asistencial, cupo máximo en Medicina de Familia.

Objetivos: Establecer modelos explicativos y predictivos de la carga asistencial médica media que generan los pacientes de cada edad y definir el cupo máximo que asegure un tiempo medio de 10 minutos en las consultas de demanda de los mé-

dicos de familia.

Materia y métodos: A partir de la población de tres centros de salud de Navarra que atienden a 45.819 habitantes, se realiza una estimación del tiempo asistencial dedicado a cada paciente mediante la contabilización de las consultas realizadas, a las que se asigna un tiempo estándar según tipo.

Tomado como variable predictora la edad, se construyen modelos de regresión lineal, cuadrática y cúbica para estimar la carga asistencial media en cada edad. Utilizamos el coeficiente R^2 como indicador de la capacidad explicativa del modelo.

Se calcula una nueva carga asistencial asignando un tiempo mínimo de 10 minutos a todas aquellas consultas que no llegaban a ese límite, a excepción de las consultas administrativas. A partir de ella se calcula el cupo máximo bajo la condición de dedicar un máximo del 70% de la jornada laboral a actividad asistencial.

Se estima el cupo máximo de los médicos de familia de las 54 zonas básicas de salud de Navarra en función de su estructura etaria.

Resultados: La edad permite explicar el 86,1% de la variabilidad en la carga asistencial media en cada edad (84% en niños y 93,5% en adultos).

La estimación aproximada de los cupos máximos para medicina general según el % ≥ 65 años es la siguiente: 2.100 pacientes para un 5%; 1.900 para 9-10%; 1.800 para un 12-13%; 1.725 para un 15-17%; 1.670 para un 18-20%; 1.625 para un 21-23%; 1.590 para 24-26%; 1.540 para 27-30% y 1450 para un 34%.

Conclusión: A partir de la edad podemos explicar en gran medida la variabilidad de la carga asistencial quedando poco margen para otras variables del paciente o estilo de práctica profesional, azar y otras. También podemos estimar el tamaño del cupo de pacientes que asegure el tiempo necesario para trabajar con calidad.

Sesión Plenaria 4:

De la evidencia a la práctica clínica: evaluación de resultados clínicos

Evaluación de indicaciones y resultados en cirugía programada

Charles J. Wright, MB,ChB,MSc,FRCS(E,Ed,C)
Yoel Robens-Paradise, MPA,BA

Antecedentes

Tres observaciones que están fuertemente respaldadas por evidencia en la literatura nos condujeron al diseño de este proyecto:

- Amplias variaciones en la tasa de algunos procedimientos quirúrgicos de un área geográfica a otra no explicables por diferencias demográficas entre áreas.
- El objetivo de los procedimientos más frecuentes hoy en día en Canadá es mejorar la sintomatología e incapacidad. Tienen escaso o nulo efecto sobre la supervivencia.
- Hay una falta de información sobre los resultados de la cirugía programada medida a través de la "calidad de vida relacionada con la salud" (HRQOL) expresada por el propio paciente.

El público objetivo para los resultados de este proyecto lo constituyen médicos, gestores y aseguradoras del sistema sanitario, aunque los hallazgos probablemente interesen también a los pacientes y a la población en general.

Objetivos

Los objetivos del proyecto eran evaluar la factibilidad de evaluar de forma rutinaria las indicaciones quirúrgicas y los resultados, y proporcionar esta información a los cirujanos y al sistema sanitario en general. Se esperaba que la información específica de los pacientes sería útil para los cirujanos en el proceso de decisión clínica.

Actividades y métodos del proyecto

El proyecto implicaba identificar de forma consecutiva pacientes cuyo ingreso se hubiera programado en la región de Vancouver de British Columbia, Canadá, a quienes se les iban a los siguientes procedimientos: extracción de catarata, colecistectomía, histerectomía, discectomía lumbar, prostatectomía y sustitución total de cadera. Se dispuso de resultados para 5.313 pacientes sometidos a un total de 6.274 procedimientos quirúrgicos. En cada caso se envió una solicitud a la consulta del cirujano para que cumplimentara la hoja de indicaciones clínicas (CIF), y los cuestionarios HRQOL prequirúrgicos fueron

enviados al paciente. Los cuestionarios postoperatorios también fueron enviados a todos los pacientes en los intervalos adecuados establecidos por el comité.

Para la revisión de las indicaciones se utilizaron las guías con las indicaciones de InterQual™ para cirugía y procedimientos (ISP®), con algunas modificaciones establecidas por el comité de pilotaje a partir de la información de los cirujanos participantes. Para la medida de resultados se utilizó el cuestionario SF-36 HRQOL para todos los pacientes, y además se usó otro específico para cada procedimiento. Se realizó una revisión de historias clínicas para determinar si se podía obtener de las mismas la información necesaria para la revisión de indicaciones quirúrgicas. El proceso de medida de resultados se informatizó, capacitando al proyecto para realizar un seguimiento regular de más de 13.000 encuestas relacionadas con el estado de salud del paciente previo y posterior a la operación. Se determinó el coste por paciente del programa de medición de resultados.

