

CAPÍTOL 4: L'ESTAT DE L'ART

4.1. MARC TEÒRIC DE LA GESTIÓ DE QUALITAT TOTAL EN EL SECTOR SANITARI

4.1. MARC TEÒRIC DE LA GESTIÓ DE QUALITAT TOTAL EN EL SECTOR SANITARI

“Cap vent és favorable per a qui no sap on va”
SÉNECA

Les activitats a desenvolupar per assolir la qualitat constitueixen el que s'anomena Qualitat Total. Mentre que la qualitat és un atribut o conjunt d'atributs d'un producte o servei, la Qualitat Total és una manera de gestionar (Grima et al 1995), i per això s'està imposant el nom de Total Quality Management (TQM) o Gestió Total de la Qualitat. La Gestió de Qualitat Total és el conjunt de tècniques d'organització orientades a la consecució dels nivells més alts de qualitat en un empresa (Bernillon et al 1993). La Qualitat Total pot definir-se com una estratègia de gestió de tota l'empresa, a través de la qual es satisfan les necessitats i expectatives dels clients, dels col·laboradors, dels accionistes i de la societat en general (Badia, 1999), per medi de la utilització eficient de tots els recursos que es disposa, persones i coneixements, materials, tecnologies, sistemes productius (Villalobos 1998, Zarzo 2000).

La gestió per processos orientats al client constitueix d'acord amb aquest marc de referència, una de les peces claus pel funcionament d'una organització excel·lent, amb la màxima eficàcia i eficiència (Costa 1998). Les organitzacions sanitàries més innovadores han iniciat la implantació de la Gestió de Qualitat Total (Berwick 1989, Asenjo 1998, Lorenzo 1998, Altamore et al 1999, Moracho 1999, Arcelay 2000, Lorenzo et al 2000, Sánchez et al 2000, Fortuny et al 2001a,b). Aquest enfocament representa un canvi total

dels paradigmes de la gestió dels serveis sanitaris i presenta una sèrie de possibles conflictes respecte a la manera com són gestionats els hospitals actualment (McLaughlin et al 1990). Els nous paradigmes inclouen un enfocament participatiu de la TQM enlloc de l'autoritat professional i de gestió (Moreu 1991), la responsabilitat col·lectiva versus la individual (Rosander 1992), la de millora permanent de la qualitat versus la garantia de la qualitat (Prat et al 1997), flexibilitat organitzativa (Fortuny 1997) i un enfocament orientat al client intern (Blanchard 1996) i extern (Varo 1994, Grönroos 1994, Fortuny et al 1999). Flexibilitat en la seva estructura física i dels seus professionals, que permeti una adaptació front a les necessitats dels seus clients, excel·lència en la realització dels serveis i eficiència en la producció dels mateixos, són les característiques que definiran a l'hospital del futur (Villalobos 1996). La TQM permet ahora millorar els resultats econòmics i de qualitat dels centres hospitalaris (Kaluzny 1994). La implementació de la TQM requereix temps i molta paciència per assolir petits èxits (Jaeger 1994). La reivindicació d'una anàlisi dels problemes actuals de salut i de l'establiment de prioritats conseqüents amb la tria d'objectius específicament sanitaris esdevé, doncs, el contrapunt que requereixen les propostes de modernització de la gestió i l'administració sanitària (Segura 1993).

Els hospitals públics venen experimentant un procés de modernització des de principis de la dècada dels vuitanta, assimilant i incorporant conceptes, tècniques, instruments i valors propis del món empresarial. Com empresa de serveis (Asenjo 1991), l'hospital viu avui en dia més atent al seu entorn i és més dependent d'un conjunt de variables externes que fa dues dècades gairebé no existien: l'opinió i influència dels usuaris-clients, noves i més complexes relacions amb els agents finançadors, nous i variats interlocutors institucionals (l'asseguradora pública, consells d'administració, corporacions professionals, agències d'avaluació, etc) (Belenes 1999).

Si definim l'hospital com una empresa, aquesta ha de ser considerada una empresa de serveis, en la que és impossible distingir el producte del procés, ja que ambdós van íntimament units (Valor et al 1990). La conceptualització de l'hospital com empresa de serveis ha facilitat que s'apliquin en el sector sanitari models

habituals de gestió utilitzats a partir dels anys seixanta en altres sectors productius (Ortún 1990). La gestió és gestió i cal oblidar-se de si és privada o és pública i de si és en el sector sanitari o no (Valor 1992). Actualment, a Catalunya els hospitals contractats de la xarxa hospitalària d'utilització pública (XHUP) són empreses poc habituades, encara, a les tècniques de gestió empresarial de segona generació (Moreu 1993). Tradicionalment, no ha estat freqüent la necessitat de navegar en un marc de forces competitives que obliguessin a realitzar el seu estudi per a planificar l'acció. És important i necessari conèixer la realitat interna i externa de l'organització per l'establiment d'objectius d'una forma segura, intentant minimitzar el risc implícit en la presa de cada decisió (Mauri 1998). Al nostre país, molts cops es passa del reconeixement de la més absoluta indigència en els instruments de gestió a les fórmules més novedoses que hom pot trobar a la literatura al respecte. La gestió consisteix en un seguit de comprovacions i balanços que requereixen la cautela que només el coneixedor de la realitat concreta pot, de manera òptima, formular (López 1993). Amb el descobriment recent de que el sistema sanitari és una organització de serveis i com a tal pot i ha de ser gestionat (Guilera 1993), es tracta de no oblidar que els veritables finançadors del sistema tenen problemes de salut i també tenen idees pròpies, pel que fa a com voldrien ser atesos. Convé associar-los a les decisions que es prenen (Via 1992) mitjançant un sistema sanitari fort, eficient, correctament dotat, que garantitzi la solidaritat, la redistribució i l'equitat (Guix 1994).

Els hospitals no poden permetre's la passivitat si pretenen sobreviure i créixer en un futur incert, són, doncs, necessaris instruments per controlar el seu destí (Peters 1989). L'hospital dels propers anys haurà d'adaptar-se a una demanda diferent a l'actual. El que condueix a una situació d'incertesa, detectable tant en els professionals com en els seus clients (Moss et al 1995, Mira et al 2000) i generada, entre altres causes, per l'absència de clars plans estratègics (Ricoy 1989). És necessari escollir aquella estratègia que ofereixi més garanties d'obtenir el resultat desitjat, tenint en compte que tots els grups d'interès han d'involucrar-se en el canvi i participar en l'elecció (Drucker 1987). De fet, només en comptades ocasions s'adopta una única estratègia i, en general, cal un enfocament equilibrat que utilitzi varis mètodes (Godet 1991). Per què el canvi resulti exitós sol

ser necessari un enfocament compartit (Moreu 1994), ha de difondre's àmpliament, sent molt important la seva presentació (Pineault et al 1987). Fins i tot, és possible que sigui necessari modificar certes propostes arrel dels debats mantinguts amb totes les parts interessades (White 1997). La solució més ambiciosa que en l'actualitat s'apunta prové de la filosofia de la Gestió de la Qualitat Total, amb la implantació de nous sistemes de gestió per processos (Rivera et al 1997). És necessari fer una tasca prèvia d'adaptació de les tècniques de gestió a les particularitats de l'activitat hospitalària, d'una altra forma, la seva utilitat serà mínima i es corre el risc de que es converteixi en un fracàs (Bohigas 1987). És, per tanr, summament necessari trobar maneres millors a les actuals, de fer les coses i adoptar nous conceptes sobre serveis públics (DeBono 1994).

El propòsit estratègic té present la visió de com ha de ser la posició de lideratge desitjada i estableix els criteris que l'organització utilitzarà per establir els camins i les pautes del seu progrés (Hamel et al 1990). Les organitzacions sanitàries han d'aprendre a moure's en una situació de canvis integrats i de naturalesa contínua, contraposant aquest estratègia al canvi per crisis, discontinu, que sols presenta solucions quan apareixen greus i aguts problemes amb l'entorn. És a dir, s'entén l'estratègia com una relació permanent amb aquest entorn. Això exigeix disposar d'un pla estratègic per cada hospital (Hernández 1997). La perspectiva de gestió estratègica ressalta la importància de les organitzacions hospitalàries a assolir els seus objectius i assegurar la seva supervivència (Shortell et al 1994), i per tant exigeix refundar l'empresa sanitària (Moreu 1994).

La planificació estratègica és un procés que dirigeix l'atenció d'una organització al futur, de manera que la capaciti a adaptar-se més ràpidament als canvis i a determinar en quin sentit ha d'avançar. Això es fa mitjançant una avaluació continuada de l'impacte dels canvis sobre l'organització i les seves activitats. La clau d'aquest procés està en anticipar les noves situacions que poden afectar en el futur el que l'organització fa o vol fer. L'acció ha de basar-se en les dades que determinin cada cas particular (Galbraith 1996). Donat a que els hospitals funcionen en un clima social i tecnològic canviant i estan sotmesos a situacions locals variables, rarament poden mirar endavant més enllà d'uns

pocs anys amb alguna perspectiva raonable d'èxit a la seva planificació. La planificació estratègica no contempla les decisions futures, sinó el futur de les decisions d'avui en dia (Pineault et al 1987). El problema més important és el de la definició d'objectius (Huse et al 1992). Per aquest motiu les organitzacions de salut emprenedores, identifiquen noves oportunitats i les converteixen en èxits de la seva cartera de negoci (Kotler et al 1987).

La planificació estratègica permet que els objectius bàsics de les organitzacions siguin assolits, especialment en tant a control de costos, millora de la qualitat de servei, resposta efectiva a noves demandes d'assistència sanitària i millor adaptació als canvis que amenacen el paper social d'aquestes organitzacions, en un món cada cop més competitiu (Otero 2000). La planificació estratègica és fonamental per a les organitzacions sanitàries hospitalàries davant de les tendències de canvi de les diferents variables (Figura 2.3) que configuren la seva funció. Aquesta opció representa un pla i un control, una anticipació del futur, i és una estratègia o curs d'acció front a un entorn competitiu, de manera que reveli la missió, els valors i la visió de l'organització, així com la manera d'assolir-les. Gràcies al lideratge dels seus directius les organitzacions transformadores alineen els seus quadres d'indicadors i la gestió dels seus processos operatius, recursos i sistemes amb els seus objectius estratègics (Roure et al 1996).

Alerta prospectiva, voluntat estratègica i mobilització col·lectiva són les tres regles d'or d'una cultura estratègica, el que constitueix la força de les empreses que es troben en el cim de la competitivitat i l'excel·lència (Mintzberg 1999). Si manca una d'aquestes tres dimensions, l'empresa serà com un vaixell sense guaita, sense rumb o sense tripulació solidària i no podrà arribar a port, corrent el risc de sotsobrar en les aigües tumultuoses que l'esperen (Drucker 1987). Davant els canvis cada cop més freqüents i menys previsibles de l'entorn sanitari, tota organització hospitalària ha d'adaptar la seva estratègia (Gustafson et al 1995) i donar mostres de flexibilitat (Donabedian 1999). L'obsessió pel control sol ser reflex de la por a la incertesa. Tots tenim por a la incertesa i una forma d'enfrontar-se a aquesta sensació de manca de control, d'assegurar de que no es produeixi cap sorpresa desagradable, és donar la volta totalment al tema: cercar el control

per sobre de tot (Mintzberg 1999). Per a tenir èxit, la planificació ha de barrejar el pensament creatiu amb l'acció positiva (Peters 1989). L'èxit d'un pla es mesura pels seus resultats. En cada etapa del procés es necessita una participació àmplia i una contínua intercomunicació per assegurar que els plans siguin factibles i que aquells que els han d'executar estan disposats a fer-ho i seran capaços d'aplicar-los. Actuar mitjançant la gent, és tant una part de la planificació com del procés global de gestió, del que la planificació és un dels principals ingredients (Drucker 1987). L'estratègia és un element essencial de la planificació estratègica. Representa un pla d'acció concret per realitzar els objectius, tenint en compte els elements interns de l'organització afectada per la planificació, així com els elements externs, l'entorn (Hernández 1997). Sense oblidar que la quantitat i la qualitat de l'assistència sanitària oferida estarà en relació directa amb la quantitat de recursos que s'hi hagin destinat (Guilera et al 1987). A l'entorn sanitari espanyol s'ha iniciat en els darrers anys un important avenç vers la planificació estratègica tant a nivell de l'administració sanitària (Osakidetza 1993, Arias et al 1997, INSALUD 2000) com a nivell de centres hospitalaris (Riesgo et al 1993, Fortuny et al 1994, IMAS 1995, Pius Hospital de Valls 1997, Badalona Serveis Assistencials 1999, Fortuny et al 2001, Hospital Sant Jaume 2001) entre molt d'altres. Però encara no s'han publicat estudis de l'avaluació dels resultats obtinguts de cap procés de planificació estratègica.

