GESTIÓN CLÍNICA

Directora: Mª Flor Raigada González, Fundación Gaspar Casal

Editora: Gema Pi Corrales, Fundación Gaspar Casal

© Fundación Gaspar Casal, para la investigación y el desarrollo de la salud, Madrid, diciembre 2011

ISBN: 978-84-615-5576-5
Depósito Legal: M-48852-2011

Imprime:
VA Impresores, S.A.

Prólogo

Gestionar, según la Real Academia de la Lengua, es dirigir, ordenar, disponer, organizar, graduar o dosificar el uso de algo para obtener el mayor rendimiento de ello o que produzca el mayor efecto. La gestión es mucho más que el simple planteamiento economicista con el que se identifica para muchos clínicos. La buena gestión o administración, requiere conocimientos de muchas otras ciencias, además de la económica y financiera, como las ciencias de la información, la psicología, el derecho, la sociología, la estadística y la tecnología. De hecho, los elementos clásicos de la gestión son la planificación, la organización, la dirección y el control.

El modelo de ejercicio de práctica clínica personalista, independiente y autosuficiente ha quedado obsoleto, y debe sustituirse por otros planteamientos más comprometidos, exigentes y con mayores responsabilidades, no ya para con el paciente sino con el conjunto del sistema asistencial y, por ende, con la propia sociedad. Dentro de una unidad asistencial, el médico debe sentirse miembro integrado en un equipo multidisciplinar, en el que desempeña una labor que forma parte de un todo debidamente planificado y organizado. A su vez, esta actividad debe estar en consonancia y coordinada con el resto de la estructura meso, el hospital, con su misión y visión, y compartiendo las líneas estratégicas del mismo.

Los médicos, adicionalmente, debemos aceptar la evaluación crítica de la calidad del trabajo que realizamos, en la búsqueda de la excelencia. Hoy día, más que nunca, es necesaria una escrupulosa administración de los recursos públicos, con una exhaustiva información sobre su utilización y los resultados obtenidos. La correcta administración no consiste en la mera justificación de los gastos realizados, sino en la utilización eficiente de los mismos, demostrada por la actividad realizada y los rendimientos obtenidos, comparados con iguales o similares estructuras.

La gestión clínica no es más que una forma de gestionar las unidades asistenciales basada, fundamentalmente, en la participación activa y responsable de los profesionales para la consecución de unos objetivos definidos. Para implantar un modelo de gestión clínica resulta obligado un cambio de actitud de los clínicos, que debemos entender que la gestión clínica no consiste únicamente en la realización de la actividad, sino en su planificación, el diseño organizativo y la gestión de la misma.

La tendencia actual en la organización de las instituciones, es a la horizontalización de las mismas. Este planteamiento, acerca la toma de decisiones al paciente, y está dirigida a minimizar los niveles jerárquicos y a desarrollar estructuras matriciales, especialmente cuando los productos o servicios finales son el resultado de un proceso multidisciplinar, como es el caso de las Unidades del dolor crónico.

Hoy por hoy, la cultura clínica y de gestión, no solo no se consideran piezas antagónicas, sino que son componentes absolutamente integrados y necesarios en la búsqueda de la excelencia del ejercicio de nuestra profesión. Conceptos vinculados con la gestión como la eficiencia, la calidad, la medicina basada en la evidencia, la excelencia, el *bechmarking,* los sistemas de información, la contabilidad analítica etc., ya no son una jerga de otros, una corriente de opinión, o un modismo dentro de nuestros hospitales, sino un auténtico *tsunami* que purgará a los que opten por enfrentarse a él, en lugar de navegarlo. Los médicos debemos ver la gestión clínica no como una amenaza, sino como una verdadera e ilusionante oportunidad, y debemos estar preparados para aprovecharla.

Los clínicos gozamos de una excelente formación científico-técnica, pero si hay un área de conocimiento en la que tenemos serias debilidades, es precisamente en gestión sanitaria. Ese desconocimiento

puede ser el origen, al menos en parte, del rechazo que genera la gestión en muchos de nuestros compañeros. Todos hemos oído frases como: “A mí la gestión no me interesa o no me gusta”: “Yo soy médico no un gestor”; “No entiendo nada de eso de la gestión”. Sin embargo, si hay una profesión en continuo cambio e innovación, y que obliga a una formación y estudio permanente durante toda la carrera profesional, es precisamente la medicina. Con voluntad y esfuerzo todo se aprende, y los conocimientos en gestión no son una excepción, lo único obligado es la convicción y motivación en la necesidad de adquirirlos.

