

Mesa 2:

¿Tienen un impacto real en los resultados las iniciativas de gestión de la calidad?

Excelencia en la Gestión: ¿existen resultados o es sólo un acto de fe?

Mikel Ugalde

Director de EUSKALIT, Fundación Vasca para la Calidad.

El año 1952 se lanzó en Japón el Premio Deming con el propósito de identificar a las empresas mejor gestionadas para que sus prácticas pudieran servir como referencia al tejido industrial. A comienzos de la década de los 80, la industria americana volvió sus ojos hacia Japón, perpleja por la rápida penetración que los productos procedentes de este país estaban teniendo en su mercado interno. En 1987, el Congreso de los Estados Unidos aprobó una ley para la creación del Premio Nacional Malcolm Baldrige, con propósito semejante al premio japonés. El año 1998 un grupo de catorce grandes empresas europeas crearon la European Foundation for Quality Management (EFQM), quien desarrolló el Modelo EFQM de Excelencia y puso en marcha en 1992 el European Quality Award (EQA).

En estos momentos existen a nivel mundial varias decenas de Modelos de Excelencia y varios cientos de entidades de ámbito regional, nacional o internacional que se encargan de promocionarlos y difundirlos utilizando esquemas de reconocimiento y premios, así como una amplia gama de servicios asociados. EUSKALIT, Fundación Vasca para la Calidad, somos una de estas entidades y administramos desde el año 1997 el Premio Vasco a la Calidad de Gestión que concede el Gobierno Vasco. Este premio está inspirado en el EQA de la EFQM y las evaluaciones de las organizaciones candidatas son realizadas por equipos formados por seis evaluadores procedentes de diferentes organizaciones, para garantizar el máximo de rigor y objetividad. Hasta junio de 2003 ha habido 11 organizaciones que han superado en estas evaluaciones el nivel de los 500 puntos y han obtenido el reconocimiento Q de oro y otras 33 han superado los 400 puntos y obtenido la Q de plata. Entre ellas hay empresas industriales y de servicios, centros educativos, asociaciones, fundaciones y otras entidades. Probablemente, la sanidad pública vasca es el sector de actividad que ha adquirido en todo el País Vasco un

mayor compromiso con la Excelencia y es sin duda, en proporción al número de organizaciones existentes, el que ha alcanzado un mayor número de reconocimientos. Tres hospitales públicos de la red de OSAKIDETZA, Servicio vasco de salud han sido premiados: el Hospital del Bidasoa con la Q de oro y el Hospital de Zumárraga y el Hospital Psiquiátrico de Alava con la Q de plata.

Todos los Modelos de Excelencia son bastante semejantes, aunque se diferencian en algunos detalles unos de otros. Están basados en una serie de principios comunes a todos ellos, que el Modelo EFQM de Excelencia denomina “conceptos fundamentales de la excelencia” y son la orientación hacia los resultados, orientación hacia los clientes, liderazgo y coherencia, gestión por procesos y hechos, desarrollo e implicación de las personas, aprendizaje, innovación y mejora continuos, desarrollo de alianzas y responsabilidad social de la organización. La suma de estos conceptos define lo que actualmente se entiende por “Excelencia”. Además es un concepto “vivo” que se va enriqueciendo con el paso del tiempo.

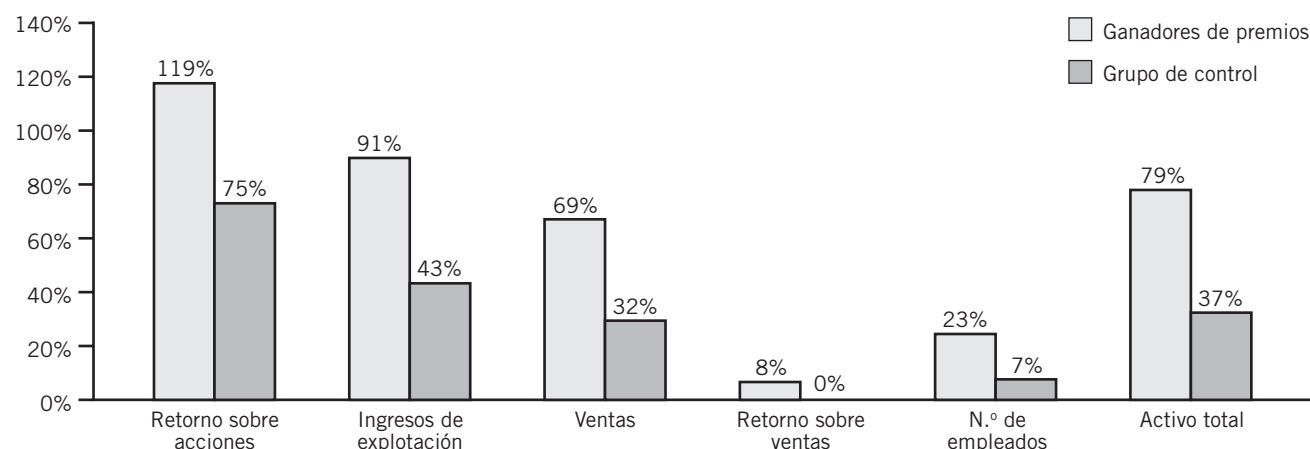
Para ayudar a las organizaciones a aplicar estos conceptos en su gestión diaria el Modelo EFQM de Excelencia tiene otros dos elementos:

- Los nueve “criterios”, cinco de ellos denominados “criterios agentes” son los grandes ámbitos que toda organización debe gestionar y los cuatro “criterios resultados” recogen los resultados que debe obtener la organización para satisfacer a todos sus grupos de interés.
- La matriz de evaluación REDER

Actualmente hay en el País Vasco cientos de organizaciones grandes y pequeñas, lucrativas y no lucrativas, públicas y privadas que utilizan el Modelo EFQM de Excelencia como una herramienta para mejorar su gestión y en consecuencia su eficiencia o competitividad, según los casos. Otro tanto ocurre en el resto del Estado y de la Comunidad Europea y existen ejemplos destacadísimos de organizaciones muy avanzadas en todo tipo de sectores de actividad.