Los resultados individuales de cada paciente obtenidos de los cuestionarios se enviaron a las consultas de sus cirujanos en cuanto fueron recibidos en la oficina del proyecto.

Resultados principales

La experiencia de la implantación del proyecto sugiere que la evaluación sistemática de los resultados a través de cuestionarios cumplimentados por el paciente es factible, útil y relativamente barata. Los formularios de indicaciones clínicas fueron enviados por los cirujanos para el 61% de los pacientes, el 56% de los pacientes cumplimentaron los cuestionarios preoperatorios y el 57% los postoperatorios. Un total de 118 cirujanos enviaron un CIF para al menos un paciente, con amplia variación entre especialidades e individuos. Solamente una de las divisiones en uno de los hospitales de la región declinó participar en el proyecto.

Indicaciones quirúrgicas

La proporción de pacientes para los que la información disponible coincidía con las guías variaba entre el 67 y el 100%. Es difícil interpretar con fiabilidad las indicaciones puesto que revisión por un segundo cirujano solo se realizó en una pequeña muestra de pacientes, y en más de un tercio de los pacientes la información era incompleta o inexistente.

Sin embargo, los datos sugieren que para algunos procedimientos como la catarata, prostatectomía e histerectomía, las prácticas locales habitualmente difieren de lo establecido en las guías utilizadas. Para la colecistectomía, discectomía lumbar y sustitución total de cadera las tasas de cumplimiento de criterios fueron consistentemente altas. La revisión de

historias encontró que la información sobre síntomas, signos y resultados de pruebas que eran necesarias para ajustarse a las guías sólo estaban presentes en el 49% de los casos (variando entre el 6% y el 89% para los diferentes grupos de procedimientos).

Resultados remitidos por los pacientes

La tasa de respuesta fue alta, considerando otras experiencias en las que se utiliza este tipo de encuestas a pacientes. Globalmente, los resultados muestran una mejora sustancial en la HRQOL tras la cirugía, aunque en una proporción que varía entre los diferentes procedimientos, la puntuación postoperatoria permaneció sin cambios o empeoró. Como se preveía, existe evidencia de que cuanto mayor sean el dolor y la incapacidad que experimentan los pacientes previa a la cirugía, mayor es su proclividad a beneficiarse de la misma. La encuesta preoperatoria también demuestra que actualmente los pacientes son incluidos en muchos de estos procedimientos programados con relativamente bajos niveles de dolor y discapacidad. En el caso de la extracción de catarata, existe un grupo de pacientes cuyo déficit de agudeza visual previo no entra en las indicaciones de las guías, y el 31% de los pacientes con este procedimiento mostraron una agudeza visual igual o mayor a 91 puntos en una escala de 100.

Para pacientes en los grupos de procedimientos que fueron objeto de seguimiento secuencial posterior a la intervención, por ejemplo a los 6 y 12 meses, no se encontraron diferencias significativas en los resultados de HRQOL entre los intervalos, lo que sugiere que la medición repetitiva más allá de un intervalo postoperatorio apropiado no aporta valor añadido a estos procedimientos.

Implicaciones del Proyecto para los Servicios Sanitarios y la Política

La adecuación de las intervenciones sanitarias y sus resultados constituyen elementos relevantes en el espectro de la calidad asistencial y los hallazgos de este proyecto sugieren que estas mediciones deberían incluirse en el desarrollo de un marco de contabilidad de los servicios sanitarios. Los resultados sugieren que no es necesaria ni factible la evaluación rutinaria de indicaciones y resultados para pacientes consecutivos en todas las áreas de la práctica asistencial, pero deberían implantarse en determinadas áreas clave dentro de un programa estructurado que proporcionaría los incentivos necesarios para la participación de los cirujanos.

Existe un amplio abanico de niveles de síntomas y discapacidad en los que la cirugía para algunos procedimientos programados está recomendada y en algunas áreas deben surgir preguntas acerca de la necesidad de las intervenciones. La respuesta a estas preguntas podría tener importantes implicaciones a la hora de asignar recursos limitados y que compiten dentro del conjunto de prioridades de los sistemas sanitarios.

Debido al creciente interés que muestran en la actualidad los pacientes acerca de las decisiones sobre su propia salud, los programas estructurados de gestión de resultados proporcionarían información que podría tener una importante influencia en estas decisiones. En la actualidad, el conocimiento y la comprensión por parte de los médicos de la "calidad de vida relacionada con la salud" (HRQOL) son muy limitados, pero la retroalimentación continua de esta información podría ayudarles a seleccionar los pacientes candidatos a ser sometidos a determinadas intervenciones en aquellas áreas de la práctica en las que resulta difícil decidir entre diferentes opciones terapéuticas.