Convencidos de todo lo anterior, decidimos apoyarnos en la reconocida experiencia y solvencia de la Fundación Gaspar Casal para la investigación y desarrollo de la salud, y de su mano, y con la inestimable colaboración y patrocinio de la Fundación Grünenthal, programamos un ciclo de formación en gestión clínica para profesionales de las unidades del dolor crónico hospitalarias, del que ulteriormente se ha desarrollado este texto. El ciclo de formación fue un éxito, no sólo aportó conocimientos a todos los participantes, con ser éstos muy relevantes, sino que consiguió algo mucho más importante, como es el hecho de conseguir motivarnos y sembrar en nosotros la semilla de la innovación y la gestión en nuestra práctica clínica.

El libro describe con brillantez los aspectos más relevantes de la gestión clínica para la práctica médica, dirigida a las unidades de dolor crónico como unidades de gestión. En el texto, se describe la utilidad y necesidad de la gestión clínica, cómo realizar un proyecto de gestión, define la responsabilidad profesional en las unidades del dolor, cómo gestionar el conocimiento y la medicina basada en la evidencia, explica la economía de la salud y los análisis de coste, cómo realizar un análisis de las decisiones, plantea el marketing como herramienta de comunicación e innovación aplicados a una unidad clínica, cómo abordar el trabajo en equipo y la gestión de conflictos, la gestión financiera y la contabilidad analítica, y anima a la innovación organizativa. En definitiva, recoge con suficiencia todos los aspectos más relevantes para iniciar la gestión de una unidad de dolor crónico.

En su edición han participado profesionales de primer nivel, con un *background* difícilmente superable. Estamos convencidos del éxito del texto, como ya lo obtuvo el ciclo formativo que lo gestó.

JOSÉ LUIS DE LA CALLE REVIRIEGO

Presidente de la Sociedad Madrileña del Dolor
Unidad Multidisciplinar para el Estudio y Tratamiento del dolor
Hospital Universitario Ramón y Cajal

Prólogo

Juan es un albañil - sus manos le delatan - de 43 años, sin antecedentes de interés. Vive con su mujer, Sonia, que pertenece al cupo de otro médico del centro como consecuencia de la errática política de la equiparación de cupos, y tres hijos, un adolescente varón de 13 y 2 niñas de 4 y 6 años respectivamente. Acude a consulta con un informe de urgencias y el diagnóstico de cólico nefrítico. Está alarmado por el dolor, rebelde al tratamiento pautado. La ecografía simplemente describe una mínima hidronefrosis derecha. Juan es un hombre duro, trabajador incansable, que no puede incorporarse a su trabajo por la invalidez de este síntoma. Venir acompañado de su mujer denota que algo no va bien. "Nunca se ha quejado tanto, ni cuando se fracturó los cinco dedos en la obra". En pocos días se confirma el mal augurio de Sonia, la urografía y posteriormente la biopsia ratifican la existencia de un carcinoma vesical infiltrante, de mal pronóstico. Juan, a pesar de haber añadido mórficos a su tratamiento analgésico sigue con dolor y no es capaz de conciliar el sueño, al igual que Sonia que se derrumba ojerosa cada vez que nos encontramos en los pasillos del centro. "Mis hijos no pueden verme así" comenta con lágrimas en los ojos. El deterioro es objetivable en el entorno familiar de Juan. Su padre de 75 años y viudo desde hace cuatro, tampoco entiende como una enfermedad puede llegar a ser tan invalidante en alguien tan fuerte como su primogénito y sufre enormemente al verle. Se decide ingreso para ajustar la pauta analgésica y es dado de alta al cabo de 5 días. El cambio es substancial, la sonrisa ha retornado no sólo a Juan sino también a su padre. Sonia, a pesar del diagnóstico, parece otra, capaz de reanudar su trabajo y seguir con el cuidado de sus tres hijos, con Juan asintomático al mando de las tareas domésticas. Los dos sabemos el desenlace pero su calidad de vida ha mejorado extraordinariamente y no cabe duda que ahora está más fuerte para afrontar ese día.

El dolor constituye uno de los motivos más frecuentes de consulta en nuestro quehacer como médicos. Termina afectando a la mayoría de la población a lo largo de su vida, alterando en mayor o menor grado su vida personal, social o profesional. No sabe de edades, recordándonos su presencia tanto de forma abrupta como de forma crónica, en mayor frecuencia y mayor dificultad de tratamiento esta última. El dolor es inherente a la vida. Considerado una asignatura pendiente en las consultas del primer nivel, precisando para su correcto manejo unidades del dolor, paliativos, reflejo de las carencias de los profesionales sanitarios a la hora de afrontarlo. Es una petición constante de nuestros pacientes en los últimos momentos de la vida, no padecer ni sufrir en esas últimas horas, no tener dolor. El sufrimiento se encuentra más allá del dolor físico. El sufrimiento es indisociable de la vida. En muchos momentos para el enfermo, la compasión y el comportamiento empático de un semejante serán la mejor medicina. Sirva este libro y los profesionales implicados en su redacción para concienciarnos en nuestra obligación de mejorar, como médicos, nuestra práctica profesional diaria.