Les organitzacions actuals, i les sanitàries també, estan immerses en els contextos molt canviants explicats anteriorment, i per tant requereixen d'estructures i processos organitzacionals flexibles i adaptatius. Són moltes les empreses que han apostat per un procés de canvi organitzacional. Canviar des de formes de funcionament taylorista i burocràtiques a estructures més descentralitzades i més centrades en les persones, el que significa enfocar l'organització vers la Gestió de Qualitat Total. El camí vers una sanitat orientada al pacient i basada en els professionals, precisa d'una cultura organitzativa participativa que inclogui la recerca de l'autonomia professional, es a dir, responsabilitat i compromís (Monrás 1996). Això significa implantar Grups de Millora, Formació Continuada, i la potenciació de la Participació i Motivació dels col·laboradors. Aquests elements s'han convertit en referents fonamentals, sense els quals tot intent de canvi organitzacional està destinat al fracàs (Arizeta 2001). Assolir la utopia en el model hospitalari està en funció de la reflexió i el

desenvolupament en el si dels mateixos hospitals, a través de l'adaptació dels sistemes organitzatius i de la tolerància de les persones als canvis culturals necessaris per possibilitar nous models i superar el corporativisme i el conservadorisme professionals latents en la situació actual (Codina 1990).

S'entén per canvi tota modificació d'un estat a un altre, que és observada a l'entorn i posseeix un caràcter relativament perdurable (Collerette 1988). El directiu no pot administrar el canvi sinó liderar-lo, ha d'aprendre a treballar amb més socis i menys amb subordinats ha de desenvolupar en els altres la capacitat per aprendre (Fons 2000). Liderar no és gestionar. En la presa de decisions, el líder és avui un agent multidireccional que ha de tractar amb quatre grups: el seu equip directiu, els seus destinataris en el si de l'organització, les forces externes a aquesta i els medis de comunicació (Bennis 2001). Per al líder, educar i liderar són dos verbs sinònims que en constant i recíproca interpretació marxen en paral·lel (Alvárez 1997). D'acord amb la clàssica descripció d'organitzacions professionals (Mintzberg 1984), la presa de decisions es produeix a nivell del nucli d'operacions, el que fa imprescindible un treball conjunt entre gestors i col·laboradors d'implicació mútua per assolir el major grau d'eficiència. Al cap i a la fi l'objectiu és comú i el vaixell és únic! (Mauri 1995).

L'anàlisi dels processos tant clínics com organitzatius, a partir de grups de treball és una de les majors innovacions assajades en els hospitals, seguint models de l'entorn industrial, a més d'establir formes de discussió formals i promoure la participació en programes formatius en nous instruments de qualitat i en els nous models de gestió (Fortuny 2001a) . Dissenyar un canvi organitzatiu amb un pensament estratègic és vital per evitar que els projectes de canvi siguin vistos com capricis tecnocràtics, sense més sentit que exaltar la vanitat d'alguns directius. S'ha d'aprofitar la sensibilitat i l'actual estat d'ànim dels professionals sanitaris dels centres hospitalaris per crear una nova visió de l'hospital a llarg termini, que incrementi tant la satisfacció professional, com la des clients i, l'eficiència global. Per avançar en aquesta perspectiva de canvi, resulta imprescindible experimentar, contractar, comparar i acceptar èxits i fracassos. Probablement resulti essencial garantir una avaluació rigorosa, objectiva i independent de totes les experiències en curs (Belenes 1999). Una

manera de modernitzar un centre hospitalari és importar models tecnològics i dissenys laborals i professionals procedents dels països líders més avançats en recerca i desenvolupament, contribuint a crear noves realitats organitzatives i socials. Així en la construcció d'una cultura professional no és suficient integrar noves idees, el que no es més que transferència tecnològica, científica i comercial, sinó que és necessari elaborar adopcions innovadores (Armand 2001).

Una organització funciona d'acord amb una sèrie de sistemes d'influència: autoritat, ideologia, coneixements tècnics, política. El poder polític en una organització (a diferència de l'Estat) no es concedeix d'una manera reglamentada, acceptada per tot el món i ratificada oficialment. El resultat és que normalment l'activitat política sol dividir i ser conflictiva, enfrontant als individus o als grups contra els sistemes d'influència legítims (autoritat, ideologia, coneixements tècnics) i, quan aquestes sistemes són febles, enfrontant als individus entre ells mateixos. A les organitzacions s'han detectat tretze tipus diferents de "jocs polítics" (Mintzberg 1999), els quals actuen com intricats i subtils, simultanis i sobreposats, però guiats per una sèrie de normes, explícites o no, clares o confuses, estables o canviants, però aquestes normes són les que defineixen el joc. La interacció entre la naturalesa de la medicina, la distribució del poder i la capacitat d'influència, els controls externs, les expectatives de les diverses professions implicades i, sobretot, la qüestió de la responsabilitat principal i l'autonomia clínica limiten les possibilitats de canvi (Esperalba 1999).

Són necessaris uns òrgans de govern que tinguin el poder suficient per a mantenir els polsos quan aquests es produeixin, donant ple sentit i força a la funció gerencial (Monrás 1994). Hi ha que desenvolupar una cultura de canvi basada en programes de TQM (Griffith 1998). En aquest temps de ràpids i freqüents canvis, les organitzacions que utilitzin eines per realitzar el canvi tindran una significativa avantatge (Galbraith et al 1995). Les persones adequades, els gestors, però també i sobretot els polítics, han d'explicar de manera oberta, planera i clara quin és la situació, quin és el futur i quin és el model que volen i per al qual cal el compromís dels professionals. Aquest compromís s'ha de fer per la via del consentiment i no per la imposició, almenys en la fase de canvi cultural.

En la nova organització clínics i gestors s'han de sentir corresponsables en l'obtenció de resultats positius. El clínic i el gestor han de tenir el convenciment que la nova empresa de l'època que ve no pot tenir pèrdues (Costa 1995). L'administrador o gerent tradicional ocupa una posició feble en les burocràcies professionals. Depèn, en gran part, de l'èxit que tingui com a mitjancer entre la seva organització i l'exterior, fonamentalment l'autoritat política que decideixi el seu finançament (Ortún 1995). Les crisis són elements de canvi i també és ben cert que si sabem convertir les amenaces en oportunitats, podrem, amb intel·ligència reconduir les situacions (Monrás 1995).

El paper d'un gerent dins d'una organització altament professionalitzada, amb el poder real centrat en els professionals, és el de convertir-se en una figura fonamentalment coordinadora, creadora d'estructures orgàniques poc formalitzades, que facilitin la interrelació fluida i no pauta dels professionals, facilitadora a la seva vegada, d'una estructura organitzativa que canalitzi els comportaments dels professionals dins d'unes pautes assumides majoritàriament per l'organització (Obeso 1989). El canvi és inevitable, possible i beneficiós (Monrás 1993). Els gestors sanitaris han de ser com l'aconseguidor i el seu protagonisme ha de ser zero al costat dels qui han d'ostentar-lo. Cal en una paraula, traspasar la iniciativa a on es troba a l'hospital que és al nivell dels professionals (Moreu 1991). La gestió de les organitzacions sanitàries ha de consistir més en el lideratge que en el control (Bonfill 2000), el primer executiu és responsable de la millora dels resultats, la satisfacció dels clients i de la innovació permanent (Katz et al 1996). Cal desenvolupar, doncs, un nou tipus de lideratge per preparar a les organitzacions als accelerats canvis del nou segle (Galbraith et al 1993). El directiu ha de deixar el seu segell personal en l'organització, marcant alhora la seva línia d'actuació (Mintzberg 1991).

La formació interna dels propis directius ha de tenir una alta prioritat (Kotter 2000). Existeix una diferent cultura de gestió entre els gestors i els professionals assistencials. Els Valors, les coses que són més importants que altres, són en molts casos antitètics. El grau d'acceptació de la cultura d'empresa està més present en els gestors. Cal una decisió col·lectiva d'implementar la direcció per valors contínuament a tota l'organització i a llarg termini (Blanchard et al 1997). La

cultura respecte als mecanismes d'influència sobre la pràctica professional és molt millor explicada des de la perspectiva centrada en les relacions professional/usuari i hi ha un cert rebuig de molts supostos empresarials (López et al 1997). El veritable lideratge és en el fons, un diàleg sobre els valors (García et al 1997). El líder ha d'unir la visió amb la realitat (Gilmore 1988). Una realitat en la que una empresa que no sàpiga imaginar el futur no hi estarà per gaudir-lo (Hamel et al 1995). L'equilibri i el sentit comú segueixen sent fonamentals per a un bon líder (Moss-Kanter 1999).

L'habilitat per navegar sobre aigües turbulentes és una qualitat cada vegada més important dels gerents d'avui (Masfurroll et al 1993). El nou heroi és l'innovador que combina el coneixement imaginatiu amb l'acció (Toffler 1990). En realitat, si un no s'equivoca és perquè no s'està esforçant suficientment (Bennis 1990). Si dirigir requereix d'idees, també necessita de l'habilitat per moure als demés amb elles. Un directiu ha d'escoltar les necessitats que expressen els que tenen que posar en pràctica l'estratègia i proporcionar a aquests la formació i els recursos necessaris per a la seva realització (Huete 1989). La direcció ha de fer front a la complexitat i el lideratge, per al contrari, te que fer front al canvi (Kotter 1991), llavors determinar l'orientació d'aquest canvi és fonamental. Enlloc de piràmides, les organitzacions postburocràtiques seran estructures construïdes a partir d'energia i idees, liderades per persones que gaudeixen amb la tasca que tenen davant seu, al temps que s'abracen unes a altres sense preocupar-se perquè deixen enrera els monuments (Bennis 2000). Entrem en un nou període de canvis: el gir des de l'organització basada en l'autoritat i el control, l'organització dividida en departament i divisions, a l'organització basada en la informació, l'organització dels especialistes del coneixement (Drucker 1988).

L'organització horitzontal està dissenyada per oferir a les organitzacions la forma estructural i l'enfocament organitzacional integrat que els li permeti lliurar el màxim valor afegit als clients (Hanson et al 1995). No hi ha dues estructures horitzontals que siguin exactament iguals, degut a que cadascuna es dissenya per produir una proposta de valor distintiva. Un organigrama no és una empresa (Davis et al 1991). Tanmateix, s'han descrit unes característiques comuns

de les estructures: a) Els grups dels processos centrals agrupen als col·laboradors d'acord amb el conjunt d'habilitats múltiples necessària per complir els objectius de desenvolupament basats en el procés i lliurar una proposta de valor (Mintzberg 1984). b) Els equips –i no els individus agrupats en ells– constitueixen les unitats fonamentals de l'organització i se'ls encoratja a autoadministrar-se (Costa 1996). c) Els titulars dels processos, ja siguin equips o individus, són responsables de dirigir i administrar els processos centrals complets, de principi a final (Davenport 1994). d) L'atenció s'enfoca en gran mesura vers l'exterior, més que vers l'interior, en el sentit de que cada departament tracta de complir els objectius de productivitat que s'ha assignat (Andreu et al 1996).