Los Modelos de Excelencia son potentes herramientas de diagnóstico. No son en absoluto prescriptivos ni te “exigen” hacer nada que tú no creas que debes hacer. Sirven para identificar cuales son las fortalezas y las áreas de mejora en la gestión de una organización, que no es poco, pero nece-

Figura 1. % de mejoras logradas en los resultados en el estudio de Singhal y Hendricks.



sariamente se deben complementar con el desarrollo de planes de actuación y el uso de otras metodologías y herramientas operativas, desde herramientas básicas y por ello insustituibles como son, por ejemplo, las 5S (organización, orden limpieza, control visual y disciplina y hábito) hasta herramientas más sofisticadas como las Seis Sigma. Se requiere perseverancia y no existen resultados a corto plazo ni atajos.

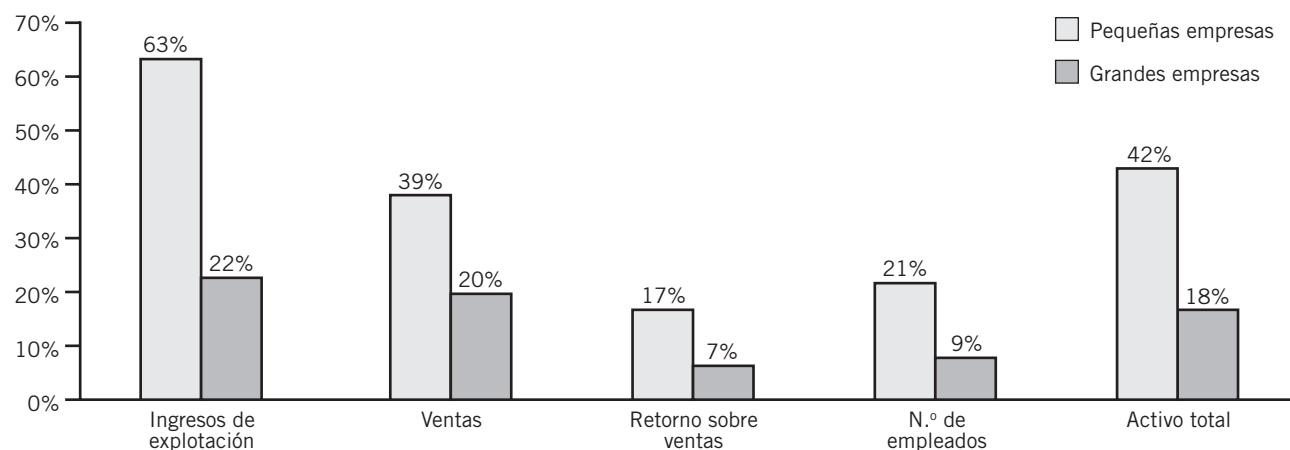
Un diagnóstico acertado de nuestros puntos fuertes y áreas de mejora utilizando el Modelo de Excelencia seguido de planes de acción soportados en el uso de las herramientas más apropiadas para las características de nuestra organización debería conducirnos a una mejora en nuestros resultados. ¿Es esto cierto? ¿O es sólo un acto de fe?

La principal investigación a nivel mundial para verificarlo fue realizada en el año 2000 por el Dr. Vinod Singhal del

Instituto Tecnológico de Georgia y el Dr. Kevin Hendricks de la Universidad Ontario Occidental.. Este estudio puede consultarse en la página web de EFQM (<http://www.efqm.org>).

Los doctores Singhal y Hendricks analizaron durante cinco años los resultados de más de 600 ganadores de premios a la calidad frente a una muestra de control de empresas similares en tamaño y operando en los mismos sectores de actividad. Siguió la trayectoria de ambos grupos durante un periodo de cinco años comenzando desde un año antes a cuatro años después de que los ganadores obtuvieran sus premios. Como media, éstos lograron un 44% más de rentabilidad en el precio de las acciones, un 48% más de crecimiento en los ingresos de explotación, un 37% más de crecimiento en ventas y un 16% más de crecimiento en el número de empleados comparado con el grupo de control (fig. 1)

Figura 2. Comparación del % de mejora logrado en las empresas pequeñas respecto de las grandes.



Por otra parte, existe cierta percepción entre las empresas pequeñas de que los Modelos de excelencia son complejos y más aplicables a empresas grandes y, sin embargo, las empresas pequeñas y medianas ganadoras de premios obtuvieron como media un 63% de incremento en los ingresos de explotación, un 39% de incremento en ventas, un 17% de incremento en retorno sobre ventas y un 21% de incremento en los niveles de empleo. Todos ellos muy por encima de los incrementos experimentados por las organizaciones ganadoras de premios de mayor tamaño (fig. 2)

A nivel del País vasco no contamos ni con tantas empresas ni con tantos datos como los utilizados en el riguroso estudio de Singhal y Hendricks pero hemos analizado los resultados de las empresas industriales que han obtenido alguno

de los reconocimientos Q de plata o Q de oro y vemos que en un periodo de 7 años han obtenido como promedio un incremento de facturación del 90,8%, un incremento de sus exportaciones del 29% y un incremento de sus plantillas del 62,2%.

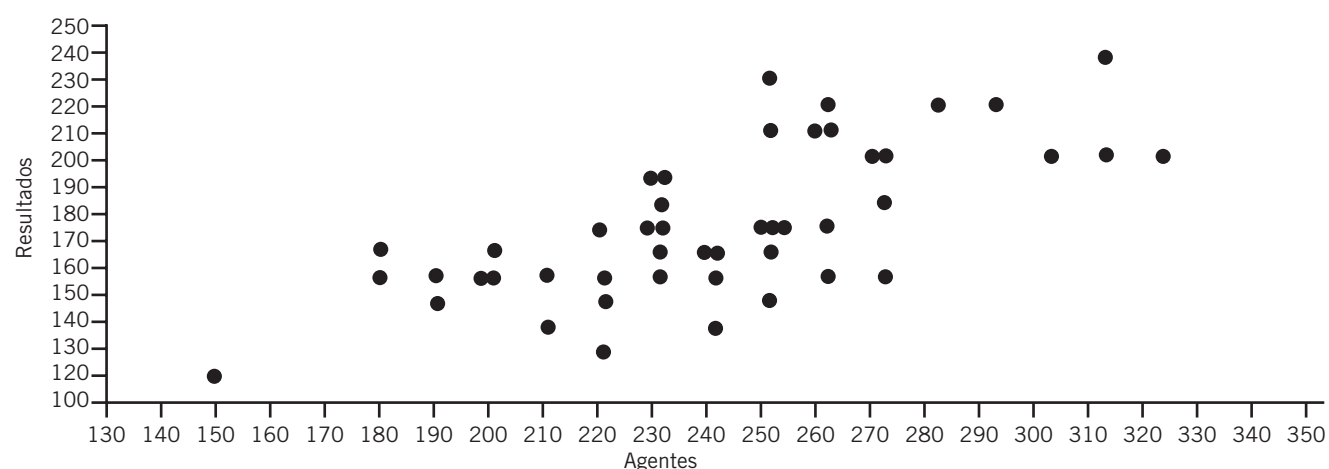
Por otra parte, si tomamos los resultados de las organizaciones que se han presentado durante los años 2001, 2002 y hasta junio de 2003 al Premio Vasco a la Calidad de Gestión y vemos las puntuaciones obtenidas en el total de los cinco criterios agentes: liderazgo, política y estrategia, personas, alianzas y recursos, procesos.