Recomendaciones

De los resultados y conclusiones de este estudio emanan las siguientes recomendaciones:

- Que la evaluación de la adecuación del servicio y la medida de resultados de la calidad de vida relacionada con la salud se incluyan como aspectos importantes tanto de la calidad asistencial y del rendimiento de los servicios de atención sanitaria;
- Que este tipo de evaluación, para limitar los recursos necesarios, se haga sobre la base de una muestra dirigida, que se centre en áreas en la que las variaciones en la práctica sean mayores y donde los beneficios potenciales de la cirugía sean cuestionables;
- Que las aseguradoras y los gerentes de hospitales y regiones acepten la medición compartida con los clínicos para asegurar que la evaluación de la adecuación de la indicación y de los resultados se llevan a cabo;
- Que se realice la evaluación de resultados preoperatorios y postoperatorios para cirugía programada en áreas objetivo;
- Que el liderazgo, los recursos y los incentivos sean proporcionados por el hospital u otras autoridades sanitarias para facilitar la colaboración entre clínicos y gestores en esta iniciativa;
- Que los resultados específicos del paciente, sean proporcionados por el propio paciente y que puedan ser enviados de forma regular tanto a su médico de atención primaria como a su especialista de referencia.
- Que resultados agregados y recopilados de las actividades de evaluación de la adecuación sean puestos a la libre disposición del público
- Que los responsables de las tomas de decisiones en el sistema sanitario evalúen los resultados de estas actividades para planificar y asignar los recursos adecuadamente.

Este proyecto ha sido financiado con una beca de la Health Transition Fund, Health Canada.

El informe completo de este proyecto, incluyendo tablas detalladas y apéndices, está disponible en Internet, en formato PDF, en www.resio.org.

Sesión Plenaria 5:

El liderazgo como motor de la gestión de la calidad

Liderazgo interior e invisible

Santiago Álvarez de Mon Pan de Soraluce

Profesor del IESE y Director del Executive MBA.

Del paradigma tradicional sobre liderazgo del líder-seguir, no sé que es lo que me preocupa más, si el sesgo elitista de un modelo conceptual construido en torno al carisma y magnetismo del líder singular, o la actitud gregaria del seguidor despersonalizado y literalmente irresponsable. Son las dos caras de la misma moneda. Escéptico de un esquema dual que rinde culto a la personalidad de unos pocos, y perpetua el borregismo de tantos, sueño con una sociedad que pase la página paternalista de la sumisión, y escriba otra más propia de adultos cortidos en las batallas de la vida. De ahí el título de este pequeño trabajo. En el interior de cada ser humano, en su sorprendente y apasionante paradoja vital, a la vez - frágil y recio, libre y esclavo, necio e inteligente, creativo y clon, emprendedor y pasivo, generoso y egoísta, amable y violento - se acurruca la génesis última de una aventura personal llamada liderazgo. En estas delicadas regiones de la libertad humana quisiera explorar algunas de sus claves. Con objeto de arrojar la propuesta teórica con la autoridad e influencia de la práctica, me serviré de la experiencia de las supervivientes del accidente aéreo ocurrido en los Andes en 1971.

- Una persona que aspira a ser líder y dueño de su biografía es curiosa por naturaleza, lleva en su seno un aprendiz de Sherlock Holmes que hace de la pregunta su preferida herramienta de aprendizaje. Sólo pregunta quien reconoce no saber, los eruditos repelentes se limitan a aparentar. ¿Cuándo ha sido la última vez que ha preguntado con genuino interés y afán de crecer? ¿Cuándo ha sido la última ocasión que ha contestado a una cuestión con un no sé sincero y franco? ¿Qué queda de su innata capacidad de asombro? ¿Se ha vuelto su mirada cansina, distraída, embotada de prejuicios y pantallas mentales que le impiden ver con nitidez? Hágame caso, sea curioso, preguntón, pelmazo, la vida le devolverá con creces su detectivesca actitud.

- Hoy se habla mucho de la sociedad de la información. ¿Es sinónimo de la sociedad del saber? Este último término incorpora el huido e inefable factor humano. ¿Cabe la teórica contradicción de que un profesional superinformado y conectado sea un caso de ignorancia y cerrazón? O si lo prefieren, ¿puede darse el ejemplo de una persona desinformada y aislada, máxima expresión del genio y talento humano? Sin reivindicar en absoluto la desinformación y oscurantismo propio de épocas felizmente superadas, si la información no es completa y guiada por una educación que enseñe a pensar, analizar, escuchar, decidir y actuar libremente, sola se torna impotente para transformar la realidad. En los Andes ninguno de los 16 supervivientes tenía ni idea de cómo las gasta la montaña. Su

ignorancia alimentó su descaro y osadía para desafiar sus límites. Éstos fueron tensados tan imprudentemente que saltaron hechos añicos... y así se hizo el milagro de una salvación "imposible". Cuidese, por tanto, de consejos y análisis tan prudentes e informados que le acaben encerrando en una empalizada claustrofóbica.