Formar als directius per a que puguin afrontar les noves situacions requereix, freqüentment, de tots els recursos pel desenvolupament que una empresa pot posar en pràctica (Champy 1996). La direcció i els seus suports tècnics han de formar equips d'alt rendiment (Katzenbach 1995) que experimentin i impulsin els canvis i les estratègies organitzacionals, donat que les decisions directives tenen impacte no sols en el resultat econòmic sinó en l'organitzatiu (intraestratègia i estratègia). Un pas important és mantenir una discussió permanent sobre les qüestions proposades, amb la finalitat d'anar construint valors i experiències compartides, desitjables en un enfoc de cultura organitzacional (Merkens 1998). Els veritables equips reuneixen gent que posseeix habilitats complementàries, compromesa amb un propòsit comú –no sols amb una assignació comú– i que té fites de desenvolupament específiques i mesurables, per les quals comparteixen la responsabilitat. Els equips en l'organització horitzontal també assumeixen veritables responsabilitats directives. Tanmateix, la jerarquia no s'elimina per complet, els grups dels processos estan sota les ordres dels titulars dels processos, que solen ser equips de líders, responsables de complir els objectius específics de desenvolupament de cada procés. I segueix havent-hi una jerarquia que també supervisa tota l'organització, al ser les capacitats humanes naturalment limitades (Ostroff et al 1993).

El resultat ha de ser una estructura d'equips més plana, encara que segueixi sent jeràrquica, la qual substitueix a les jerarquies verticals de l'administració

funcional tradicional (Ostroff 1999). Una distinció important que fan els teòrics de les organitzacions quan descriuen a l'organització horitzontal és que resulta més plana, però no és plana (Ostroff 2000). Doncs, existeixen menys nivells de jerarquia, però l'organització no serà pel complet plana. La utilització de sistemes de treball amb un alt grau de compromís, treballadors amb poder de decisió reunits en equips, la retroalimentació just a temps i pràctiques de capacitació multidimensionals, permeten que el disseny horitzontal creï un ambient de treball més humanitari i aporti un nou significat al mateix treball (Ostroff et al 1993). El poder ha d'expressar-se a través del coneixement i de l'experiència. En les estructures organitzatives s'han de construir cúpules i no piràmides (Tomasko 1996). La veritable avantatge resideix més que en la capacitat d'utilitzar el coneixement, en la capacitat d'aprendre i de generar nou coneixement (Andersen 1998). La gent s'esforça en comprometre's si disposa de llibertat i d'un entorn que ho permeti (Naisbitt et al 1986).

El problema que plantegen les reformes, impulsades des dels àmbits polítics i econòmics, orientades vers la recerca d'una organització sanitària més flexible, basada en elements de gestió empresarial, de competència, és la seva implantació. Qualsevol canvi ha d'anar acompanyat d'un canvi en la cultura de l'organització i això implica comprometre en ell actors amb diferents interessos (Temes et al 2000). La medicina és una professió que provoca una constant expansió del mercat i dels serveis mèdics. Els metges són un grup professional que han assolit una estreta fusió entre ciència, formació i pràctica, disposant d'una estratègia professional per assegurar-se quotes de mercat per a les seves ofertes, quasi un autèntic monopoli (Beck 1998). Des d'aquesta perspectiva, el desenvolupament de la gestió clínica, s'ha de convertir en un element essencial per a la millora de la gestió del sistema sanitari (Ortún 1995). I això es pot aconseguir mitjançant la participació real dels professionals en la gestió dels centres sanitaris i en la presa de decisions, assumint les seves pròpies responsabilitats, sense traslladar-les a altres instàncies i sense oblidar que qualsevol èxit és un èxit de l'organització a la que pertanyen (Fortuny 2001a).

L'hospital modern ha modificat els seus objectius, sent el responsable davant de la societat dels recursos que utilitza i de la qualitat del producte que ofereix. L'increment dels costos de l'atenció mèdica, l'aparició de noves malalties, l'envelliment de la població, els avenços tecnològic incessants i el compromís de satisfer a la població dins d'un marc dominat per la restricció pressupostària obliga a renovar els esquemes tradicionals (Moreu 1996) tant a nivell organitzatiu com de gestió. Avui en dia els hospitals contractats de la XHUP com a empreses de serveis (Clemente et al 1999) per centrar la seva actuació en el pacient, introdueixen els conceptes d'efectivitat, eficiència, gestió clínica, avaluació econòmica i pressupostos clínics. La reforma dels serveis sanitaris públics per a propiciar l'autonomia hospitalària i la gestió clínica per part dels professionals, sembla ser la mesura més adequada per respondre als canvis transcendents que ha experimentat l'exercici de la medicina en els darrers anys i assolir les millors cotes de qualitat i eficiència en la prestació de serveis (Otero 2000). Els metges, a més, representen el més elevat nivell científic de l'organització en la matèria i això és un factor determinant en les seves relacions amb els demés treballadors de l'hospital que, en molt casos, també són els seus "clients". És difícil, doncs, que un col·lectiu així accepti de bon grat les decisions sobre el seu treball provinents de persones que no tenen la seva formació o el seu desenvolupament professional (Temes et al 2000).

El terme gestió fa referència a l'ús dels recursos, mentre que clínica és l'activitat mèdica dedicada a l'atenció dels malalts. Així, es defineix gestió clínica com la utilització adequada dels recursos per a la millor atenció dels pacients (White 1997). Aquesta definició implica que els qui prenen dia a dia decisions clíniques comprometent recursos econòmics, ho facin en un marc d'autoritat delegada i pactada amb la gerència de l'hospital, i que assumeixen la responsabilitat de les seves pròpies decisions (Temes et al 2000). Els orígens de la gestió clínica es remunten a l'hospital Johns Hopkins de Baltimore (Heyssell et al 1984). A Europa, és a la Gran Bretanya on es produeix d'una manera progressiva la implantació de la participació dels metges en la presa de decisions econòmiques, a l'any 1983 l'informe Griffiths parlava de la necessitat de delegar la gestió als clínics, i a l'any 1989, l'informe Working for Patients

tractava de les mesures necessàries per la participació dels clínics en la gestió i en la presa de decisions dels seus propis serveis (White 2000).

La gestió clínica constitueix el paradigma de canvi més important per a l'hospital modern en molts anys i els seus efectes il·luminen el nou hospital del segle XXI. És una oportunitat (tal vegada una de les darreres) de reconciliar gestió i exercici professional clínic, i de trobar un nou marc comú que integri valors de la gestió i de la clínica (Belenes 1999). La gestió clínica esdevé la part que precisa ser més atesa dins l'organització i la que haurà d'inspirar, orientar i impulsar tot el conjunt de professionals, sigui quin sigui el seu nivell de responsabilitat (Monras et al 1991). La millor forma de que les consideracions financeres no interfereixin en les clíniques passa per renovar el contracte implícit que la societat té amb els seus metges exercitant – amb autoritat reconeguda i responsabilitat exigible – la llibertat clínica per assolir efectivitat i satisfacció a un cost social raonable. Passa per una pràctica científicament validada, relacional i humanament orientada a l'usuari, i amb el cost d'oportunitat social interioritzat (Ortun 1995).

No han d'haver-hi dificultats per admetre que qualsevol professional sanitari que realitza accions que afectin als pacients està també gestionant el producte clínic de l'empresa, està utilitzant el producte clínic de l'empresa, està utilitzant els recursos que té al seu abast d'una forma o d'una altra, i està aconseguint uns o altres resultats (Bonfill 1995). En un context social, l'eficiència significa aconseguir el millor per a la majoria dels malalts, no el millor per a un sol malalt (Ortun 1990). La situació global sembla decantar-se per l'aparició d'un estil de gestió nou, que abandoni els vicis de l'autoritarisme i de l'economicisme de curt abast. I és aquí quant es constata que sense la participació i la implicació dels professionals, no és possible avançar vers noves metes d'eficiència del sistema i de major satisfacció dels malalts i dels ciutadans. El punt de trobada hauria de ser trobar gestors preocupats realment per la millora de la qualitat i professionals que amb els adequats mecanismes de participació, s'impliquessin en l'objectiu comú de l'eficiència i la satisfacció del client (Barba et al 1997).

Han de dedicar-se recursos per introduir als professionals en el coneixement i maneig de les eines de mesura de resultats, estratègies de canvi, propostes de millora, etc. (Barba et al 1997) Involucrar i responsabilitzar als metges dels recursos que utilitzen en la seva activitat ha estat l'objectiu de gran nombre d'iniciatives de descentralització de la capacitat de decisió als metges (clinical management, resource management, clinical budgeting) (Cuervo 1996), en un marc més descentralitzat de la presa de decisions de gestió, fomentant les decisions col·lectives front a les individuals (Gonzalez 1993). Cal fer partícip al personal sanitari del fet que l'usuari del sistema públic és el conjunt de la societat i no tan sols un pacient tractat en el moment (López 1989).

S'ha d'acceptar la impossibilitat de millorar l'eficiència hospitalària sense involucrar als metges en aquest procés, reconeixent el paper fonamental de les decisions mèdiques en el consum dels recursos hospitalaris (Casas 1994), doncs els proveïdors de serveis assistencials gestionen una gran part del pressupost (Antoñanzas et al 1999). I per tant l'accent de la gestió hospitalària ha de desplaçar-se cap a la gestió clínica exercida pels propis professionals (Moreu 1993). S'ha de posar fi a l'absurda situació d'una assistència clínica en la que es prenen múltiples decisions sobre els pacients sense que els seus responsables directes i indirectes no coneguin ni justifiquin de manera sistemàtica les accions realitzades ni les conseqüències de les mateixes, tant en termes de salut com d'economia (Bonfill 2000). Les persones que treballen més a prop del problema, són les que millor saben com resoldre'l (Al Gore 1994).

El problema de la innovació organitzativa en centres sanitaris passa per mesurar productes intermedis –sistemes d'ajustament de resultats per risc- per instaurar mecanismes de competició entre centres, de moment, i continuar fent descentralitzacions ulteriors que permetin associar cada vegada més estretament la capacitat decisòria amb la disponibilitat d'informació i els incentius per fer-ne un bon ús de tots dos (Ortun 1995). Quan els anglesos es van plantejar hospitals autogestionats els van anomenar trust, confiança, i aquesta confiança sols pot donar-se a les organitzacions sanitàries quan es comparteixen valors (Moreu 1998). Assumir la capacitat de decisió del metge en

l'empresa hospitalària suposa elaborar estratègies de corresponsabilització dels clínics en la marxa de la compte de resultats del centre (Carretero 1996). Preparar-se per competir a nivell de l'empresarialització hospitalària (mesogestió) i en el camp de la gestió clínica (microgestió), són les claus de la reinvençió, que es tradueixen en una mutació del model de l'hospital convencional vers a l'hospital reinventat (Moreu 1996) Cal escoltar el que la gent vol realment i donar-los-hi (Handy 1995). Abans de parlar als altres, cal saber com són, com s'és percebut per ells i, el que ells esperen (Fayn 1989). L'empowerment comporta l'alliberació del poder que la gent ja té (Blanchard 1996). Els professionals i els gestors potser tenen llenguatge diferents, però diuen el mateix. Els identifica l'actitud: fer de les necessitats assistencials de la població el centre de la seva acció i adaptar-s'hi. (Nogueras 1995).

A Espanya és el Servei Basc de Salut (Osakidetza) el que inicià a l'any 1996 el desenvolupament de la gestió clínica en els hospitals de la xarxa pública basca (Osakidetza 1997) amb una experiència d'aplicació de la mateixa en cinc hospitals. Fins el moment actual només s'ha comunicat els resultats obtinguts en una unitat clínica (Sobradillo et al 2000). L'experiència més documentada realitzada a l'estat espanyol és la de l'Àrea del Cor del complex hospitalari Juan Canalejo d'A Coruña (Castro et al 2000) que es va iniciar a la primavera de l'any 1996. Dos anys més tard s'inicia l'experiència al Pius Hospital de Valls, concretament a l'Àrea Clínica Maternoinfantil (Clemente et al 1999). L'experiència comença a introduir-se en els hospitals del Servei Andalus de Salut (Otero 2000, Miño 2000 Heiniger 2000). Al territori gestionat per l'INSALUD, la llei d'habilitació de les noves formes de gestió (Ley 15/97) permet la creació d'aquestes unitats als nous hospitals posats en marxa sota la fórmula de fundacions privades: Alcorcón, Manacor, Calahorra i, el decret sobre noves formes de gestió de l'INSALUD (Real Decreto 29/2000), permet la seva aplicació voluntària en els seus propis hospitals de gestió tradicional estatutària.