Y las comparamos con las del total de los criterios de resultados: en los clientes, en las personas, en la sociedad y resultados clave de la organización.

Tabla 1. Comparación de resultados 2001-2003 del Premio Vasco a la Calidad de la Gestión.

Dato N.º	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Agentes	240	230	240	250	250	230	280	250	230	230	240	240	310
Resultados	160	160	130	170	170	180	220	170	190	170	160	150	200
Dato N.º	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
Agentes	250	190	200	260	270	230	220	230	220	220	310	200	260
Resultados	230	150	150	210	200	190	170	180	150	140	240	160	150
Dato N.º	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39
Agentes	200	260	270	290	260	150	210	230	270	300	270	250	230
Resultados	150	170	200	220	220	110	130	150	150	200	180	210	170
Dato N.º	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	
Agentes	220	180	250	220	320	210	260	250	240	190	180	260	
Resultados	170	160	140	120	200	150	170	160	160	140	150	210	

Figura 3. Gráfico de dispersión de los resultados 2001-2003 del Premio Vasco a la Calidad de la Gestión.



Obtenemos el diagrama de dispersión que aparece en la figura 3.

Al realizar un análisis estadístico de estos datos, observamos que existe una correlación entre ellos, siendo el coeficiente de correlación r de Pearson = 0,69.

Con ello podemos concluir que en el ámbito de esta muestra de 51 organizaciones, aquellas cuyas prácticas de gestión están más alineadas con las que propone el Modelo EFQM de Excelencia y por tanto obtienen una mayor puntuación en la evaluación de los criterios agentes son, así mismo, las que obtienen mayores puntuaciones en los criterios de resultados.

La sombra de una duda: limitaciones en la evidencia sobre la efectividad de las iniciativas de mejora de calidad

Ricard Meneu

Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud.

La extensión de las iniciativas de mejora de la calidad

La mejora de la calidad asistencial se ha convertido en un principio esencial de la asistencia sanitaria, siendo cada vez menos el resultado de los esfuerzos de voluntarios entusiastas y pasando a formar parte de las tareas rutinarias del conjunto de los implicados en la prestación de servicios sanitarios. Existen ya múltiples ejemplos de regulación normativa sobre calidad o de la incorporación de estrategias para su mejora entre los objetivos evaluables de los contratos de gestión.

La extensión de los programas de mejora de calidad es casi tan evidente como su diversidad. Un estudio reciente en el National Health Service (NHS) británico identificó 11 tipos diferentes de programas en los últimos tres años¹. También los programas de acreditación se multiplican sin que exista evidencia que permita afirmar que se trata del uso más adecuado de recursos para mejorar la calidad, ni sobre la efectividad de las diferentes estrategias y sistemas para su implementación².

Las razones que avalan la conveniencia de las estrategias de mejora de la calidad son variadas, destacando entre ellas el incremento de la responsabilidad (*accountability*) de profesionales y gestores sanitarios, la esperable mejora de la eficiencia en el empleo de los recursos, la identificación y reducción de los errores médicos, la maximización del empleo de modos asistenciales efectivos, la consecución de mejores resultados o su contribución al alineamiento de los objetivos de los profesionales con los de los usuarios/pacientes.

Pero a la hora de decidir la mejor estrategia para alcanzar estos deseables objetivos surge una inquietante pregunta: ¿qué programas de calidad implantar si muy pocos de ellos han sido evaluados o están basados en evidencia sobre la efectividad de los modernos métodos de calidad en los servicios sanitarios?. Esta cuestión resulta en una doble perplejidad ya que tal falta de pruebas es particularmente sorprendente dado que las teorías sobre calidad ponen especial énfasis en su enfoque sistemático y “*basado en hechos*”, pero además, porque en sanidad cada vez se exige más que las intervenciones estén basadas en pruebas de su efectividad, como atestigua la emergencia de movimientos como la Medicina basada en la Evidencia y la Evaluación de Tecnologías Sanitarias³.

La sombra de una duda

Un rasgo esencial de las estrategias de mejora de calidad es su énfasis en la medición y en la mejora “basada en hechos”⁴. Pero, tal y como señala uno de los artículos del reciente suplemento especial de Medical Care dedicado al “*Strategic Framework Board’s Design for a National Quality Measurement and Reporting System*”⁵: “*Un aspecto curioso del campo de la medida de la calidad es la relativa escasez de mediciones objetivas de su impacto. En otras palabras, la evaluación objetiva con retroalimentación para el aprendizaje, que es un principio básico de la mejora de la calidad, muestra una insuficiente autoaplicación. La mayoría de la “evidencia” disponible sobre la efectividad de la medida de la calidad –su pretendida capacidad para lograr la mejora de la calidad– es narrativa anecdótica. Se requiere desesperadamente investigación sistemática sobre el impacto de las medidas de calidad...*”

En dicho marco conceptual el sistema de medida de la calidad propuesto se pretende “basado en la evidencia”⁶, pero se carece de esa evidencia sistemática, al tiempo que las evaluaciones más recientes concluyen que la información es un elemento esencial del proceso de mejora⁷. La falta de evidencia sobre mejora de la calidad llevó al Congreso norteamericano a encargar al Departamento de Salud la producción, a partir de 2003, de un informe anual sobre el estado de ésta. La producción de dicho documento está encontrando enormes problemas porque la información necesaria simplemente no existe⁸.