- En íntima conexión con el punto anterior, pregúntese que tipo de animales quiere en su empresa, si puras sangre que en su energía y vitalidad saltan, brincan, juegan y crecen, o especies domadas y asilvestradas que nunca le crearán problemas porque hace tiempo que dejaron de vivir intensamente. La creatividad es uno de los axiomas fundamentales del management moderno. Su receta dista de ser mágica e infalible, pero sí podemos intuir alguno de sus ingredientes. El primero de ellos, trabajo, mucho trabajo. El inconsciente, estancia donde la creatividad vive a sus anchas, sólo despliega su enorme potencial una vez que el esforzado y voluntarioso consciente ha realizado su tarea. Intuición es una dimensión que vive adentro, y sólo se alcanza esa capa más profunda de la inteligencia humana cuando se ha recorrido exhausto todos los pliegues, rincones y recovecos del plano consciente de la realidad. Además de esfuerzo, la creatividad requiere paz, medida y sentido del equilibrio. Sólo en la quietud y tranquilidad de espacios profesionales e intelectuales donde reinan la confianza y el respeto, la tensión deviene en constructiva y enriquecedora. Por último, la creatividad necesita sentido de la urgencia, es difícil que abunde en organizaciones instaladas en la vanidad y en la autocomplacencia. La necesidad es la madre de la creatividad, explica Zerbin, uno de los 16 supervivientes de los Andes. En aras de la supervivencia del grupo, todos sus miembros fueron increíblemente creativos.

- "Cualquiera hubiera triunfado de haber conocido su mejor cualidad", sentencia Gracian. Todos somos inteligentes y todos somos tontos, depende de la disciplina o materia de la que se hable. No se deje encasillar en el reduccionismo del singular inteligencia, es incapaz de descubrir todas sus variantes y posibilidades intelectuales. Hay que dibujar con precisión y rigor el mapa de las inteligencias -lógica- matemática, interpersonal, intrapersonal, lingüística, aerospacial, artística...- situarse en él, orientarse, descubrirse, y trabajar a favor de natura. ¡Cuántas carreras truncadas porque en una encrucijada del viaje se ha elegido el camino de las discapacidades! El resto del trayecto se gastan energías e imaginación en tapar éstas mediante un elegante ejercicio de racionalización, definida técnicamente como el uso de la inteligencia para secuestrar la verdad. En algún otro paraje vagan tristes y cabizbajos talentos y habilidades más afines al ser de cada uno. Hay que parar, pensar y reinventar circuitos profesionales connaturales a las capacidades y dones de cada persona.

- Generalmente aquello para lo que tenemos facilidad nos gusta y enriquece. O a la inversa, aquello que nos entretiene y

apasiona lo solemos dominar con naturalidad y solvencia. Todas las personas que admiro y respeto profesionalmente disfrutan con su trabajo. Más allá de la necesaria e higiénica gestión del ocio, idea clásica esquivada para algún maníaco del trabajo – de hecho negocio deriva de ella, es su mera negación – se me antoja crucial encontrar el ocio en el negocio. Todos – clientes, colaboradores, alumnos, accionistas – obtienen una ganancia en ese feliz encuentro. El sentido del deber es fundamental para ponernos en marcha, en su ausencia, la pereza y la abulia sientan sus reales y destrozan las mejores empresas humanas. Pero sólo, sin la compañía del placer, diseca nuestras vidas y limita nuestras carreras. Por ello reivindico el sentido lúdico de cualquier actividad, poco se consigue desde el tedio y el aburrimiento.

En armonía con la introducción de este artículo, propongo un ejercicio de liderazgo que fluctúe en torno a sucesivos líderes que surgen, trabajan y desaparecen en función del momento y circunstancias concretos. Los Andes no es la historia de un líder y 15 seguidores, es la increíble hazaña de 16 personas que ejercieron un liderazgo colectivo. En los momentos de desesperación, líder era aquel que con fe rezaba a Dios. En fases depresivas, el líder era capaz de contar un chiste y hacer reír a los demás, liberando una energía que necesitaba encontrar salidas de evacuación. En un universo de debilidades físicas extremas, líder era el que encontraba fuerzas de flaqueza y caminaba. También fueron líderes los que pusieron su conocimiento intelectual – estudiantes de medicina – al servicio de la gran meta común, la supervivencia de todos.

– El juego de los distintos liderazgos que se sucedían con sentido de la oportunidad armó un equipo cohesionado y fuerte. En un entorno dramático donde no se podía elegir la composición del equipo, no se podía despedir, contratar, prejubilar a ninguno de sus miembros – las pérdidas obedecieron a la trágica embestida de la muerte – en la total ausencia de alternativa, en la imposibilidad física de barajar otra opción, se entregaron con un inusitado y apasionado interés en sacar lo mejor de cada uno de ellos. Empatía significa sentir dentro. Como la experiencia de los Andes dista mucho de ser un cuento angelical, se alzaron por encima de prejuicios, manías, antipatías y fobias que también les atenazaban, y descubrieron el otro lado de cada persona. Así, mirando la realidad desde ángulos y tonalidades diferentes, construyeron un equipo multidisciplinar y unido que logró lo que parecía inalcanzable.