A Catalunya existeixen dues experiències vigents, la de l'Hospital Clínic de Barcelona (Trilla et al 2000) que està introduint l'organització dels Instituts Clínics, en el projecte es va recollir la demanda interna d'autonomia, descentralització i

desenvolupament professional, especialment de l'estament mèdic (Asenjo 1996), i la ja esmentada del Pius Hospital de Valls, sent aquesta la primera que va finalitzar la seva implantació global, concretament en el mes de novembre de l'any 1999 (Fortuny et al 2001 a,b). Darrerament l'Institut Català de la Salut (ICS) ha anunciat la posta en marxa del projecte voluntari de Direcció Clínica en els hospitals de la seva xarxa (Fernández 2000). Malgrat les pressions sindicals, la tensió entre els grups professionals i les crítiques de desestructuració de l'organització dels serveis, la postura actual dels responsables sanitaris i dels propis gestors és impulsar aquests projectes de manera progressiva a tots els hospitals (Temes et al 2000). En realitat, els canvis que estan ocorrent en els hospitals sols acaben de començar i, és necessiten líders amb una nova visió a llarg termini, que vagi més enllà dels problemes immediats i gestors tant clínics com empresarials amb creativitat suficient per a revisar els actuals models de treball i d'acord a una visió de participació més activa (White 1997).

L'objectiu de promoure l'eficiència a nivell microeconòmic es refereix tant a la millora de l'estat de salut de la població i a la satisfacció dels usuaris com assolir millores organitzatives que suposin un augment de la productivitat dels recursos humans i tecnològics del sistema sanitari (Artells 1994). Les organitzacions sanitàries comencen a utilitzar tècniques de creativitat per millorar els seus resultats (Plisek 1997). La integració vertical pot millorar l'habilitat de l'empresa per diferenciar-se d'altres al ser capaç de generar un valor agregat superior sota una mateixa administració (Porter 1991). Les xarxes cooperatives, són la via més apropiada per desenvolupar atenció integrada (Lister 1996). La subcontractació consisteix en la segregació per part de l'empresa d'una part de la seva activitat i encarregar-la a una altra. Actualment, la subcontractació és ja usual en els hospitals. El contracte més freqüent és el de la restauració, seguit de la neteja, bugaderia, manteniment, la seguretat, etc. En el cas del laboratori creat pel Consorci Hospitalari de Catalunya i l'IMAS, hi ha una part de subcontractació i una altra d'acció cooperativa (Bohigas 1993). El contracte de gestió afecta substancialment al funcionament global de l'hospital (Belenes 1994). La competició ha estat reemplaçada per la cooperació (Mira et al 1998). Obliga a una importantíssima reconversió del sector per tractar de millorar les taxes

d'eficiència que només serà possible aconseguir amb la decidida participació dels professionals (Moreu 1996). No hi ha que aturar-se i hem d'acceptar que l'evolució és més intel·ligent que nosaltres mateixos (Davis et al 1991).

Fins la dècada dels vuitanta l'hospital havia aconseguit el curiós estatut ontològic d'un ésser, que sent incapaç d'autocontrolar-se ha estat capaç d'impedir que ningú el controli i el defineixi (Pérez 1982). Els hospitals estan realitzant una transformació vers a una cultura centrada en l'equip sanitari (Clemente et al 1997, Fortuny et al 2001), ciutadà-client, i gerenciada amb un disseny empresarial (Moreu 1996). En aquest context la figura del gerent com a líder del canvi, necessita implementar no sols polítiques de gestió, sinó que necessita recolzar-se en estratègies suplementàries per a que aquestes polítiques no trobin obstacles insalvables. El primer obstacle vindria definit per la dissociació entre la formació històrica centrada en l'activitat individual i no limitada per consideració de costos i, la cultura hospitalària que s'està obrint camí limitada per pressupostos tancats, centrada en la millora continua de productes sanitaris i realitzada per equips multidisciplinaris. L'equilibri entre la formació dels especialistes sanitaris i la cultura hospitalària moderna (Barba et al 1997) s'hauria d'assolir a través de la incorporació curricular d'aquests aspectes per a la provisió de llocs de treball.

Les autoritats sanitàries han de promoure la incorporació dels coneixements bàsics de qualitat assistencial i gestió clínica en la formació universitària dels futurs professionals, els esforços realitzats beneficiaran al principal protagonista del sistema sanitari: el ciutadà (Carrasco 2000). El segon obstacle vindria donat per la visió parcial i esbiaixada de les polítiques de canvi implementades per la gerència. Les actuacions econòmiques per equilibrar el compte d'explotació, les mesures d'outsourcing, els canvis organitzatius encaminats a simplificar les procediments assistencials i, finalment les actuacions sobre la plantilla només poden tenir èxit si s'acompanyen d'una política informativa intel·ligent, utilitzant vies participatives de tots els membres dels equips clínics multidisciplinaris, juntament amb una acció facilitadora per part de la gerència (Esperalba 1999). La legitimació continuada del sistema sanitari públic. En un context de pressions

financeres sobre l'estat del benestar, requereix preservar l'autonomia clínica, però, alhora, modificar la forma en què s'ha manifestat tradicionalment mitjançant la seva redistribució entre els diferents grups de metges (Harrison 1999).

Els equips sanitaris perceben freqüentment la figura i funcions del gerent de manera distorsionada, el que pot traduir-se en un pèrdua parcial de l'eficiència de la institució hospitalària que dirigeix. En un dels pols d'aquesta percepció negativa es troba la figura del metge. Aquest s'enfronta amb major o menor sorpresa a un món hospitalari, quasi sempre molt allunyat de l'ensenyament de pregrau i postgrau centrada en la relació metge-malalt (Wachter et al 1996). La cultura del món hospitalari, afegeix noves dimensions a aquesta relació i les forces motores que promouen aquestes noves dimensions són múltiples (Blumenthal et al 1993, Kassirer 1995). El nucli fonamental de les mateixes són: a) Els criteris d'accessibilitat, equitat i la gratuïtat de les prestacions sanitàries originades de les garanties constitucionals i dels drets dels malalts, (Llei 14/1986) b) els canvis sociològics dels països industrialitzats que han incorporat la paraula CLIENT (Alper 1997) a l'àmbit hospitalari per a indicar la capacitat de participació i d'elecció dels ciutadans, el que suposa redimensionar en positiu el concepte passiu de malalt i, acceptar a la vegada la competitivitat amb altres centres; c) una demanda creixent de recursos absorbits per la sanitat que ha obligat als metges a treballar no sols amb competència tècnica sinó també amb efectivitat i eficiència (Smith 1997); d) els pressupostos hospitalaris tancats, que requereixen una gestió empresarial dels centres (Latre 2000), el que comporta una millora permanent de la qualitat i per tant la fixació d'objectius mesurables i avaluable (Chassin et al 1996); e) el treball assistencial centrat en productes, el que ha obligat al metge a treballar simultàniament amb altres especialistes en igualtat de condicions, és a dir formant equips multidisciplinaris, el que ha comportat per un context la necessitat de substituir la paraula metge per la d'equip sanitari per altra la necessitat d'un lideratge basat en el consens (Carreras et al 1998, Clemente et al 1998, Farnós et al 2000).

Del que es pot deduir que la relació històrica metge-malalt s'està substituint per la relació equip sanitari-client (Esperalba 1999). Els metges sovint necessiten el

reconeixement de la seva posició superior a l'estatus per continuar un esforç cooperatiu amb altres grups professionals (Martin et al 1988), doncs el desig de reconeixement constitueix una part molt familiar de la personalitat humana (Fukuyama 1992). Quant major sigui la qualitat de la infermeria i del personal administratiu i directiu, major serà en principi el compromís del metge (Obeso 1992). La cultura històrica dels hospitals ofereix estructures basades en serveis tancats, assistència compartimentada i centrada exclusivament en la relació metge-malalt, treball individual i lideratge basat exclusivament en la jerarquia. Al que cal afegir-hi l'escassa formació dels professionals de la sanitat en el camp de la Gestió de Qualitat Total, el que comporta no sols la manca de percepció de la necessitat d'introduir canvis sinó una resistència a introduir modificacions que posi en perill la seva cultura històrica (Ware et al 1986). La funció dels gerents dintre d'aquest context és liderar la transformació de la cultura hospitalària tradicional a una cultura moderna empresarial basada en l'excel·lència (Guilera 1998, Fortuny 2001a,b). Caldrà modificar la missió dels hospitals i acceptar la competitivitat com un valor bàsic per la supervivència dels mateixos (Ware et al 1986). És necessari trobar un nou model organitzatiu que orienti l'estructura vers una organització basada en el producte (Mauri 1995). El gerent tindrà l'obligació de liderar el camí vers la nova definició de l'hospital assignada pels seus òrgans de govern (Bonfill 1993). Transformar l'obsoletisme actual basat en la compartimentació dels coneixements i les professions a organitzacions basades en les competències professionals i en els equips interprofessionals capaços de rendir comptes a la societat (Monras 1998).

Com ja s'ha esmentat anteriorment els hospitals contractats de la XHUP són organitzacions empresarials i com tal han de ser gestionades. No n'hi ha prou amb una perspectiva individual de l'execució del treball sinó que és fa imprescindible assolir que l'aportació individual de cada professional es converteixi mitjançant les diferents pràctiques de gestió en la millor contribució possible a la consecució de la missió de l'organització (Fernández-León et al 2000). Independentment dels diferents interessos dels diversos grups d'interès del sistema sanitari. La qualitat d'un hospital ha de tenir una més que estreta relació amb la missió, que constitueix el nucli de la seva activitat. Les

corporacions nord-americanes han realitzat canvis revolucionaris: descentralització de l'autoritat, aplanament de les jerarquies, concentració en la qualitat i apropament als clients (Osborne et al 1994).

En el segle XXI per sobreviure en un entorn extremadament turbulent, és imprescindible dotar l'organització d'una alta capacitat d'innovació, resposta i flexibilitat (Rosander 1994). És aquí on els criteris de Gestió de Qualitat Total ubicats en una organització vertical o taylorista no donen prou resposta, i apareix la necessitat de canviar el model d'organització per un model que permeti que les persones aportin la màxima innovació i que sigui totalment flexible per, d'aquesta manera, disposar de prou rapidesa per adaptar-se constantment a l'entorn i garantir la desitjada competitivitat (Keen 1997). La direcció per processos preveu les característiques esmentades (Davenport 1996). L'empresa s'ha d'organitzar sobre la base de les activitats o processos que s'hi realitzen (Hammer et al 1997), en comptes de fer-ho per l'organigrama funcional. D'aquesta manera s'aconsegueixen fluxos d'activitat el més curts possible, acords i sinèrgia general del conjunt dels col·laboradors (Costa 1996).

De tenir un enfocament funcional i conseqüentment parcial de l'organització, l'objectiu és tenir un enfocament integral de l'empresa (Pérez-fernández 1999). De fet, una empresa només canvia si canvia l'enfocament de les persones. Això, doncs, els processos el que busquen és harmonitzar les relacions entre les persones i activitats de l'organització mateixa, del necessari enfocament a clients, amb la següent innovació i capacitat de resposta (Lamarca et al 1997b). La direcció per processos, és un dels elements nuclears de l'estratègia de la Gestió de Qualitat Total. Etiquetada erròniament en el sector sanitari, com una novedosa, remunta els seus orígens als anys 1930-1950 en que sorgeix en els seus inicis com control de processos i es complementa posteriorment amb les modalitats de millora reactiva de processos anys 1960-1970 (millora continua) i millora proactiva anys 1980 (millora dràstica). A l'entorn sanitari, el terme procés pot constituir l'aglutinador de nombrosos conceptes, que al llarg dels darrers anys, s'han utilitzat. En aquest sentit, paraules tan utilitzades com protocols, guies de pràctica clínica, vies clíniques, cures estandarditzades,

circuits assistencials, diagrames matricials, mapes de processos, etc. tenen cabuda en el que genèricament s'anomena gestió i millora de processos.