Hablar pues de la sombra de una duda es adoptar una cierta perspectiva benévola y comprensiva. Seguramente sería más adecuado referirse a imágenes como la del rey desnudo o el silencio sobre la tragedia que impera en la casa de Bernarda Alba. Sin embargo no hay que confundir las importantes carencias detectadas en este ámbito con una total ausencia de información. Existe un volumen importante de investigación sobre los programas de calidad hospitalarios, especialmente procedente de los EE.UU.⁹. Las revisiones –no sistemáticas– de estas investigaciones aportan evidencia, aunque muy limitada. Apenas se sabe nada de los efectos a medio y largo plazo de estos programas y son escasos los trabajos que describen o comparan diferentes ti-

pos de intervenciones. La mayoría de los estudios proceden de información aportada por los “calidólogos” o los directivos de las instituciones, a partir de definiciones elaboradas *ex post*¹⁰ y generalmente *ad hoc*. Otros tipos de programas de mejora de calidad han sido también escasamente evaluados o estudiados sistemáticamente. Algunos han descrito o analizado los principales sistemas de evaluación, procesos de verificación externa^{11,12}, estrategias de calidad nacionales o locales, o programas en el ámbito de la Atención Primaria¹³.

Con todo, existen algunas evaluaciones internas y externas de diferentes programas de mejora de calidad, caracterizadas cuanto menos por su imaginativa variedad metodológica. La revisión del Programa de Gestión de la Calidad Total noruego clasificó las evaluaciones llevadas a cabo según una decena de diseños: Encuestas, descripciones de un caso, auditorias de un caso, descripciones de casos múltiples, descripciones de casos múltiples con caso de control, casos únicos con evidencia de efectos, casos múltiples con comparación de efectos, casos múltiples con casos de control y comparación de efectos, casos múltiples con comparación de mediciones estandarizadas de efectos y acciones evaluativas¹⁴.

¡Son las políticas, estúpidos! ¿O es la efectividad?

La falta de información sistemática no significa que no existan “*piezas de evidencia*” que den cuenta de los logros y las limitaciones de distintas iniciativas de mejora de calidad. Como señala Berwick¹⁵, *en las últimas décadas la investigación sobre servicios sanitarios ha logrado algunos éxitos excepcionales en el desarrollo de instrumentos cuantitativos útiles para la medición de muchas dimensiones de la calidad*¹⁶. *Hoy en día existen mediciones prácticas, válidas y fiables para dimensiones de la calidad tan complejas como la satisfacción de los pacientes*¹⁷, *las tasas de mortalidad quirúrgica ajustadas por gravedad*¹⁸, *la adecuación de los tratamientos y pruebas diagnósticas*¹⁹ *o los resultados de los procesos crónicos en términos de status funcional*.

La cita anterior supone un claro pronunciamiento sobre la perspectiva desde la que se enuncian estas líneas. Un enfoque más atento a las especificidades sanitarias que a las intervenciones de tipo “administrativo” intercambiables con las realizadas en otros sectores de la industria y los servicios. Y en tanto que “sanitarias”, fundadas en las pruebas de su efectividad.

Podemos identificar dos grandes estirpes de programas de mejora de calidad, que por simplicidad llamaremos “de tipo administrativo” y “de base clínica”. Los programas de tipo administrativo forman parte de las estrategias de gestión de centros e instituciones (mesogestión) y es notorio que esta gestión raramente se basa en evidencias o en pruebas. Se trata más bien, utilizando un afortunado *lapsus linguae* de José Manuel Freire²⁰, de actuaciones “*basadas en la obediencia*”.

Esta característica es seguramente atribuible a su importante sustento sobre consideraciones políticas o de valo-

res, aunque no debe descartarse un posible componente de aversión gestora a la evaluación. Los métodos y herramientas de gestión son “tecnologías gestoras” y como tales evaluables según su efectividad, aunque seguramente con distintos métodos y escalas. Richard Grol²¹ ha puesto de manifiesto esta falta de investigación referente a intervenciones sobre la organización que pretenden producir mejoras en la calidad asistencial: *Se carece de investigación sobre muchas estrategias interesantes. Los efectos del desarrollo organizativo, el establecimiento de equipos, la reingeniería de procesos complejos, el realce del liderazgo o el establecimiento de incentivos, son ampliamente desconocidos*.

Paralelamente a estas carencias existe una abundancia de información sobre la efectividad de algunas actuaciones sanitarias que puede contribuir a guiar estrategias de mejora de calidad. Sabemos de la importancia de la atención precoz del infarto agudo de miocardio (IAM), pero también que la mitad de los pacientes de los hospitales incluidos en el Proyecto ARIAM llegaron al centro en los 130 minutos siguiente al comienzo de los síntomas. Un lapso manifiestamente mejorable pese a su persistencia tanto entre comunidades autónomas como en el tiempo. Sin abandonar el infarto, el ISIS-2 demostró los beneficios independientes y aditivos de la administración de AAS y estreptoquinasa en el IAM, estando recomendada la administración inmediata de AAS en todas las guías. Aun así, el promedio de su administración extrahospitalaria se sitúa en poco más de un 20%, pese a que el 55% de los casos llegan a la puerta de urgencias a través de los servicios de Atención Primaria, los SEUs o los SAMUs. Para aquellos que dudan de la existencia de actividad inteligente fuera del hospital conviene recordar que en éste el llamado tiempo puerta-aguja –el transcurrido desde la llegada al centro hasta que se realiza la trombolisis– oscila entre los 40 y los 60 minutos, aunque es de justicia destacar la rápida y relativamente homogénea mejora experimentada en el último lustro²².

Si esta es la respuesta ¿Cuáles son las preguntas?

Necesitamos sin duda un esfuerzo para mejorar la información disponible sobre las iniciativas de mejora de calidad –todas ellas– y el rigor metodológico de sus evaluaciones. A la vista de las carencias detectadas, proponer una agenda es más sencillo que llevarla adelante. Los avances en los modos de compartir información aconsejan estar atentos a los desarrollos llevados a cabo en otros entornos. Por eso, a guisa de sugerencia, las medidas que seguidamente se apuntan (tabla 1) no son más que una reelaboración mínima de la agenda establecida por Leatherman, Hibbard y McGlynn en la publicación reiteradamente citada. Sin duda pueden hacerse muchas otras, pero conviene recordar los riegos de la afición taxonómica que distrae esfuerzos necesarios en identificar si las amenazas que se avecinan son galgos o podencos.