FRANCISCO HERNANSANZ IGLESIAS

Médico General

Centro de Atención Primaria Nord, Sabadell

Cátedra UPF-SEMG-Grünenthal de Medicina de Familia y Economía de la Salud

Índice

CAPÍTULO 1. GESTIÓN CLÍNICA I

Juan del Llano y Santiago Pinto 13

1. ¿QUÉ ES? Y ¿PARA QUÉ SIRVE? 15
   1.1. Especificaciones de la gestión 16
2. NIVELES DE LA GESTIÓN 17
3. LO MACRO 17
   3.1. Comportamiento Político 17
   3.2. Características del comportamiento político 18
   3.3. Habilidades del comportamiento político 19
4. LO MESO 20
   4.1. Funciones de la gestión 20
      4.1.1. Planificación *21*
      4.1.2. Dirección *23*
         4.1.2.1. Factores implicados en la elección del estilo *24*
      4.1.3. Organización *25*
      4.1.4. Coordinación *26*
         4.1.4.1. Coordinación vs Integración *26*
         4.1.4.2. ¿Es imposible la coordinación en las organizaciones sanitarias? *26*
      4.1.5. Control *27*
5. LO MICRO 27
   5.1. El futuro de la gestión clínica 28
6. LA REALIDAD 29

CAPÍTULO 2. GESTIÓN CLÍNICA II

Jordi Colomer 31

1. LA GESTIÓN CLÍNICA ES UNA CUESTIÓN DE ACTITUD 33
2. DEFINAMOS LA GESTIÓN CLÍNICA 34
3. EL DESARROLLO TECNOLÓGICO Y LA GESTIÓN CLÍNICA 35
4. EL DISEÑO DE LOS HOSPITALES Y LA TECNOLÓGICA MÉDICA 37
5. INSTRUMENTOS PARA MEJORAR NUESTRO CONOCIMIENTO 38
6. ENCANTADOS DE CONOCERNOS 39
7. MODELOS ORGANIZATIVOS 41
8. LOS RETOS DE AHORA SON LAS SOLUCIONES DEL FUTURO 42
9. NUEVO ESCENARIO COMPORTA UNA GESTIÓN DISTINTA 44
10. LOS RETOS DE HOY PARA MAÑANA 44

LECTURAS RECOMENDADAS 45

CAPÍTULO 3. PROYECTO DE GESTIÓN CLÍNICA

Paloma Alonso 47

1. IMPORTANCIA DEL DOLOR EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (EN ADELANTE SNS) 45
2. PROPUESTA DE ABORDAJE DEL DOLOR EN EL SNS 50
   2.1. Criterios para la inclusión de los tratamientos del dolor en la Cartera de Servicios 54
   2.2. Limitaciones para la determinación de la demanda y oferta relacionadas con el Dolor 55
   2.3. Dificultades para la medición de 'producto' de las Unidades de Tratamiento del Dolor 58
3. LA GESTIÓN CLÍNICA APLICADA A LAS UTD 61
   3.1. Experiencias de gestión clínica en el ámbito internacional 64
   3.2. Experiencias de gestión clínica en España 65
   3.3. Desarrollo del Modelo de Gestión Clínica de la Unidad de Tratamiento del Dolor 68
4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 81

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA 83

CAPÍTULO 4. RESPONSABILIDAD PROFESIONAL EN LAS UNIDADES DE DOLOR

Javier Sanz 87

1. LA RESPONSABILIDAD DISCIPLINARIA 89
2. LA RESPONSABILIDAD PENAL 89
3. LA RESPONSABILIDAD CIVIL 92
4. LA RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL 93
5. TRABAJO EN EQUIPO Y RESPONSABILIDAD 95
6. EL ASEGURAMIENTO DE LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL 97
7. CUESTIONES CLAVE 98

CAPÍTULO 5. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y MEDICINA BASADA EN EVIDENCIA

Luis Quecedo 99

1. INTRODUCCIÓN 101
2. BUSINESS INTELLIGENCE 101
3. MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS 105
4. EVIDENCIA CIENTÍFICA. NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADO DE RECOMENDACIÓN 109
5. FUENTES DE INFORMACIÓN BIOMÉDICA Y BASES DE DATOS 112
6. EVIDENCIAS EN DOLOR 119

BIBLIOGRAFÍA 125

7. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA Y REVISIONES SISTEMATIZADAS EN EL ÁMBITO DEL DOLOR 126

BIBLIOGRAFÍA 132

8. EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS PARA LA TOMA DE DECISIÓN EN UNIDADES DE DOLOR 133
   8.1. Concepto y características de la Evaluación Económica 135
      8.1.1. El Análisis Coste-Beneficio 135