En realitat, es pretén afavorir una gestió eficient, tant dels fluxos de treball identificats "a priori" a les organitzacions sanitàries, com aquells altres que s'adrecen per satisfer les necessitats fonamentals i les expectatives dels clients dels centres sanitaris (Arcelay 1999) mitjançant la posta sota control dels processos (Harrington 1991, Costa 1998, Cattan et al 1999, Roure et al 1997) assistencials i de suport. El que suposa la perfecta concatenació de les decisions, activitats i tasques dutes a terme per diferents professionals en un ordre lògic i seqüencial per a produir un resultat previsible i satisfactori (Lamarca et al 1997a); es dir, tots els subprocessos de gestió de pacients (programació, administració, alta, etc.), els subprocessos de diagnòstic i terapèutica clínica (protocols mèdics, cures estandarditzades d'infermeria, etc.) els subprocessos hotelers (alimentació, neteja, bugaderia, etc), els subprocessos relatius a la documentació clínica (confecció de la història clínica, informe d'alta, etc.) i inclòs altres de tipus administratiu com la facturació i d'altres, es concreten en una infinitat d'activitats i tasques que de la seva perfecta sincronització i coordinació, depèn l'eficiència del conjunt del procés i del seu resultat, en termes de satisfacció del client.

El perquè i quan redissenyar el nucli d'un procés depèn de si volem assolir una millora petita o incremental dels objectius de l'organització (Porter 1991). Així mateix, aquesta metodologia introdueix valuoses aportacions a la gestió de les organitzacions sanitàries (Portillo et al 1996) al contribuir a la multidisciplinarietat i al treball en equip, que inclou la delegació de responsabilitats al mateix, facultant als seus membres (empowerment) per que siguin assumides amb total autonomia (Blanchard et al 1996), el que comporta canvis en tots els nivells de l'organització hospitalària: el rol dels professionals i la relació entre les professions, l'organització dels serveis i relació entre les especialitats i entre les unitats i el conjunt de l'hospital, és a dir el propi rol de l'hospital en el sistema d'assistència (Rodríguez 1997). En serveis, on la capacitat de reacció ho és tot, hi ha que enderrocar les parets dels departaments funcionals per a evitar que siguin

compartiments estancs i hi ha que lluitar, insistentment, per a que tots els processos administratius i de gestió tinguin una orientació al client (Huete 1994).

A l'àmbit sanitari les activitats són molt complexes, sotmeses freqüentment a una gran variabilitat i regides per persones amb una sofisticada formació i de les quals depèn l'adopció de les diferents decisions que condicionen el transcórrer de cada procés. A més a més, l'organització tradicional dels centres sanitaris públics es situa en compartiments funcionals estancs, el que dificulta la necessària fluïdesa de les activitats que conformen el conjunt del procés i afegeix dificultats a la necessària coordinació i eficiència que es requereix (Heygate 1998). És per això, que la utilització eficaç de la gestió per processos, ha de coincidir amb la implantació de nous models organitzatius que facilitin el seu desenvolupament (Arcelay 1999, Fortuny et al 2001a,b). Entre aquests ocupa un lloc preliminar la gestió clínica, com àmbit de gestió que aporta tots els ingredients assenyalats: treball en equip, autonomia de gestió, orientació al client i responsabilitat sobre els resultats (Ranney 1996).

Aquest escenari complex però enormement estimulants justifica la utilització de la gestió i millora dels processos com una valuosa oportunitat, per remoure la cultura i l'estructura clàssica dels centres hospitalaris de la xarxa pública. De l'extensa consulta bibliogràfica a la que s'ha tingut accés, no s'ha pogut trobar cap experiència hospitalària que a nivell global de tota l'organització, en la que es transformés una organització per poder dirigir per processos utilitzant la gestió clínica, excepte la realitzada en el Pius Hospital de Valls (Fortuny et al 2001a,b). Només s'han comunicat experiències parcials, a nivells d'unitats, àrees o instituts clínics (Monràs 1994, Monràs 1997, Altamore et al 1999, Otero 2000, Miño et al 2000, Castro et al 2000, García et al 2000, Trilla et al 2000, Grau et al 2000, Moracho 2000), en el que no s'ha realitzat la integració global de les metodologies ressenyades. Aquest escenari futur no constitueix un privilegi reservat a l'elit de la gestió, sinó que és una exigència professional, social i fins i tot ètica de les noves organitzacions sanitàries (Arcelay 1999).

A l'igual que en altres empreses de serveis, l'assistència sanitària es caracteritza per una peculiaritat, i és que, en molts casos, el servei es produeix i es consumeix al mateix temps i la seva avaluació sols proporciona informació per millorar processos posteriors. La metodologia de gestió de processos aporta les eines per dissenyar el procés d'acord amb l'entorn i els recursos disponibles, normalitzant l'actuació i la transferència d'informació de tot l'equip que participa en el mateix (metges, infermeres, personal no assistencial), garantint eficiència, efectivitat i qualitat del servei. Al mateix temps, permet introduir de forma dinàmica a l'experiència d'altres clínics, integrant en el context de la gestió assistencial, experiència, coneixements, habilitats i el més important, sentit comú (Lorenzo 1999).

D'aquesta manera es pretén disminuir en la mesura del possible la variabilitat de la pràctica clínica, evitant que es produeixin diferències a l'establir una indicació mèdica o quirúrgica, en l'oportunitat de la mateixa, en tot el procés subsegüent, o en les diferents formes d'emprendre un mateix problema. Com cada producte o servei és el resultat d'un procés, la manera de millorar la qualitat és millorar el procés. És imprescindible el treball en equip de forma multidisciplinària, introduint la millora continua a la pràctica clínica, potenciant l'aprenentatge mutu amb l'aplicació del cicle PDCA (Prat et al 1997).

L'objectiu de la direcció per processos en el sector sanitari es oferir una atenció satisfactòria en els centres sanitaris (Sánchez et al 1999). Hi han diferents metodologies amb un únic objectiu, millorar l'atenció sanitària i evitar la variabilitat en l'atenció oferta (Berwick 1993, Marqués 1998). Malgrat les dificultats, aquesta corrent es va estenent a tots els nivells assistencials (Carbonell et al 1999, Daniel et al 1999) integrant a tots els estaments (Clemente 1999, González 1999) de les institucions sanitàries, tant en organitzacions amb sistemes de gestió tradicional, com en altres amb nous models de gestió (Guerrero 1998, Alcalde 1999, Estévez 1999). A l'estat espanyol s'ha iniciat la comunicació de les experiències de la gestió per processos, tant a l'àmbit de l'atenció primària (Carbonell et al 1999, Daniel et al 1999), atenció especialitzada (Ferro et al 1997, Clemente et al 1998, Alcalde 1999, Fojón et al 1999, Galí et al 1999, González 1999), en àrees administratives (Altamore et al 1999), de gestió i àrees

clínicas (Monrás 1994, Osakidetza 1996, Portillo et al 1996, Monrás et al 1997, Clemente et al 1998, Noguera et al 1998, Díaz et al 1999, Sánchez et al 1999, Fortuny et al 2001 a b), de forma aïllada o integrant diferents nivells assistencials. A la llum dels resultats publicats, sembla que la gestió de processos en el sector sanitari espanyol està aproximant la millora de la qualitat a la pràctica clínica diària.

Malgrat a les diferències en quant a models de gestió, tradició, estratègia i recursos assistencials que condicionen formar de treball diferent, les experiència d'equip multidisciplinaris d'ubicació geogràfica diferent, mostren un objectiu semblant: assolir que l'atenció sanitària es realitzi de la manera més eficient possible, basant-se en l'evidència científica (Lorenzo et al 2000) i tenint en compte la perspectiva de tots els clients. Una innovació en la mesura dels resultats en la gestió per processos és la introducció d'un sistema de costos basat en activitats ABC (Activity Based Costing). Aquest sistema permet identificar les activitats que suposen consums de recursos i el valor que afegeixen al producte (Lorenzo et al 1998). Al mateix temps, l'ABC és capaç de constituir un suport de desenvolupament teòric per l'estudi i racionalització d'activitats que potencialment poden coexistir amb les actuals o eliminar-les, juntament amb les noves eines de gestió, com el Balanced Scorecard aplicat en quadres de comandament integral (Alvarez 1998), i els Indicadors d'Excel·lència (Heras 2000, Heras 2001). Ambdues constitueixen la base més potent actualment per a la presa de decisions empresarials.

L'objectiu de l'assistència sanitària és proveir als pacients/clientes, en el nivell assistencial més adequat i de la forma més eficient possible, d'aquells serveis que millor preservin o restaurin el seu estat de salut. Per evitar, o almenys reduir, la variabilitat de pràctica clínica innecessària els metges s'han motivat per una millor gestió dels processos assistencials, el que ha donat lloc a l'anomenada medicina basada en l'evidència (Lorenzo et al 2000). La pràctica clínica pot definir-se com el procés d'actuació mèdica en relació amb l'atenció de la salut del pacient (Gómez 1998). Les variacions de la pràctica clínica constitueixen un fenomen àmpliament estudiat, (Berwick 1993, Peiró et al 1998, Marión et al 1998), definit com aquelles diferències en el procés assistencial i/o en el resultat de l'atenció d'un problema clínic concret, entre diversos proveïdors o en un de sol, una vegada controlats els factors demogràfics, socioculturals i d'estat de salut. L'anàlisi de la variabilitat en la pràctica mèdica ha acabat amb la creença que els metges i altres professionals sanitaris, realitzen de forma homogènia actuacions preventives, diagnòstiques o terapèutiques,

inequívocament adequades davant de cada problema de salut. Dins del marc de la Gestió de Qualitat Total, la gestió dels processos orientats als clients, constitueix una de les peces claus pel funcionament d'una organització sanitària excel·lent, amb la màxima eficàcia i eficiència (Berwick 1989). La seva aplicació en el medi sanitari té per objectiu disminuir en la mesura del possible la variabilitat de la pràctica clínica, limitant les diferències establint indicacions mèdiques o quirúrgiques en tot el procés assistencial (Marión et al 1998).

La pràctica clínica és el procés d'actuació mèdica en relació amb l'atenció de salut del pacient (Gómez 1998). Els seus components són la informació clínica, la manera de transmetre-la, els raonaments, els judicis i les decisions dels metges, els procediments que utilitzen i les intervencions que apliquen (Guyatt 1996). S'ha comprovat en multitud d'estudis que no es tracta d'un fenomen exacte i reproducible, els mecanismes de presa de decisions són difícils de comprendre, existeix alta variabilitat inter i intrametges respecte a les observacions, raonaments, intervencions i estils de pràctica del que se'n deriva un alt grau d'incertesa en els resultats de la pràctica clínica (Marión et al 1998).

Constitueix, per tant, un problema inherent a l'exercici professional i posa en evidència la realitat de l'aplicació de diferents criteris tècnics i/o científics en l'atenció d'un mateix problema (Marqués et al 1998), es a dir, reflexa l'estil de pràctica. Un objectiu de l'assistència de qualitat és, precisament, evitar part de la variabilitat, sobretot la que no es relaciona ni amb la prevalença ni amb les preferències del pacient. Per evitar-ho, en qualsevol procés clínic hauria d'assegurar-se el seu desenvolupament estandarditzat, la seva efectivitat, l'ús eficient dels recursos utilitzats (Aranaz 1994). Tot això tindria com a conseqüència un bon clima de relació, la satisfacció del pacient i dels professionals amb les atencions ofertes. Una manera d'averiguar si s'assoleixen aquests objectius és descrivint el procés de forma multidisciplinària i establint criteris, indicadors i estàndards de qualitat de tot el procés assistencial, i procedir a la seva posterior monitorització (Lorenzo et al 1999). Molts hospitals han introduït programes educatius per influir sobre els patrons de pràctica mèdica (Riesgo 1993). Un camí que permet passar d'una gestió basada en l'obediència a una gestió basada en l'evidència (Colomer 2001).

Les pràctiques clíniques constitueixen el sistema nerviós central del sistema sanitari, la major part dels recursos són assignats pel metge i no hi ha eficiència sense efectivitat. Els líders clínics desenvolupen un paper central en la millora de la gestió, perquè d'ells depèn en gran part el desenvolupament, difusió, implantació i abandonament de les pràctiques clíniques (Ortún 1994). Les vies clíniques o mapes d'assistència són instruments per a planificar i coordinar la seqüència de procediments mèdics, d'infermeria i administratius (tests diagnòstics, medicació, consultes, educació, planificació de l'alta, etc.) necessaris per assolir la màxima eficiència en el procés assistencial (Carrasco et al 2001). El seu caràcter d'instrument organitzatiu i multidisciplinari permet l'estandardització de les atencions per a un grup de pacients amb una mateixa patologia i un curs clínic previsible (Campbell et al 1998). El seu format habitual és el d'una matriu de tasques-temps (Lamarca et al 1998), tipus diagrama de Gantt, on les columnes contenen les divisions per dies i hores i a les files s'identifiquen els principals components de l'atenció sanitària (Coffe 1995, Luttman et al 1995).