Sin duda debemos mejorar los instrumentos y métodos de medición, evaluando la validez de las fuentes de datos,

Tabla 1. **Prioridades de investigación***.

1. Mejora de los instrumentos y métodos de medición
 - Evaluar la validez de las fuentes de datos
 - Desarrollar medidas comunes para las áreas importantes
 - Desarrollar mejores medidas de casuística y gravedad
 - Mejorar las deficiencias metodológicas identificadas en áreas como la investigación por encuestas o los análisis de atribución
2. Mejorar el uso y efectividad de los datos sobre actuación (performance)
 - Identificar que datos y en que formato resultan más útiles
 - Evaluar los efectos deseados e indeseados de la implicación de los pacientes
 - Determinar los medios más efectivos para incrementar el uso clínico de los datos
3. Atributos y actuaciones organizativos, culturales y profesionales.
 - Evaluar el impacto de los incentivos monetarios y no monetarios sobre la mejora de la calidad
 - Evaluar la evidencia disponible sobre la efectividad de las estrategias comúnmente empleadas, guías clínicas, círculos de calidad, retroinformación, etc.
 - Determinar los rasgos estructurales, culturales y organizativos que se asocian a una actuación de mayor calidad
4. Evaluación del impacto
 - Describir la evidencia que apoya las mediciones de la calidad como mecanismo para mejorar la asistencia
 - Evaluar el impacto de la evaluación de la calidad sobre la asistencia a los pacientes y sus resultados
 - Evaluar el impacto sobre los costes a diferentes niveles y para diferentes agentes

*A partir de Leatherman ST, Hibbard JH, McGlynn EA. A research agenda to advance quality measurement and improvement. Med Care 2003;41(Suppl 1):180-6.

desarrollando medidas comunes para las áreas importantes y perfeccionando las medidas de ajuste de riesgos.

También se requiere avanzar en el uso y efectividad de los datos sobre la actuación (*performance*), identificando cuáles y en que formato resultan más útiles, evaluando los efectos de la implicación de los pacientes y determinando los medios más efectivos para incrementar el uso clínico de los datos

Los factores organizativos, culturales y profesionales deben ser objeto de una especial atención que permita evaluar el impacto de los incentivos sobre la mejora de la calidad, evaluar la evidencia disponible sobre la efectividad de las estrategias comúnmente empleadas –guías clínicas, círculos de calidad, retroinformación, etc.– así como identificar los rasgos estructurales, culturales y organizativos que se asocian a una actuación de mayor calidad

Finalmente se requiere una mejor evaluación del impacto, describiendo la evidencia que apoya las mediciones de la calidad como mecanismo para mejorar la asistencia, determinando el impacto de la evaluación de la calidad sobre la asistencia a los pacientes y sus resultados, así como sobre los costes a diferentes niveles y para diferentes agentes.

Conclusión

En la búsqueda de una continua mejora de la asistencia sanitaria *“el reto sigue siendo aplicar a toda la actividad sanitaria las mejores evidencias, sin desnaturalizar la comunicación médico-paciente. La ventaja es que ahora contamos, por un lado, con el movimiento de MBE y, por otro, con la corriente hacia la gestión de calidad total para que, mediante ambas aportaciones, consigamos una óptima gestión de nuestros recursos y una efectividad clínica a la altura de los avances científicos y tecnológicos, todo ello adaptado a las expectativas y necesidades individuales y colectivas de nuestros pacientes”*²³.

Parece necesaria una *“polinización cruzada”* entre ambas tradiciones que dote de sólidas bases a las estrategias de calidad total al tiempo que introduce preocupaciones gestoras en la investigación sobre las estrategias asistenciales más efectivas. Pero mientras investigamos la validez y utilidad de nuestras *excelentes* puntuaciones, la repercusión sobre la salud de los pacientes de la redistribución de los derechos de propiedad sobre los procesos, o el efecto sobre la supervivencia postinfarto de exhibir una certificación procedimental, podemos ir avanzando en aquellas actuaciones sobre cuya efectividad disponemos de suficiente evidencia. Recordando que un componente básico de la calidad asistencial es la práctica de una buena medicina, unos buenos cuidados de enfermería, o una farmacología basada en el mejor conocimiento disponible.

Todo esfuerzo de mejora sistemático debe ser bienvenido. El sistema sanitario está configurado por el conjunto de sus trabajadores y usuarios, y requiere de la implicación de todos para su incesante perfeccionamiento. Pero cuando tenemos dudas de por donde empezar la ingente tarea, puede ser más provechoso estudiar el mejor conocimiento acumulado por el trabajo y la preocupación de los profesionales sanitarios que importar acríticamente estrategias desarrolladas de otros entornos, cuyos efectos y mecanismos de actuación están documentados de manera menos rigurosa.

La mejora de la calidad en atención sanitaria pasa por la gestión de las mejoras en las actuaciones preventivas, la administración de AAS, la reducción de demoras en la trombolisis y, en general, en maximizar la aplicación de las intervenciones sanitarias que han demostrado su eficacia²². Sin desatender, por supuesto, el avance en el conocimiento de los resultados de todo tipo de estrategias complementarias. En el empeño por mejorar los servicios sanitarios no sobra ninguna aportación. Pero al igual que sucede con la evidencia sobre las intervenciones sanitarias, las evaluaciones de los resultados que avalan unas u otras estrategias de mejora de calidad gozarán de diferentes grados de consistencia. Sin duda las hay de tipo A, B, etc. Y debemos actuar en consecuencia.

Bibliografía

1. West E. Management matters: the link between hospital organisation and quality of patient care. Qual Health Care 2001;10:40-8.