– Todo proceso de aprendizaje humano tiene reservado para sus alumnos dos momentos fuertes, la decisión y acción humana, palancas imprescindibles para poder volar más alto. Decidir es el acto o función propios de un profesional de la dirección. Pues bien, sea porque falta información, sea porque escasea la lucidez para distinguir lo esencial de lo accidental, el acto de decidir sigue despertando sentimientos de inseguridad y temor a equivocarse. “Si le cierras la puerta al error, la verdad se queda fuera”¹, escribió con su habitual elegancia Tagore. Inspirado en su sabiduría me atrevo a recordar que la excelencia no es la ausencia de error, bicho innombrable para tanto perfeccionista intolerante, sino la administración sabia y humilde del mismo. ¿Única forma de probar su sabor – de producirse éste – y aprender en primera persona? Ejecutando lo que se ha decidido, ya que “sólo en la acción encuentran respuestas las grandes preguntas vitales”². La única manera de verificar la

bondad de criterios y alternativas contemplados a priori, de responder a las mil y una preguntas que el ser humano se hace cada vez que se enfrenta a lo desconocido, es actuando inmediatamente después de haber elegido la opción aparentemente más racional. Si entre la elección y su ejecución dejamos que se cuele el tiempo, difiriendo el plan de acción, la duda paralizante instalará su tienda de campaña, y en ella se consumirán ingentes cantidades de talento y energía. El lógico arsenal de miedos y tabúes de los supervivientes de los Andes, enfrentados al dilema de comer carne de sus compañeros fallecidos, sólo fue desmantelado y superado mediante el coraje e iniciativa de aquellos que en lugar de divagar y buscar excusas, se agarraron al único recurso que les unía a la vida. Los fantasmas y aprensiones que aquejan y maniatan a tanta gente inteligente pero indecisa no se resuelven y vencen en la reflexión teórica, en la lógica impecable de un certero análisis, sino con la contundencia y autoridad de una acción pensada, querida... y realizada. ¿Qué se acierta? Albricias, dosis necesarias de confianza y autoestima, raciones abundantes de humildad, y a seguir caminando. ¿Qué se yerra? Se elude la tentación de buscar un chivo expiatorio, se asume con entereza, se curte la piel, y se prosigue el viaje mucho mejor pertrechado. Moraleja: si en el afán de aprender propio de un buen directivo, el error no cursa su visita de vez en cuando, dúdese de las posibilidades de avanzar intelectual y vitalmente. El “éxito” permanente es sospechoso, tarde o temprano nos empobrece y aburguesa. ¿Qué la organización no es sensible y generosa con el error de sus profesionales? Sospecho sinceramente entonces que las iniciativas inteligentes prosperen, que el talento se comprometa y decida quedarse, que el saber y el aprendizaje se institucionalicen, que la vida florezca pujante y decidida.

– Aunque aludido anteriormente, quisiera detenerme en un valor a la baja en la cesta social, la voluntad y disciplina de trabajo. No sé si lo han constatado, pero la suerte suele visitar con más frecuencia a las personas tenaces y esforzadas, los vagos y pusilánimes suelen tener muy mala suerte, ¡que casualidad! La voluntad es un músculo, y cuanto más se ejercita más fuerte y preparado se encuentra. Sólo así se puede ir tejiendo un carácter sobrio y estable que responde a los embates de la vida.

– La “receta” de la excelencia que intento resumir en estas líneas, pecaría de sosa e incompleta si no le sumamos el condimento de la sal en forma de sentido del humor. Esta es una ciencia íntima y personal que versa sobre uno mismo, sobre la capacidad de observarnos, adquirir perspectiva y reírnos. Cuando conoces o trabajas con algunas personas sientes que corre a su alrededor una corriente de energía negativa. En su presencia temes que te contagien el virus demoledor del pesimismo. Son cenizos que siempre eligen ver el vaso medio vacío. Felizmente existe el tipo contrario, profesionales que les miras a la cara, estrechas su mano, entablas conversación y en seguida transmiten ganas e ilusión por vivir. Su opción es ver el vaso medio lleno, y curiosamente tiene la misma cantidad de agua. Les recomiendo una cosa. Fichen a gente optimista, alegre, se ahorrarán un montón de problemas futuros. Para eso hay que saber entrevistar, “destrozar” currículum tan brillantes que son artificiales, y topa, conocer y dialogar con el personaje real que se tiene enfrente. Y también les animo a incorporar una razón más para algo tan traumático como despedir. Si no hay más remedio, si no se trata de una moda histérica y pernicioso si realmente hay que reconocer que nos equivocamos en un primer momento, un criterio más a incorporar en nuestro esquema decisional es prescindir del pesimista, del que lo ve todo

1. Tagore, R.: “Obra Escogida”, Editorial Aguilar, Madrid, 1981.

2. Frankl, V.: “La presencia ignorada de Dios”, Editorial Herder, Barcelona, 1988.

oscuro, del que está de vuelta de todo tal vez porque no ha ido a ninguna parte, del que se instala en un escepticismo pertinaz sin que la vida le haya dado razones para ello. La higiene mental y el ambiente psicológico de la organización le agradecerán el uso de pinzas y bisturí para extirpar un tumor con todos los trazos de maligno.