El seu origen es remunta als anys cinquanta quan la indústria nord-americana les desenvolupà com eines per coordinar a tots els participants en projectes complexos, identificant la seqüència de les accions claus o "critical path" (vies crítiques) per a dur-les a terme en el temps i amb els resultats requerits (Ethridge et al 1989). En les dos dècades següents foren utilitzades en projectes tan diversos com la construcció naval o la enginyeria civil. Les vies clíniques es van utilitzar per primera vegada a la sanitat durant els anys vuitanta quan en els EE.UU. es va generalitzar els mètodes de pagament prospectiu que obligaven a millorar l'eficiència i reduir els costos de l'assistència sanitària (Coffe 1995). Les primeres vies foren desenvolupades per infermeres com plans de cures per millorar l'atenció d'infermeria (Seller et al 1989, Armand 2001), però la seva evolució posterior les ha convertit en instruments multidisciplinaris que integren el conjunt d'activitats de tots els professionals que intervenen en l'atenció sanitària (Griffin 1994).

La ràpida disseminació de les vies clíniques en el EE.UU. fou deguda a les característiques intrínseques del sector sanitari en aquest país, a l'alta competitivitat del seu mercat sanitari i a la creixent evidència de la variabilitat clínica no desitjable en la pràctica assistencial. Aquests factors justifiquen que

des dels anys noranta més del 60% dels hospitals utilitzen les vies clíniques pels seus processos més freqüents. A Espanya, l'interès per les vies clíniques apareix en els darrers deu anys (Portillo et al 1996, Ferro et al 1997, Clemente et al 1998, Lamarca et al 1998) com resposta a l'evolució del sistema sanitari que obliga a optimitzar l'eficiència dels centres contractats per assegurar la seva sostenibilitat.

La principal dificultat per desenvolupar vies clíniques és l'absència d'una metodologia rigorosa i reproduïble. La literatura en llengües espanyoles és quasi inexistent, mentre que en anglès, la majoria dels articles aporten més consideracions teòriques que fonaments pràctics pel disseny i implementació d'aquests instruments. La disparitat afecta fins i tot al terme amb el que s'anomena a aquesta eina (mapes de cures, guies pràctiques, protocols d'atenció, etc.). Les vies clíniques concretament són mapes assistencials que s'apliquen a pacients amb una determinada patologia i que presenten un curs clínic predecible. La seva validesa és local ja que sols serveixen per a un escenari clínic concret i fora de la institució on es van dissenyar, el seu contingut pot no ser aplicable. La via clínica és una eina que facilita l'atenció sistemàtica i multidisciplinària dels pacients, sense reemplaçar el judici clínic del professional (García et al 1999).

Segons, l'Institute of Medicine dels Estats Units d'Amèrica (Field et al 1990), les guies de pràctica clínica són, en canvi, un conjunt de recomanacions dissenyades per ajudar a professionals o pacients en la selecció de les millors opcions diagnòstiques i terapèutiques per a una condició clínica específica (Lomas et al 1989, Grimshaw et al 1993, Farfield et al 1996, Goldfarb 1999). En general són elaborades per les societats científiques o governamentals pel que la seva validesa i aplicabilitat pot ser nacional i fins i tot internacionals. Els protocols són plans precisos i detallats per l'estudi d'un problema biomèdic o pel tractament d'una determinada malaltia (Jovell et al 1995). La seva principal diferència amb les guies de pràctica clínica radica en que comporten l'obligatorietat de seguir els principis que regeixen una activitat i han de ser aplicats per tots els professionals a tots els pacients sense exclusions. Les guies clíniques basades en l'evidència (Jovell 1999) ofereixen grans oportunitats per a la millora de la

qualitat dels clínics (al poder millorar la seva actuació a partir de l'estandardització), als investigadors (que poden adreçar els seus esforços al perfeccionament de la investigació metodològica, actualment dispersa i inconsistent), als gestors (que poden promoure un clima de diàleg amb els clínics) i, als clients dels serveis sanitaris, que com a veritables protagonistes podran participar en la planificació de les seves atencions, dotant de valor afegit l'actual assistència sanitària (Clemente et al 1998).

A l'actualitat, el concepte de millora continua s'aproxima a la clínica, per assolir que l'atenció es doni de la forma més efectiva i eficient possible per aconseguir els nivells més alts de qualitat amb els recursos disponibles (Arcelay 2000). Per aquesta raó, és necessari basar-se en l'evidència científica (Peiró et al 1998, Lorenzo et al 2000) i en la perspectiva de tots els clients (Ford et al 1997). Les organitzacions sanitàries han de procurar satisfer no sols les necessitats tècniques: eficàcia, efectivitat, adequació (Marión et al 1998), sinó també altres aspectes relatius a la qualitat percebuda com: seguretat, fiabilitat, accessibilitat, capacitat de resposta o empatia (Mira et al 1997). La primera prova aparent d'avaluació de la qualitat data aproximadament del 3000 a. JC. Els dibuixos trobats en les parets de les piràmides egípcies mostren el procés de construcció i el sistema d'avaluació i inspecció utilitzats per construir-les. La piràmide de Gizeh és un clar exemple de gestió d'un procés, en el que tots els blocs utilitzats són exactament iguals. Hammurabi (2000 a. JC) promulgà a Babilònia el codi que regula l'atenció mèdica, en el que incloïa les multes que s'imposarien quan es produïssin mals resultats. D'aquesta època data el papirus d'Edwin Smith en el que es troben els primers estàndards de pràctica mèdica (Lorenzo 1999).

En el segle XIX, cal destacar la tasca desenvolupada per Florence Nightingale per millorar les cures que s'oferien als soldats britànics durant la guerra de Crimea (Nightingale 1992). I al començament del segle XX, els estudis d'efectivitat de les intervencions quirúrgiques d'E. Codman (Codman 1914). La Fundació Carnegie preocupada per reduït la variabilitat en els programes de formació de les facultats de Medicina (Flexner 1910), junt amb les recomanacions de Lee i Jones (Lee et al 1993) i les aportacions essencials d'A. Donabedian a l'any 1966, quan sistematitzà l'avaluació de la qualitat assistencial a l'anàlisi de l'estructura, el

procés i els resultats, marcant l'evolució conceptual i metodològica de la gestió de la qualitat en el sector sanitari (Donabedian 1966). Fins arribar als treballs de la millora contínua del grup d'en Berwick que incorpora els principis de la Qualitat Total en les serveis sanitaris (Berwick et al 1990).

La Qualitat Total ha evolucionat des de l'origen del concepte (Feigenbaum 1961), la variabilitat dels processos i la introducció de l'estadística (Shewhart 1931), els 14 punts de la gestió de la millora de la qualitat (Deming 1989), teoria Z (Ouchi 1981), cercles de qualitat i implicació dels col·laboradors (Ishikawa 1994), zero defectes i els costos de la qualitat (Crosby 1987), la mundialment reconeguda trilogia de la qualitat: planificació, control i millora de la qualitat (Juran 1993), fins al programa de millora Six Sigma de Motorola (Tort-Martorell 2000b). L'abordatge de la qualitat de l'atenció a les organitzacions sanitàries ha experimentat en el transcurs dels darrers anys variacions importants (Suñol et al 1997), no sols en els aspectes metodològics sinó en les conceptuals (Mira et al 1998). Han evolucionat des de les mesures de resultat final i l'acreditació de l'estructura (Bohigas 1996) fins a les recents incorporacions dels mètodes preconitzats per la teoria de la Gestió de Qualitat Total (Avellana et al 1994b, Grima et al 1995, Varo 1995). La qual suggereix que aconseguir un alt nivell de qualitat dels serveis és una qüestió d'actituds més que de mètodes. Per tant per a millorar hi ha que estar disposat a canviar (Cottle 1991). La millora sempre implica canvis (Avellana et al 1994a) i una recerca constant del que cal fer d'una manera diferent (Marquet et al 1994, Suñol 1999). La TQM s'ha d'introduir gradualment i no en bloc, per això, l'empresa ha d'identificar alguns projectes importants per començar i demostrar que la TQM funciona adequadament (Price et al 1994).

En el sector sanitari, durant la dècada dels noranta s'ha produït un ràpid desenvolupament de tècniques d'avaluació (Avellana et al 1994a) i millora contínua de la qualitat (Avellana et al 1994b, Bañeres 2000). Diferents raons han afavorit aquest interès. Per un costat, el compromís ètic de cercar el millor per al pacient, assegurant l'efectivitat (Mira et al 1996). Per un altre, raons de mena organitzativa com la desaparició de la beneficència i la consideració de les organitzacions sanitàries com xarxes d'empreses de serveis, junt a la necessitat de contenir la

creixent despesa en sanitat. El concepte actual de qualitat ha evolucionat fins convertir-se en una forma de gestió que introdueix el concepte de millora contínua en qualsevol organització i a tots els nivells de la mateixa (Lorenzo et al 2000). La qualitat s'incorpora en el sector serveis, i es defineix com la diferència entre el que el client espera/desitja i el que percep. La veu del client s'incorpora com a mètode per a determinar el nivell d'excel·lència assolit. Aquesta nova visió, propiciada pel grup de Parasuraman, en el model SERVQUAL (Zeithmal et al 1993) ha tingut aplicacions en el camp sanitari (Ibern 1992, Aguirre et al 1996, Mira et al 1996, Moliner et al 1996, Mira et al 1997a,b, Scardina 1997) i l'adaptació SERVQHOS ha iniciat el seu desenvolupament en el món sanitari espanyol (Mira et al 1998).

Diferents autors destaquen el valor del contingut del propi treball i de la participació en el presa de decisions com factor de motivació i satisfacció i alhora defensem la necessitat d'un canvi profund en les estructures jeràrquiques burocratitzades de les organitzacions (Galbraith et al 1993, Peters 1995, Heskett et al 1993, Ostroff 2000). Es destaca, la qualitat en el servei al client intern (Albrecht 1990), com pas imprescindible per assolir nivells alts de qualitat en el servei al client extern. I per tant cal realitzar la inversió de la piràmide organitzativa i posar tota l'organització al servei del client extern (Carlzon 1991). Doncs, el treball de qualitat no significa qualitat de servei (Maister 1993). Els dubtes sorgits en el camp sanitari sobre l'aplicabilitat de les teories de la Gestió de Qualitat Total han estat contrarestades per les dades de dos grups de recerca (Godfrey et al 1993, McLaughlin et al 1997). Els estudis publicats fins ara sobre els resultats de la implementació de la millora contínua de la qualitat a nivell sanitari (Barlett et al 1997, Brook 1997, Yasin et al) a l'igual que en qualsevol altre organització, conclouen que ha de ser liderada per la direcció i s'han de proporcionar les eines necessàries perquè tots els professionals dels centres, puguin estar capacitats per a portar a la pràctica els aspectes relacionats amb la millora.

Les anàlisis dels processos amb la finalitat d'assolir la millora dels serveis oferts ha de tenir com objectiu la satisfacció dels clients externs, sadollant les seves expectatives, però també, les del client intern (Humet 1999) Així, alguns autors afirmen que no es poden satisfer les necessitats dels clients externs sinó

s'assoleixen les de l'intern (Albrecht 1990). Ara bé, no podem oblidar, la importància de l'eficiència econòmica, i s'ha demostrat que els costos d'implementar programa de qualitat, són molt inferiors als estalvis que proporcionen (Godfrey et al 1993). Per tant, l'objectiu ha de ser assolir els zero defectes, fent les coses bé a la primera (Crosby 1987) i que per a millorar cal estar disposat a canviar (Cottle 1991). L'oportunitat de traduir de manera efectiva les decisions estratègiques en operacions millorarà la capacitat de funcionar dels centres hospitalaris. Les oportunitats de col·laboració estable públic/privat i el moviment per a la millora continua de la qualitat, constitueixen reptes i oportunitats de gestió significatives en el sector públic (Kaluzny et al 1995). El més important és reconèixer que per assolir millores de la qualitat és necessari conèixer les necessitats i expectatives dels pacients i saber convertir-les en requisits i en objectius assistencials (Mira et al 2000). Es tracta, en definitiva, de reorientar els processos incorporant el punt de vista dels clients (Fortuny et al 2001 a,b).