2. Shaw C. External assessment of health care. *BMJ* 2001;322: 851-4.
3. Meneu R. Evaluación de la calidad y cambios organizativos. En Asúa J, Del Llano J. Eds. Evaluación de las organizaciones sanitarias: ¿Asignatura pendiente? AEETS, Bilbao 2001.
4. Øvretveit J. The convergence of evidence-based health care and quality assessment. *Healthcare Review – Online*. 1998;2(9). <http://www.enigma.co.nz/hcro/website/index.cfm?fuseaction=articledisplay&featureid=42>.
5. Leatherman ST, Hibbard JH, McGlynn EA. A research agenda to advance quality measurement and improvement. *Med Care* 2003;41(1Suppl):180-6.
6. McGlynn EA. Introduction and overview of the conceptual framework for a national quality measurement and reporting system. *Med Care* 2003;41(1Suppl):11-7.
7. Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. National Academy Press, Washington DC, 2001.
8. McGlynn EA. An Evidence-Based National Quality Measurement and Reporting System. *Med Care* 2003;41(1Suppl):18-15.
9. Shortell S, Bennet C, Byck G. Assessing the impact of continuous quality improvement on clinical practice: what will it take to accelerate progress. *Milbank Q* 1998;76:593-624.
10. Øvretveit J, Gustafson D. Improving the quality of health care. Using research to inform quality programmes *BMJ* 2003;326: 759-61.
11. Shaw C. External quality mechanisms for health care: summary of the ExPeRT project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries. *Int J Qual Health Care* 2000.
12. Øvretveit J. Quality assessment and comparative indicators in the Nordic countries. *Int J Health Plann Manage* 2001;16: 229-41.
13. Wensing M, Grol R. Single and combined strategies for implementing changes in primary care: a literature review. *Int J Qual Health Care* 1994;6:115-32.
14. Øvretveit J. Evaluation of the quality journeys of six Norwegian hospitals – final report. Oslo, Norway: Norwegian Med Ass; 1998.
15. Berwick DM, James B, Coye MJ. Connections between quality measurement and improvement. *Med Care* 2003;41(1 Suppl): 130-8.
16. McGlynn EA, Brook RH. Ensuring quality of care. In: Anderson RJ, Rice TH, Kominski GF, eds. *Changing the U.S. Health Care System: Key Issues in Policy and Management*. San Francisco: Josey-Bass; 2001.
17. Landon BE, Zaslavsky AM, Beaulieu ND, et al. Health plan characteristics and consumers' assessments of quality: data watch. *Health Aff (Millwood)* 2001;20:274-86.
18. Iezzoni I. Risk adjustment for measuring healthcare outcomes. Chicago, IL: Health Administration Press; 1986.
19. Chassin MR, Koseoff J, Park RE, et al. Does inappropriate use explain geographic variations in the use of health care services? A study of three procedures. *JAMA* 1987;258:2533-7.
20. Freire JM. Gestión Clínica y Sanitaria: actualizando la agenda. Conferencia pronunciada en las XXIII Jornadas de Economía de la Salud, Cádiz, 4 de Junio 2003.
21. Grol R. Research and development in quality of care: establishing the research agenda. *Quality in Health Care* 1996;5:235-42.
22. Peiró S. De la gestión de lo complementario a la gestión integral de la salud: gestión de enfermedades e indicadores de actividad. En Ortún V. Ed. *Gestión clínica y sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta*. Masson, Barcelona 2003.
23. Lorenzo S, Mira JJ, Sánchez E. Gestión de calidad total y medicina basada en la evidencia. *Med Clin (Barc)* 2000;114: 460-3.

¿Nos estamos olvidando de gestionar la innovación?

Juan J. Goñi-Zabala

Dtor. Proyectos Estratégicos – Ibermática.

No es el propósito de este artículo responder a la pregunta que lo precede. Más bien se trata de proponer una reflexión a los lectores sobre el cambio y la consolidación de las organizaciones. En cada decisión lo establecido y lo nuevo parecen competir debatiendo entre formas de pensar que valoran de forma distinta la solidez de lo bien hecho por bien conocido y la incertidumbre y oportunidad de lo que no se sabe bien como resultará.

Son los tiempos actuales extraordinariamente diferentes de los que les precedieron por la continuidad y variedad de los posibles cambios que se presentan en el entorno de las organizaciones privadas o públicas. Estos cambios tienen que ver con la demografía, con los valores sociales, con las expectativas de los servicios públicos, con la cualificación de las personas y con todos aquellos asuntos derivados de la inserción en los hábitos de vida de las tecnologías de la información y de las telecomunicaciones.

Las nuevas realidades que se van insertando en la vida de las organizaciones preocupadas por la calidad y por ser competitivas cada una a su manera, obedecen a principios contrapuestos en los que hay que hacer compatible la mejor calidad y personalización con un menor coste, la visión del corto plazo con la proyección a futuro, la producción masiva con el servicio individual, y un sinfín de contrasentidos aceptados como tales hace unos pocos años. ¿Y hoy no lo son también?

Parece que lo nuevo también rompe los modelos con los que se han construido las organizaciones y que no vale casi nada de lo anterior. El término “tradicional” tiene connotaciones negativas por asociarlo a algo en camino de desaparecer, como representante de lo que fue y no será. El gusto por las cosas bien hechas, por lo profesional en la actividad profesional cede su paso a lo veloz, rápido e inmediato como requisito principal de los servicios, en detrimento de su calidad y su seguridad.

Seguramente cometeríamos un error si nos decantáramos y tomáramos parte por una de las dos opciones. La inteligencia y la prudencia aconsejan observar en su totalidad el nuevo escenario en el que nos estamos desenvolviendo y en el que destacan como atributos:

- *Mayor complejidad.* Lo que hoy se hace en los trabajos, en los servicios y en la asistencia sanitaria representa niveles de complejidad cada vez mayores, no sólo en los medios técnicos empleados, sino en los conocimientos necesarios para hacer un buen uso de los mismos. Esta mayor complejidad requiere una preparación creciente de los usuarios de los nuevos sistemas, para resolver situaciones previstas y no previstas en los mismos.

- *Mayor interrelación.* La mayor complejidad de los sistemas y conocimientos exige un grado significativo de especialización. Cada especialista colabora con otro en una cadena en la que los equipos se complementan para ejecutar tareas más complejas. Por una parte las capacidades técnicas personales aumentan y por otra se hacen necesarias otras capacidades vinculadas al trabajo en equipo, para que el resultado del conjunto sea exitoso.

- *Mayor rapidez.* La capacidad de respuesta a tiempo es un atributo diferenciador en los servicios. Aumentar las capacidades de respuesta aumentando los recursos no es la fórmula que se quiere aplicar y por ello se debe progresar en ganar velocidad, flexibilidad y capacidad de trabajar con otros en estrecha colaboración.