- Si no se administra sabiamente el recurso máspreciado, el tiempo humano, el liderazgo interior es una quimera cuyo balance sólo arroja ruido, malos humores y empobrecimiento gradual. Es ésta una asignatura pendiente para el disperso directivo de hoy. Está en tantos sitios que no está en ninguno. A menudo su cabeza viaja nostálgica al encuentro de un pasado que se fue, otras veces se proyecta en pos de un futuro que no se deja coger. Este debe permanecer quietecito en la agenda, ese es su lugar. Entre medias de un pasado irrecuperable y de un futuro inalcanzable, tiempos a los que nuestra cabeza tiende a volar despendolada, se esconde el único tiempo que nos es dado, el presente, eterno olvidado en nuestra pantalla mental. Es crucial atar nuestro cerebro y cuerpo a la realidad presente más rabiosa, sólo así podremos entender sus claves, analizar con lucidez un pasado que hay que conocer y firmar íntegramente – los pueblos y organizaciones que no asumen su historia, malo – y construir un futuro que empieza hoy. La crisis es lo que tiene de bueno, moviliza todas nuestras energías y recursos para aquí y ahora, nada de grandes planificaciones estratégicas. En la necesidad de parir una respuesta viable enfrentados a un enorme desafío, el de los Andes era sobrehumano, las neuronas se posan tensas y atléticas en gestionar un presente tan acuciante y abundante que requiere de toda nuestra concentración y fortaleza mental.

- A modo de cierre. La noción de valor permite trazar la frontera filosófica entre líderes como Hitler, Stalin, Jomeini, y otros como Gandhi, M. L. King, Mandela, Havel etc... No se puede ni debe divorciar el concepto de liderazgo de la calidad y hondura ética de la meta que se persigue, ni de la legitimidad de los medios que se utilizan. Un liderazgo sano, noble y edificante se inspira en principios y convicciones morales que orientan y fijan su acción diaria de gobierno. En una época de relativismo moral, desde el respeto y disfrute de un valor capital – la diversidad cultural que nos acoge – el buen liderazgo opta por la libertad frente a la tiranía, elige el diálogo frente a la violencia, prefiere la honradez a la trampa, aboga por la justicia frente al nepotismo, defiende la solidaridad frente al individualismo egoísta, ansía la amistad frente al odio. Son valores universales e intemporales que trazan la dimensión moral del liderazgo y sirven de guía y brújula interior para la gestión de procesos de cambio y mutación tan radicales como los actuales. De este modo se está ante una visión de la vida humana que trasciende las prisas y urgencias de los movimientos sociales y culturales más epidérmicos, y ahonda en el sentido último de nuestra conducta. En los Andes conceptos tan manidos como misión – la razón de ser del grupo, en este caso, su supervivencia – visión – soñar con un futuro cuasi utópico, fluyeron naturales y pujantes urgidos por una situación que reclamaba lo mejor de cada uno de ellos. Ahí reside la esencia del liderazgo que he intentado proponer: ser un ejemplo vivo y real del inagotable potencial que el talento y el espíritu atesora en su interior.

Este artículo ha sido publicado en Dirección y Progreso (Revistas de la Asociación para el progreso de la dirección". Nº 180. Noviembre-Diciembre 2001. Páginas 11-16), obteniéndose la autorización para ser publicado en el monográfico de la Revista de Calidad Asistencial.

La Práctica del Liderazgo: Evaluación 360°

Eduardo Montes

Presidente de Siemens España.

Presidente del Club Gestión de la Calidad.

A lo largo de muchos años, el esquema a partir del cual se formaba una empresa partía de la planificación de una estrategia que venía esencialmente fijada en función del mercado y recursos disponibles. A partir de aquí se estructuraba una organización que respondía a esa estrategia y en función de ésta se designaban unas personas. Hoy en día, sin embargo, todo gira en torno a las personas, lo cual hace pensar que el buen gestor debería dotarse de los mejores profesionales, a partir de éstos formar la organización y, desde aquí, enfrentarse al mercado.

Ya iniciado el siglo XXI, liderar, crear estrategias y hacer realidad el cambio son las primeras obligaciones de un líder ejecutivo, aquella persona que es capaz de asumir riesgos y llevar a cabo lo que otros no están dispuestos a realizar.

Para competir en el futuro, las organizaciones crean una cultura que fomenta el nacimiento de líderes efectivos y les permite adaptarse e incluso adelantarse al ritmo dinámico del cambio. Sin embargo, definir la imagen del Líder ideal que necesita la empresa y conocer sus habilidades y áreas de mejora, requiere una profunda transformación en el seno y mentalidad de la compañía.

El concepto del Líder en Siemens debe cumplir con tres premisas esenciales: primero, tener pocas ideas y muy claras lo que les permite poder explicarlas de una manera sencilla a los colaboradores, segundo promover la automotivación a través de su entusiasmo, de su convencimiento, de su capacidad de comunicación, etc, y tercero dar ejemplo. Todo esto es lo que da al líder coherencia y credibilidad. Hoy en día lo que se le pide al ejecutivo debe ser en primer lugar que sea un visionario, en segundo lugar un motivador y, por último, tener muchísima suerte.