L'Atenció al Client hi ha que sentir-la i comprendre-la (Elias 1994). Conèixer el nom del metge o de la infermera, la informació comprensible, l'organització horària, rebre un tracte correcte o unes instal·lacions dignes, fan que l'estada del pacient sigui més agradable i aconseguen que el seu nivell de satisfacció amb les cures rebudes millori (Mira et al 2000). El treball de tot el personal de l'equip implicat serà qui ho assolirà, sense fer més que treballar en equip amb sentit comú (Lorenzo 1999) La millora continua és la única forma d'avançar i, per tant, només s'aconsegueix si les persones estan involucrades amb la institució i amb els problemes. La millora d'un hospital és fruit dels esforços coordinats de tots els actors i qui ha de tenir-ho clar és l'equip de direcció, que ho ha de saber transmetre a la resta de l'organització, aplicant amb mesura totes les eines de gestió al seu abast (Triquell 1993).

Per aconseguir les millores més efectives, la direcció hauria d'assegurar-se de que en els principis operatius de l'organització hagi arrelat el coneixement de que la qualitat i els costos són complementaris, i no objectius en conflicte (Campanella 2000). La qualitat i l'eficiència econòmica són termes sinònims. Es recomana, tanmateix, emprar el primer terme ja que origina menys anticossos

(Ortún 1999). La formació i la cultura dels metges ha d'adaptar-se a la millora permanent de la qualitat (Marín 1995).

El primer programa de control de qualitat hospitalària a l'estat espanyol, es va desenvolupar a l'hospital de Sant Pau (Net et al 1986, Suñol 1991), posteriorment s'han comunicat altres experiències (Pérez et al 1991). Durant anys s'han aplicat metodologies de control de qualitat (Delgado et al 1990, Delgado et al 1991, Delgado et al 1996). Darrerament s'han comunicat experiències internacionals d'aplicació de les normes ISO 9000 a nivell hospitalari (Klazinga 1996, Shyre 1996). És a l'atenció primària on s'han desenvolupat més amplament els programes de millora continua de la qualitat (Avellana et al 1994a,b, Marquet et al 1994, Ardevol 1998). En canvi, a nivell de l'atenció hospitalària, no s'han comunicat gaires experiències de la seva aplicació (Triquell 1993, Zavala et al 2000, Fortuny et al 2001a,b, Simón et al 2001), a diferència dels Estats Units (Batalden 1994, Brook 1997).

La frase “de la gestió a la qualitat a la qualitat de la gestió” (Roure et al 2000) pretén expressar la necessitat d'anar més enllà de la gestió de la qualitat, assumint que l'adopció i implantació de pràctiques excel·lents de gestió és la millor garantia de l'eficàcia de les organitzacions o el que és el mateix, de la seva qualitat (Fernandez-Leon et al 2000). En aquesta recerca de la qualitat de la gestió, han sorgit en diferents àrees geogràfiques els models de gestió d'excel·lència. El Model de la Fundació Europea per a la Gestió de Qualitat (European Foundation for Quality Management 1999) va nèixer amb finançament de la Unió Europea a l'any 1991 per introduir la Gestió de Qualitat Total a l'entorn europeu, de forma similar a d'altres models, entre els que destaquen: el pioner de la fundació JUSE (Japó, 1950), el Malcolm Baldrige National Quality Award Model (EEUU, 1987), el premi Austràlia a la Qualitat (1991) o el recent Model Iberoamericà (Lorenzo 2000). Malgrat les indubtables semblances que presenten, els diferents models sorgeixen com a resposta a objectius diferents: l'EFQM pretén assolir la millora de les organitzacions, mentre que el Malcon Baldrige el seu primer objectiu és la millora de productes i serveis. Tots els models comparteixen varies característiques: a) es basen en la filosofia de la qualitat total, b) presenten interrelació entre els criteris que els constitueixen, c) introdueixen un sistema

d'avaluació, d) emfatitzen que el resultat final és assolir una organització més efectiva i eficient, que s'ajusti a les necessitats dels clients i de la comunitat, e) donen especial atenció a la mesura de la millora de l'efectivitat així com els processos que hi contribueixen i, f) tant els models com cadascun dels criteris serveixen com a marc de millora, encara que han de ser adaptats a cada organització, al tractar-se de criteris relativament oberts i no prescriptius (Lorenzo 2000).

El principi fonamental en que es basa el model EFQM és cercar l'Excel·lència empresarial (European Foundation for Quality Management 1999). L'important és la visió que tenen els membres d'una organització sobre la mateixa i la recerca permanent d'àrees de millora: introduint la filosofia de la millora continua. El model està estructurat en nou criteris, els agents indicant com ha d'actuar un centre hospitalari amb un sistema de gestió de qualitat total, mentre que els criteris resultants reflexen el que està assolint. El model s'utilitza per efectuar l'autoavaluació del sistema de gestió i, per tant les organitzacions que l'adopten avancen des de la gestió de la qualitat vers a una altra molt més avançada i coherent amb l'evolució de l'entorn, al que alguns autors anomenen qualitat de la gestió (Roure et al 2000).

La implantació del model varia com el propi model, en funció del medi en del que s'utilitza. Una de les seves principals avantatges és que es pot aplicar tant a una organització en el seu conjunt, com a qualsevol de les unitats que la constitueixen, encara que la publicació de resultats sobre experiència en aquests últim supòsit és escassa fins el moment present (Carreras et al 1998, Fortuny et al 1999, Fortuny 2001a) . El model facilita la introducció de les tècniques de Gestió de Qualitat Total, que no tenen altre objectiu que millorar els resultats amb respecte al rendiment de l'organització, als clients, a les persones i la societat, mitjançant un lideratge que dirigeixi i impulsi la política i l'estratègia, les persones de l'organització, les aliances i recursos i els processos (European Foundation for Quality Management 1999). Si l'organització sanitària, aplicant el model EFQM, és capaç de detectar àrees de millora, prioritzar-les, si aconsegueix aplicar metodologies, com el cicle de millora, de forma participativa, si aprofita

les oportunitats de millora que se li presentin, si és capaç de seleccionar els indicadors de resultat més significatius per monitoritzar les seves activitats i si s'involucra en recerca de mercat per poder ser capaç de satisfer als seus clients, tindrà l'oportunitat de convertir-se en líders del sector sanitari (Mira et al 1998).

El model EFQM constitueix una eina útil per avaluar la gestió de qualsevol organització, i possibilita orientar la seva gestió vers el client. En una enquesta realitzada a 519 empreses (Van der Wiele et al 1996) els enquestats destacaven la utilitat de l'avaluació, principalment gràcies a la informació obtinguda sobre: orientació vers la satisfacció del client, gestió de processos i resultats econòmics. El model però ha estat poc utilitzat en el sector sanitari (Arcelay et al 1998), probablement pel fet de no haver estat adaptat en aquest àmbit, per això és molt important la iniciativa d'Arcelay i cols. d'adaptació en el sector sanitari espanyol (Arcelay et al 2000). L'enfocament més complet d'Autoavaluació, és l'anomenat "per simulació de presentació al premi" i encara que es tracta d'un enfocament molt complet, és el que consumeix més temps i és massa ambiciós com primer intent d'Autoavaluació. La principal avantatge és que permet comparar-se amb els perfils de puntuació dels candidats al Premi Europeu de la Qualitat (Fortuny 2001b).

A L'any 1992, la xarxa d'hospitals d'Osakidetza va posar en marxa el Pla Integral de Qualitat (Osakidetza, 1992), intentant impulsar una millora de qualitat planificada i sistematitzada. A l'any 1995 començaran a treballar amb el Model Europeu EFQM que els hi va permetre donar un salt conceptual al considerar tota la gestió subjecte de millora, basada en els principis de la Gestió de Qualitat Total (Arcelay et al 1998). Es va dur a terme un procés de formació dels directius d'Osakidetza en el Model EFQM, seguit d'un exercici d'autoavaluació en cada centre amb la finalitat d'establir prioritats en les àrees de millora detectades. En aquesta primera Autoavaluació van finalitzar el programa el 85% dels centres involucrats. La puntuació mitjana fou de 259 punts. I es van detectar més de cinquanta àrees de millora en cada centre (Arcelay et al 1999). Les àrees de millora són impulsades des de l'organització central d'Osakidetza

(Sánchez et al 2000). A l'any 1998 s'integra aquest procés en el Pla Estratègic de la corporació, com una de les estratègies dels objectius generals del Pla. Aquesta implantació s'ha efectuat de forma sistemàtica seguint un procediment articulat des de la sotsdirecció de Qualitat amb el suport i assessoria de la Fundació Basca pel Foment de la Qualitat (EUSKALIT).

Els resultats més rellevants de l'aplicació del model són el compromís amb la qualitat dels equips directius i la visió integrada de totes les activitats de l'organització orientada a la millora continua. La tasca pendent més important és l'efectiva implantació del model en els nivells més operatius de l'organització a través de l'Autoavaluació en els serveis o unitats de gestió clínica, i, la implicació progressiva del personal en la gestió sistemàtica dels processos de l'organització. En el primer procés d'aprenentatge i autoavaluació, es va realitzar una enquesta entre els directius participants per determinar el seu nivell de satisfacció amb el mateix i el resultat va ser de 7,6 sobre 10, fet que corrobora la bona acceptació del model (Arcelay 1998). La formació, juntament amb el coneixement subministrat per l'experiència d'aplicació del model, possibilitarà posteriorment la definició d'estàndards específics sanitaris, que poden eventualment facilitar l'aplicació del model. Com totes les activitats noves, el procés d'autoavaluació en els centres sanitaris d'Osakidetza, van generar una resistència inicial, sobretot en el procés d'aprenentatge amb exemples del món industrial. Actualment hi ha una actitud entusiasta, amb un creixent nombre de professionals acreditats com avaluadors, la demanda progressiva de formació i assessoria sobre el model i l'existència de diverses organitzacions gestionant-se amb la idea d'una propera sol·licitud d'una avaluació externa per organismes acreditats. Els hospitals de Zumàrraga i de Bidasoa han assolit una puntuació superior als 400 avaluat per EUSKALIT (Moracho et al 2001, Recas 2001, Ugalde et al 2001).

Una crítica que es pot fer a aquesta activitat és que el nombre de persones directament implicades és reduït (directius i staff de direcció). La seva contrapartida és que s'ha garantit el lideratge de l'alta direcció en les activitats que condueixen a la millora continua a tota l'organització. Una estratègia que està clarament orientada al desplegament efectiu horitzontal del model és la

gestió dels processos (Altamore et al 1999, Moracho 1999, Moracho 2000) i la direcció per processos (Fortuny et al 2001). És realment a aquest nivell que es pot assegurar la participació de tots els col·laboradors en la millora permanent.

Actualment a l'entorn sanitari l'aplicació del Model EFQM, ja comença a ser una realitat i, la seva implantació en el sector sanitari encara que gradual, queda constatada en els originals que han anat apareixent en revistes del propi àmbit.

(IESE 1994, Duran 1995, Maiz 1996, Arcelay et al 1998, Carreras et al 1998, Duran et al 1998, Garrido et al 1998, Triquell 1998, Fortuny et al 1999, Ardevol et al 2000, Ballús 2000, Clemente et al 2000, Fernandez-Leon et al 2000, Lorenzo 2000, Lloria et al 2000, Moracho 2000, Ramón et al 2000, Ruiz et al 1999, Sánchez et al 2000, Fortuny 2001a, Moracho et al 2001). Així mateix, l'INSALUD va presentar a l'any 2000 el seu Pla de Qualitat Total (INSALUD 2000), una part important dels seus continguts estan alineats amb les exigències del model EFQM Excel·lència. Aquestes diferents experiències d'aplicació del Model dins de l'àmbit sanitari, amb diferents finalitats han servit i serveixen per mostrar l'aplicabilitat del model per assolir un major coneixement de l'organització i com base per a la posta en pràctica d'iniciatives encaminades a fomentar la millora continua.