- *Mayor calidez.* La prestación de servicios asistenciales como cualquier otro tipo de servicios requiere de un conocimiento no sólo técnico, sino sobre todo acerca del contexto y expectativas de quien recibe los servicios. La diferencia en el actuar está en el saber manejar las habilidades personales y en el querer hacer a partir de estas. La resolución de cada circunstancia es un problema que requiere de recursos técnicos pero sobre todo de capacidades personales.

Todo estos atributos nos hacen pensar que para afrontar estas situaciones con éxito deberíamos emplear las herramientas más adecuadas a cada problema o la combinación más eficaz de las mismas sin prejuzgar su eficacia por razón de su origen histórico. Nadie en su sano juicio prescindiría de la rueda para desplazar objetos como una buena solución a pesar de sus miles de años de antigüedad. Los atributos de los nuevos problemas deben ser estudiados y sobre ellos aplicar la combinación de modelos mentales y de herramientas que sean útiles y combinables para su resolución. Ya no vale decir que esto o aquello no sirve de forma generalista, sino que el problema y la circunstancia específica serán quienes preseleccionen lo que es conveniente aplicar.

Estamos por tanto en tiempos donde lo único, lo prevalente sobre el resto, lo que es válido siempre son respuestas acartonadas y poco cercanas a los problemas. Las generalizaciones deberían ser cada vez menos abundantes. Así pues los modos de gestión, la calidad, la innovación, la estrategia y la táctica operativa no son sino instrumentos de los fines de la organización en su conjunto. Desde un mayor relativismo de los instrumentos como medios podemos hacer una reflexión orientada en ensanchar la pregunta original de este artículo.

“¿Nos estamos olvidando de gestionar la innovación?”. La correcta combinación de los ingredientes del pasado, presente y futuro es la clave del éxito, pero qué es lo correcto. “Nada es veneno y todo es veneno. La diferencia está en la dosis”.

Así pues para un directivo y sus equipos responsables de la calidad asistencial aparecen los nuevos retos de gestionar cuestiones a veces vistas como opuestas, problemas que con un enfoque u otro tienen distintas soluciones. El discernimiento acerca de qué prácticas de gestión deben prosperar está en el arte de dirigir, de diferenciar los movimientos estratégicos de difícil retorno de las operaciones tácticas que los consolidan. Este discernimiento debe orientar la acción directiva en tres ejes que configuran la marcha de la empresa. Estas tres direcciones que entrañan diferentes enfoques personales y soluciones contrapuestas son:

- *Reestructurar.* Saber prescindir de recursos, rutinas, activos que no aportan valor.

- *Revitalizar.* Dotar recursos, capacidades y tecnologías a los sistemas y a las personas que han de promover cambios y nuevas soluciones.

- *Reconcebir.* Visionar el futuro en el camino de lo que hoy se es, y de las capacidades potenciales a desarrollar.

Se debe hacer de todo: normalizar y desnormalizar, estructurar y probar, asegurar y arriesgar, aprender y desaprender. El éxito y el fracaso están cerca de la suma de aciertos y desaciertos que tomemos. Lo que no vale es la misma receta para todo y en esto consiste el arte de dirigir.

La respuesta a la pregunta inicial queda así replanteada en otros términos. ¿Sabemos combinar con certeza los diferentes instrumentos de la gestión?. La historia de la gestión nos indica que tanto los sistemas y procesos normalizados, como las capacidades creativas, destructivas e innovadoras son fuente de éxitos y fracasos. También la historia nos indica que son los atributos y capacidades ligadas a las personas, los intangibles de los servicios y el efecto de valor percibido por los clientes los atributos que más valor darán a las organizaciones de servicios. Todo ello será posible si se instalan sobre unos sistemas y procesos básicos robustos y capaces de responder con alta calidad en sus prestaciones. Desde la calidad como concordancia con lo previsto y establecido, hasta la calidad como resolución exitosa de lo no previsto, hay un terreno de acción en la mejora de cualquier organización. Lo que seremos mañana dependerá de nuestra capacidad de innovar y existiremos o no en función de que sepamos dirigirnos en la adecuada dirección. Esta dependerá sobre todo de nuestro entorno y de nuestras capacidades construidas en el pasado y de la visión existente en el presente.

Los procesos en el camino del cambio

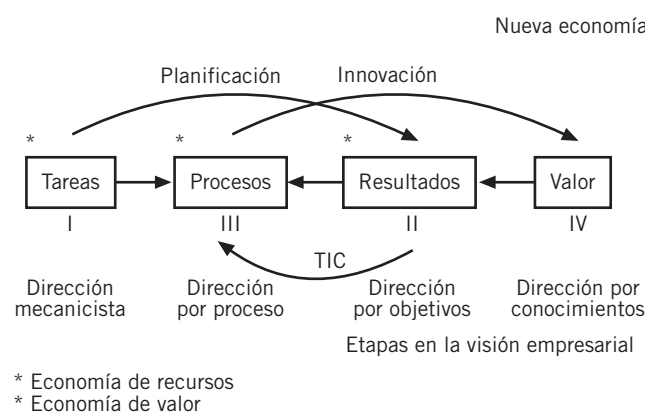
Todas estas consideraciones nos llevan a plantearnos la importancia y el nuevo significado de los procesos en las organizaciones. Parece oportuno situar al proceso como el centro de la moderna organización del trabajo, como lo fue la tarea a principios del siglo pasado. En el camino recorrido entre estas dos épocas distantes que van de la visión de la organi-

zación basada en tareas a la organización basada en procesos que tienen entre sí muchos aspectos en común, encontramos la visión de la organización orientada a los objetivos y resultados, que es la visión dominante en la actualidad. Estamos inmersos en una cultura que promueve la dirección por objetivos, planificación de resultados, y la gestión asociada de los recursos elementales a nivel de tareas y funciones, pero sin dominar aún suficientemente los procesos.

La práctica actual de la gestión en las organizaciones dispone de buenos algoritmos y modelos económicos para establecer los resultados, los costes de los recursos y de las tareas. La gestión se centra en el diseño y en la administración de los recursos y de los resultados. Se entiende que los resultados dependen de la actividad y de la eficacia en costes, de forma que las variables que hay que planificar y regular son las actividades basadas en los ingresos, los recursos y costes asociados, y en consecuencia los resultados.