El conocimiento, el talento y la técnica de nuestra gente son nuestro mayor valor. Cada vez más y más, invertir en su desarrollo será el factor decisivo para desmarcarnos de la competencia. Debemos estar preparados para cooperar, asumir responsabilidades, liderar y tomar decisiones rápidamente y nuestros directivos son los encargados de crear un clima que promueva este comportamiento. Además, nuestros líderes no sólo aportan su propia experiencia a los programas de mejora, sino que también añaden los resultados de cada proyecto al manantial de sabiduría de la compañía, ya que el verdadero aprendizaje de Siemens depende del total de las contribuciones individuales.

En el Modelo EFQM de Excelencia la base es el líder, que desarrolla todos los aspectos de la gestión de la compañía (política y estrategia, personas, partners, recursos y procesos) para asegurar la máxima satisfacción de los grupos de interés (clientes, accionistas, empleados y entorno social) en su recorrido hacia la Excelencia.

Lo que va a diferenciar a unas compañías de otras es la Calidad de los gestores y la Calidad de la gestión de esos gestores. Para ello hay que insistir de una forma importante en la formación de nuestras personas. En el aspecto de Calidad de la Gestión hay que realizar un gran trabajo en el sentido de conseguir que estos gestores promuevan que esa calidad se extienda y despliegue a todos los niveles y ámbitos de la organización por medio del Liderazgo. En Siemens durante los últimos cinco años hemos trabajado profundamente en esos aspectos, y esto

es algo que ha marcado definitivamente la mejora que sin duda se ha producido en este grupo. Hoy podemos decir que tenemos una gestión mejor –tendiendo a la Excelencia– que la que teníamos. Hemos mejorado considerablemente la gestión de la información, el liderazgo, y la motivación de los tres stakeholders de la compañía, accionistas, empleados y clientes.

En esta línea y con el fin de potenciar el compromiso de nuestros líderes con la “Excelencia” y convertirlos en “modelo a seguir” por toda la organización hemos puesto en marcha desde 1998 el proyecto “Liderazgo y feedback 360°”, que afecta directamente a todo el colectivo de mandos (más de 400 personas) de la compañía y en cuyo desarrollo han participado más de 250 personas de todos los niveles (jerárquicos, funcionales y geográficos) de la organización. Además, este proyecto incide no sólo en la mejora de los comportamientos directivos de los miembros de nuestro cuadro de mandos, potenciando nuestro valor compartido “Liderazgo”, sino también en el aumento del nivel de satisfacción de los empleados y en la identificación de los potenciales de la Compañía.

El modelo de liderazgo Siemens contiene la esencia de lo que un líder en Siemens tiene que ser y hacer, y está estructurado según los 7 principios básicos de la compañía, con un total de 61 atributos y es el marco ideal con el que se tiene que comparar toda persona que quiera tener una carrera de éxito en Siemens. Este modelo se ha implantado y desplegado de forma estructurada y en cascada, empezando por el Consejero Delegado y la Comisión Directiva como colectivo piloto, y terminando con el 100% de los mandos (con 3 o más colaboradores) en el año 2001. En total han participado como evaluadores más de 2.400 personas de todo el Grupo Siemens en España.

Para asegurar el éxito de esta implantación contamos con una herramienta muy útil, el feedback 360°, con la que cada

persona es evaluada por su jefe directo, por sus colegas del mismo nivel, por sus colaboradores y por él mismo, generándose un informe personal de resultados. Este informe se entrega al afectado durante un seminario de liderazgo, en el cual se debaten los resultados, los puntos fuertes y las áreas de mejora de todos los participantes en un ambiente constructivo, y del que surgen objetivos concretos de mejora y un plan de acción individual que debe ser realizado bajo la supervisión periódica (coach) del jefe directo. El resultado del feedback 360° es comentado por cada persona, en sesiones informativas, con su superior, colegas y colaboradores.

A medida que se han ido realizando los seminarios de liderazgo, se han desarrollado también actividades de aprendizaje a partir de las opiniones de los directivos (p.e. en relación con los contenidos y duración de los seminarios), incorporándose modificaciones y mejoras a lo largo del proceso. También se han conectado los atributos del modelo de liderazgo con los subcriterios del modelo EFQM, para utilizarlo como herramienta de benchmarking con otras organizaciones y se ha utilizado un modelo simplificado de encuesta para evaluar el grado de avance.

Todos los directivos que están en el sistema han definido un plan personal de mejora con objetivos concretos que es evaluado y revisado periódicamente con el apoyo y supervisión del jefe directo, para determinar el grado de avance y las acciones correctoras necesarias. Este grado de avance se mide tanto de forma individual como de forma colectiva a nivel divisional y global habiéndose registrado una mejora sustancial en el último ciclo de revisión.