Els professionals de la salut, gestors, clínics, proveïdors i propietaris estan immersos en una de les controvèrsies més complexes que el debat sobre els sistemes sanitaris aporta en l'actualitat (Jimenez et al 2000). D'una part la millora de l'assistència sense que els clínics perdin la seva responsabilitat i protagonisme i d'una altra, la millora de la qualitat assumint que els proveïdors de serveis tenen que satisfer les preferències i necessitats dels seus clients (McLaughlin et al 1997). L'aproximació d'aquestes dues perspectives implica un canvi important en la cultura i metodologia de les organitzacions sanitàries. El Model Europeu d'Excel·lència aconsegueix conjugar aquestes perspectives contraposades i fer-les complementàries. Aconsegueix que l'organització realitzi una avaluació de si mateixa i ho faci a través d'un enfocament que es centra en el client i es centra en la participació dels gestors i proveïdors de serveis (Moss et al 1998).

Dins del sector sanitari, els principis i la filosofia del Model EFQM estan emergint amb fluïdesa en la majoria dels països de la Comunitat Europea.

Encara que una anàlisi detallada mostri l'absència d'una direcció estratègica i suport reconegut de forma global a la Unió Europea, alguns governs com Portugal (Parente et al 1998), Holanda (Nabitz 1999), el País Basc (Arcelay et al 1998, Arcelay et al 1997, Sánchez et al 2000) a Espanya o el Regne Unit (British Quality Foundation 1996, Naylor 1999, Pitt 1999, Jakson 1998) ja estan, almenys sectorialment, recolzant el desenvolupament del Model EFQM a la sanitat. En altres casos l'activitat està quasi limitada a organitzacions pioneres que desproveïdes de suports governamentals cerquen enfortir-se associant-se amb altres organitzacions que també utilitzen el Model EFQM com enfoc de la Gestió de Qualitat Total (Möllers et al 1998). De qualsevol manera, és evident que el Model és percebut com una potent eina de gestió encara que la seva aplicació en el sector sanitari agrupi una problemàtica comú (Mira et al 1998): a) manca d'instruments apropiats per avaluar alguns subcriteris, b) no es defineixen subcriteris significatius de resultat de l'assistència sanitària i, c) no suposa una garantia final de la qualitat del servei.

Probablement aquestes dificultats han motivat que diverses associacions europees de la qualitat, organitzacions responsables de la qualitat en el sector sanitari, organitzacions acadèmiques i instituts de desenvolupament i formació, espontàniament i en diferents països desenvolupin metodologies productes o serveis que facilitin el desenvolupament i implantació del Model en el sector sanitari (Arcelay 2000). Alguns exemples són la "British Quality Foundation" (British Quality Foundation 1996) que ha desenvolupat una guia per al sector salut, la guia desenvolupada per la "Dutch Quality Organisation" (Institut Nederlandne Kwalitei) (Nabitz et al 1999) que adopta el model en cinc fases amb accions i puntuacions concretes per a cada fase, l'adaptació desenvolupada amb finançament del "Fondo de Investigación Sanitària" (Arcelay 2000) i la guia i manual d'autoavaluació en dos nivells de les organitzacions de salut desenvolupada per l'"Instituto Universitario de Evaluación Sanitaria de la Universidad Complutense de Madrid" que engloba la metodologia del Model EFQM i la normalització ISO-9000 (Ruiz et al 1999). El Projecte EXPERT finançat per la Comissió Europea dins del marc BIOMED ha estudiat durant tres anys (1996-1999) els mecanismes de recollida i difusió dels conceptes d'implantació i formació en sistemes de millora interna de la qualitat (visita, acreditació de la

Joint Commission, EFQM i ISO) sense poder demostrar l'efectivitat i eficiència d'un model sobre un altra, al no disposar de suficients dades publicades i recomana establir un model europeu que adapti els principals estàndards i mètodes i planifiqui un futur comú (Bohigas et al 2000, Collopy 2000, Heaton 2000, Schyve 2000, Shaw 2000, Sweeney et al 2000).

Durant els anys 1998 i 1999 un grup d'experts dels Serveis Autònoms de Salut amb competències transferides en matèria de sanitat i de l'INSALUD, van realitzar un estudi basat en tècniques de recerca qualitativa, cercant assolir consens sobre els continguts, instruments i mètodes d'aplicació del model EFQM al sector sanitari, tant en atenció primària, com en hospitals (Arcelay et al 2000). Existeixen a priori algunes dificultats a l'aplicar el model EFQM com referent en el sector sanitari. La primera, és el propi llenguatge que utilitza. La segona, les dificultats de temps i de dedicació que requereix la seva anàlisi i l'avaluació que proposa. En tercer lloc, el canvi cultural que implica recórrer a un model que cerca l'anàlisi de cadascuna de les àrees de gestió d'una organització. Requereix, per tant, una alta capacitat d'autocrítica, el que és saludable i recomanable en qualsevol centre hospitalari. Els autors destaquen que s'ha tingut en compte al desenvolupar l'adaptació del model les limitacions pròpies del sector públic que s'han mantingut en cadascun dels criteris i que queden reflexades en un manual juntament amb les anomenades notes de suport que faciliten l'Autoavaluació (Lorenzo et al 2001). Recomanen recórrer al model EFQM, perquè es tracta d'un model àmpliament utilitzat i que, per tant, permet comparar estratègies i resultats. Encara que no existeixi evidència científica suficient en quant a les bondats de les puntuacions, si que existeix un ampli consens sobre les diferents àrees que considera i que inclou el model. Així mateix, presenta un indubtable valor didàctic. Si l'utilitzen els clínics, identificaran de forma molt senzilla els aspectes que han de considerar per gestionar un grup humà i uns recursos materials. Al mateix temps, aquest exercici permet introduir eines que facilitaran el salt vers una cultura de la qualitat de la gestió a les organitzacions sanitàries.

La irrupció a l'àmbit sanitari d'un model de gestió com l'EFQM suposa la introducció d'un valuós compendi de coneixements en gestió, que malgrat sigui tremendament exigent aporta rigor i mètode a l'hora d'avaluar i orientar quelcom tan complex com els resultats i la gestió de les organitzacions sanitàries de la xarxa pública (Arcelay 2000). EFQM posa "de cap per avall" els conceptes clàssics de control i garantia de qualitat, encara en ús a les organitzacions sanitàries, per entrar de ple en les més actualitzades tècniques de gestió, perquè finalment, es parla de gestió (Arcelay 2000). A les organitzacions sanitàries s'ha recorregut un tortuós camí tractant de fer tangible aspectes tan eteris com la qualitat de servei altres no tant com la qualitat científicotècnica o l'accessibilitat, per acabar assumint que totes les activitats i components de l'organització han d'orientar-se vers les necessitats i expectatives dels clients i vers els resultats a través d'un lideratge exemplar, implicant a tots els col·laboradors, organitzant eficientment els processos i innovant, aprenent i millorant contínuament (Arcelay 2000).

En cap cas s'ha de prendre el Model EFQM com una amenaça. sinó com una veritable oportunitat, sense traumatismes, sense "anar a per nota", però aprofitant el bagatge pràctic que ofereix en forma d'àrees de millora. El model dota de rigor i metodologia el treball dels gestors, sense oblidar que l'ànima resideix en la millora la filosofia de qualitat (Fernandez-Leon et al 2000). El model EFQM Excel·lència ja constituïa una eina de gestió molt respectada a Europa. El Model presentat el 21 d'abril de 1999 es considera una eina capdavantera a nivell mundial. Inevitablement es realitzarà alguna millora en el futur, però no es preveu dur a terme canvis importants, com a mínim, durant cinc anys (Mathers 2000). L'arribada del nou mil·leni marca l'entrada en vigor de revisions profundes del model de l'EFQM i de la nova ISO 9000. Els processos seguits en ambdós casos han estat molt semblants i respectuosos amb la manera de fer recomanada pel TQM. Un dels canvis més visibles del nou model EFQM, és la matriu de puntuació RADAR (resultats, aproximació, desplegament, avaluació i revisió). La matriu clarifica i emfatitza la ciclicitat de la roda PDCA. Fins i tot la circularitat del nom (palíndrom) és un encert per tal de subratllar el concepte de millora continua (Tort-Martorell 2000a).

La innovació és una eina específica dels gestors innovadors (Drucker 1986) al crear quelcom nou, diferent o canviant i transmeten els valors. La innovació és un treball racional, premeditat, sistemàtic i organitzat. Però és més perceptiu que conceptual. Des del naixement de l'hospital modern a finals del segle XVIII a Edimburg i a Viena, fins la creació de les diferents formes d'hospitals comunitaris dels USA en el segle XIX, o els grans centres d'especialització de principis del segle XX com la Clínica Mayo o la Fundació Menninger, fins l'aparició de l'hospital com "centre d'atenció de la salut" després de la Segona Guerra Mundial. I la posterior conversió dels hospitals en centres de tractament o clíniques quirúrgiques ambulatories, en les que l'enfocament no està solament centrat en l'atenció del pacient, sinó en tenir els serveis necessaris per fer-ho. Actualment en el sector hospitalari amb gestió empresarial la innovació és l'aplicació dels diferents principis de la Gestió de Qualitat Total que s'han revisat al llarg d'aquest capítol, acceptant l'emergent realitat social de considerar al client com part inherent del servei que se li ofereix. Promocionant la seva participació en la millora de la seva pròpia salut (Moore et al 1997).

En la innovació, com en qualsevol altre afer, cal que hagi talent, enginy i coneixement. Però quan tot està decidit, el que requereix la innovació és treball dur, orientat i amb sentit. Si manquen la diligència, la perseverància i l'entrega, talent, enginy i coneixement no serveixen per a res (Drucker 1986). Les institucions sanitàries han de desenvolupar hàbits de flexibilitat, aprenentatge permanent i d'acceptació del canvi com una oportunitat de millora, tant per a les institucions sanitàries com per les persones que hi treballen, a fi i efecte d'assolir l'excel·lència empresarial (Drucker 1991).

L'hospital del futur ha de ser més eficaç i eficient, integrat en el seu entorn, més participatiu i democràtic i sobretot més humà, respectuós amb les voluntats dels seus clients. Cal, però, una clara i inequívoca voluntat política d'impulsar el procés de canvi i també un canvi cultural caracteritzat per la recuperació del màxim sentit vocacional de les professions sanitàries i de les millors tradicions de l'humanisme científic, que relativitzi les prestacions tecnològiques en funció de les necessitats de la població i dels resultats obtinguts (Bonfill 1993). La

transformació requereix sacrifici, dedicació i creativitat i, cap d'aquests elements es pot imposar (Kotter 1997). El líder del segle XXI establirà una orientació en moments de turbulència i manarà el canvi, sense deixar de proporcionar servei i qualitat excepcionals als clients (Bennis et al 2001). L'actiu més important d'una empresa del segle XX era el seu equip de producció, en canvi l'actiu més important d'una institució (sigui o no empresarial) del segle XXI seran els seus treballadors del coneixement i la productivitat d'aquests treballadors (Drucker 1994) el que provocarà dintre d'unes dècades, canvis fonamentals en la pròpia estructura i naturalesa del sistema econòmic. Donat que el procés de transformació organitzacional passa pel compromís, involucració i transformació personal dels seus membres, els directius desenvolupen el paper de mobilitzadors i facilitadors, fomentant la capacitat de decisió, delegant aquest poder i aconseguint que aquesta delegació sigui assumida (Roure et al 1996). Convertir en realitat el discurs de l'excel·lència exigeix un estil directiu que sàpiga respectar l'autonomia professional i alhora mantenir el control, un conjunt de polítiques de recursos humans compromeses amb els empleats professionals i amb el perfeccionament dels seus coneixements i habilitats, i una adequada institucionalització de les relacions entre professionals i gerents. La qüestió clau és el grau de descentralització real de les polítiques de recursos humans a les unitats productores dels serveis (Mendoza 1999).

Per concloure aquest capítol sobre el marc teòric de la Gestió de Qualitat Total i la seva aplicació en el sector sanitari, recordar que les empreses que fracassen és perquè no han incorporat la Gestió de la Qualitat a la gestió de l'empresa en general (Juran 1994). Conseqüentment, cal deixar enrere les pors i, imaginar-se assaborint el nou formatge, fins i tot abans de trobar-lo, el que et conduirà cap a ell (Johnson 2000)