En esta visión se reconoce la existencia de los procesos de forma marginal o complementaria cuando hablamos de calidad o de innovación. Estos forman parte de una visión intermedia cuya gestión no está específicamente desarrollada. Se supone que el saber hacer de las personas y de la organización funcional regulará los procesos a los que se les reconoce un escaso valor como elemento clave del negocio y del margen. Esta visión, que no reconoce los procesos y tampoco el potencial de las TIC como agentes transformadores, hace pensar que la mecanización de tareas es la contribución final de las Tecnologías para Información y para la Comunicación (TIC) a los resultados. Por tanto, es normal que veamos en la tecnología una aplicación extraordinariamente marginal en el ranking de prioridades de la empresa. Esta visión de las tareas y la tecnología para mecanizar es dominante en la concepción organizativa actual y se sustenta sobre los modelos que describen las funciones de los puestos de trabajo, los análisis funcionales, los esquemas organizativos en organigramas, los presupuestos por naturaleza de gastos, las imputaciones de costes por departamentos y otras consideraciones que unen sistemáticamente resultados con los costes unitarios de las tareas.

Figura 1. Visiones del proceso en las organizaciones.



En esencia, mantenemos un esquema de dirección por tareas y resultados. Son las nuevas tendencias emergentes las que proponen introducir variables cualitativas en las que podamos reflejar aspectos acerca del cómo se hacen las cosas. Nos estamos acercando lentamente a los procesos por varias vías complementarias como la calidad, la modernización tecnológica y la innovación, pero su gestión no se considera como el timón del negocio.

En esta época de cambios y de oportunidades tecnológicas debemos retomar la organización científica de los procesos para avanzar cualitativamente hacia la nueva economía. La organización científica de la tarea, que llevó al desarrollo industrial, volverá a ser en el análisis de procesos, el paradigma de la transformación empresarial con el apoyo de las Tecnologías para la Información y para la Comunicación. Tecnologías para facilitar el trabajo de personas con personas, en el campo de la información y el conocimiento. El paso en falso que hemos dado con la nueva economía puede interpretarse en términos de falta de visión del negocio a través de los procesos y no en términos de una escasa capacidad empresarial o de falta de visión tecnológica. Son sólo los procesos los que materializan la calidad, la innovación y el valor que percibe el cliente, y sólo ellos pueden aprovechar el potencial de las Tecnologías de la Información.

La aproximación a este nuevo plano, en el que los procesos y el valor serán los términos dominantes, y al que se volverá en sucesivas oleadas de reforma de la visión de los negocios, se está produciendo a través de diversas aproximaciones parciales:

- Focalización hacia la calidad. Tanto los procesos de certificación como de acercamiento a la excelencia o calidad total nos van aproximando al concepto nuclear del proceso. Si bien lo hacen con una aplicación lejana a la vinculación directa de estos con el valor y el resultado del negocio, son aproximaciones que por su extensión generan un acercamiento hacia este cambio cultural.
- La Reingeniería de procesos. Con una cierta anticipación esta práctica anunciada y abandonada desde mediados de la década pasada será seguramente retomada. La reingeniería se desprestigió bajo la forma de una aplicación dirigida a la reducción de plantillas. No obstante, el aporte conceptual de esta técnica es muy valioso sobre todo ahora que el resultado esperable de las TIC ha tenido un primer choque negativo con la realidad de la empresa y su organización basada en tareas. La revisión de la organización por procesos es determinante para entender y aplicar lo que se ha llamado nueva economía, cuyo primer asalto puede considerarse fracasado.
- La gestión del talento. No tiene sentido intentar profundizar en la aplicación práctica de estos propósitos de desarrollar las capacidades de las personas en una organización que piensa en tareas y resultados. El espacio de desarrollo de lo que la gestión del talento nos invita a construir sólo cabe en una organización que vive los procesos. Un entorno regulado y preestablecido de funciones no acompaña a una gestión del talento de las personas ni a una capacidad de aprovechamiento de las tecnologías en la obtención de valor para el cliente.

La innovación en todos ellos debe entenderse como la aplicación del conocimiento interno y externo para producir procesos y productos de mayor valor para el mercado y a menor coste, y requiere sin duda profundizar en el conocimiento y el dominio colectivo de todos los procesos.

Adoptar un modelo de gestión de la innovación

La adopción de una cultura de procesos requiere la incorporación de una visión fundamentada en los procesos para diseñar, interpretar y dirigir el negocio. Esto empieza a ser posible a través de recientes modelos de gestión de la innovación entre los que podemos proponer el MCI (Modelo de Capital Innovación).

La innovación como factor de competitividad es una de las principales variables que hay que considerar si nos vamos a situar en un entorno de creación de nuevos mercados, productos y servicios, de nuevas situaciones en la capacitación e intereses de los trabajadores, y de explotación de las oportunidades que las nuevas tecnologías ofrecen. La innovación no supone únicamente la incorporación de nuevas tecnologías a las empresas, sino que contiene otros elementos de cambio en los procesos de negocio, en la organización y en la cultura, y de cambios en las tecnologías y métodos de producción. La capacidad de las organizaciones para adaptarse y la fuerza impulsora de los procesos de cambio,

enfocados hacia la innovación constituyen un área de estudio de un gran valor empírico.

Por último y como matiz de enriquecimiento de la pregunta la cuestión que subyace es si nos estamos olvidando de gestionar lo que ocurre o va a ocurrir y nos estamos quedando en administrar el presente. La revitalización y reconcepción de la organización es un objetivo diario y no sólo una cuestión a afrontar cada 3 años. La calidad, la innovación y el conocimiento aplicados en un marco colectivo de visión compartida son siempre instrumentos diarios y poderosos para aprovechar oportunidades. Con ninguno de ellos en solitario podemos resolver nada.

Bibliografía

- Drucher PF. La sociedad postcapitalista. Apóstrofe. Barcelona, 1993.
- Goñi JJ. El Cambio son Personas: La dirección de procesos de cambio. Díaz de Santos. Madrid, 1999.
- Kline SJ. Innovation is not a linear process. Research Management. Julio 1985.
- Mokyr J. La palanca de la riqueza. Creatividad Tecnológica y progreso económico. Alianza Editorial. Madrid, 1993.
- Zaltman G. Innovations and organizations. Jhon Willey. New York, 1973.