Finalmente, el feedback 360°, es un instrumento que nos da la oportunidad de abrir los canales de comunicación y obtener nuevos conocimientos para anticiparnos al cambio y afrontar con éxito los retos venideros.

Sistemas complejos en medicina y gestión de organizaciones

Stefano Boccaletti

Istituto Nazionale di Ottica Applicata, Florencia, Italia.

Los fundamentos de la teoría de los sistemas complejos y caóticos fueron establecidos al final del siglo XIX por parte del matemático-filósofo francés Henry Poincaré, y han sido verificados experimentalmente en muchos ámbitos de investigación (desde la meteorología hasta el estudio de la dinámica de organización de las sociedades, pasando por la medicina aplicada y la biofísica) a lo largo de todo el siglo XX.

Poincaré escribía que: «Una causa muy pequeña que escapa a nuestros sentidos puede determinar efectos tan grandes que no se pueden predecir, y entonces decimos que este efecto se debe al azar. Si se pudieran conocer las leyes de la naturaleza y el estado del universo al momento inicial, podríamos predecir el estado de este mismo universo en cualquier momento futuro. Sin embargo, incluso si las leyes de la naturaleza no tuvieran secretos, podríamos conocer la situación inicial solo de forma aproximada. Si esto nos permitiera predecir el futuro con la misma aproximación, diríamos que el fenómeno ha sido predicho. Esto no siempre ocurre; hay casos en que una pequeña diferencia en las condiciones iniciales produce una gran diferencia en las condiciones finales, así que la predicción resulta imposible...»

Con esto se describe el denominado “efecto mariposa” que caracteriza el comportamiento dinámico de los sistemas complejos, que depende de forma crítica de la elección de las condiciones iniciales. Este tipo de dinámica se encuentra en gran parte de los fenómenos naturales, y caracteriza también la organización social y de empresas.

Tradicionalmente la impredecibilidad debida a la dinámica caótica y compleja ha sido considerada como elemento negativo. Es decir, el hecho de que un sistema dinámico tuviera un alto grado de complejidad disminuía la posibilidad de predecir el comportamiento futuro del mismo sistema.

La moderna teoría del caos ha tratado de superar esta visión original y de aprovechar las características de las dinámicas caóticas y complejas para tomar ventaja de sus peculiaridades. En particular, en los últimos 15 años, se ha tratado de sacar provecho de las características de dichos sistemas dinámicos para el control [1] y la sincronización [2] de los sistemas complejos. Estos dos conceptos permiten hoy estudiar con nuevo enfoque problemas que no se habían resuelto dentro del marco de la dinámica de sistemas clásicos. Al nivel actual de conocimientos, las técnicas de control y sincronización de sistemas complejos permiten reunir dentro de un único marco teórico problemas tan diferentes como la optimización de la gestión

de la empresa, el estudio de comportamientos colectivos emergentes, la formación y competición de estructuras en sistemas químicos, físicos y biológicos.

La idea subyacente es que si es verdad que una pequeña perturbación en las condiciones iniciales es amplificada en el curso del tiempo, es también verdad que uno puede aprovechar esa propiedad convirtiéndose en la “mariposa inteligente” del sistema, es decir introduciendo una perturbación artificial de muy pequeña entidad en el estado actual, dejando que el sistema mismo se encargue de amplificarla hacia un estado deseado en el futuro. En este caso se saca provecho de la intrínseca flexibilidad de los sistemas caóticos que permite poder elegir un número infinito de estados dinámicos deseados y dirigir el sistema hacia ellos por medio de muy pequeñas perturbaciones.

Este concepto ha permitido el estudio de sistemas caóticos y complejos controlados en muchos ámbitos. Un ejemplo es la gestión de la empresa, donde es posible hacer cuidadosas perturbaciones para dirigir el sistema entero hacia estados deseados en el futuro (los objetivos de la empresa), o sea optimizar el esfuerzo para lograr determinados objetivos. También en campo médico se están estudiando estrategias para disminuir y optimizar el impacto de tratamientos de enfermedades. Un ejemplo es la fibrilación cardiaca que se ha demostrado que es determinada por medio de una inestabilidad de ondas eléctricas en el corazón que provoca estados de fibrilación. Aquí se está estudiando cómo poder perturbar el sistema de manera de destruir dicha inestabilidad y lograr de nuevo el comportamiento dinámico normal.

A pesar de que el control y la sincronización del caos se introdujeron tan solo hace 15 años, el número de aplicaciones de estos conceptos se multiplica día por día, y los campos de investigación que utilizan estas ideas en forma multidisciplinaria e interdisciplinaria están creciendo.

Referencias

1. S. Boccaletti, C. Grebogi, Y.-C. Lai, H. Mancini and D. Maza, “The control of chaos: theory and applications”, *Physics Reports* 329 (3), 103-197 (2000).
2. S. Boccaletti, J. Kurths, G. Osipov, D.L. Valladares and C.S. Zhou, “The synchronization of chaotic systems”, *Physics Reports* 366 (1-2), 1-101 (2002).