8.1.2. El Análisis Coste-Efectividad 136
8.1.3. El Análisis Coste-Utilidad 136
8.1.4. Otras técnicas de Análisis 137

9. TOTAL QUALITY MENEGEMENT EN DOLOR CRÓNICO. CRITERIOS Y ESTÁNDARES DE CALIDAD. BENCHMARKING 139
9.1. Métodos de análisis 141
9.1.1. Método de análisis del proceso 141
9.1.1.1. Método del análisis del proceso aplicado en una Unidad de Servicio 141
9.1.2. Método de análisis de los resultados 142
9.2. Benchmarking en una UDO 144
9.2.1. Etapas del Benchmarking 145
REFERENCIAS 146

CAPÍTULO 6. GESTIÓN CLÍNICA. ECONOMÍA DE LA SALUD

Indalecio Corugedo 147

1. INTRODUCCIÓN A LA ECONOMÍA DE LA SALUD. FUNDAMENTOS 149
2. LA DEMANDA DE LA SALUD Y LA ATENCIÓN SANITARIA 150
3. LA PRODUCCIÓN DE ATENCIÓN SANITARIA 151
4. MERCADOS COMPETITIVOS. ¿SON POSIBLES EN SANIDAD? MERCADOS NO COMPETITIVOS Y OTROS FALLOS 154
4.1. Monopolios 154
4.2. Externalidades y Bienes Públicos 155
4.3. Información asimétrica 156
5. INTRODUCCIÓN A LOS ANÁLISIS DE EVALUACIÓN ECONÓMICA: ACE, ACU Y ACB 156
5.1. Análisis coste-efectividad (ACE) 157
5.2. Análisis coste-utilidad (ACU) 158
5.3. Análisis coste-beneficio (ACB) 158
REFERENCIAS 161

CAPÍTULO 7. ANÁLISIS DE DECISIONES

Orfelio León 163

1. INTRODUCCIÓN AL ANÁLISIS DE DECISIONES 165
2. CARACTERÍSTICAS DEL DECISOR HUMANO 166
3. LAS BUENAS DECISIONES SON CREATIVAS 167
4. EL ANÁLISIS DE DECISIÓN 169
REFERENCIAS 174

CAPÍTULO 8. MARKETING Y COMUNICACIÓN

Justo Montero y Alejandro Borges 177

1. COMUNICACIONES CORPORATIVAS: CONCEPTOS FUNDAMENTALES 180
1.1. Marketing 180
1.2. Para qué sirve la publicidad y qué hace 181
1.3. Qué hace el marketing directo 181

1.4. Qué son las promociones 183
1.5. Qué es un patrocinio 184
2. COMUNICACIONES CORPORATIVAS 185
3. REFLEXIONES 186
BIBLIOGRAFÍA Y LINKS 188
INNOVACCIÓN EN TIEMPOS DE CRISIS 189
1. DEFINICIONES CLÁSICAS DE INNOVACIÓN 189
2. LA DEFINICIÓN DE INNOVACIÓN EN LA EMPRESA 190
3. LAS CUATRO OLAS DE LA INNOVACIÓN 190
3.1. PRIMERA OLA 190
3.2. SEGUNDA OLA: Finales de los ochenta. "El valor para el accionista" 191
3.3. TERCERA OLA: Mediados a finales de los noventa. *"La (vieja) nueva economía"* *192*
3.4. LA CUARTA OLA: La innovación corporativa. *"La Innovación orgánica integrada"* *192*
4. Y EN EL 2008 LLEGÓ LA CRISIS (A OCCIDENTE) 193
5. ¿CÓMO REACCIONA EL CONSUMIDOR ANTE LA CRISIS? 194
6. ¿CÓMO INNOVAR EN CRISIS? 195
6.1. ¿Debemos parar las inversiones en innovación? 196
6.2. ¿Podemos reducir los costes de producción? 196
6.3. ¿Debemos bajar los precios? 197
6.4. ¿Debemos parar la publicidad? 197
7. LANZAMIENTO DE UN PRODUCTO O UN SERVICIO INNOVADOR 198
8. LAS MEJORES PRÁCTICAS EN INNOVACIÓN DE PRODUCTOS 199
8.1. En el proceso de Ideación 199
8.2. En el proceso de conceptualización 199
8.3. En el pre-lanzamiento y en el lanzamiento 200
8.4. ¿Nos aseguramos el éxito haciendolo todo bien? 201
9. CONCLUSIONES 201
BIBLIOGRAFÍA 202

CAPÍTULO 9. TRABAJO EN EQUIPO

Ernesto López 203

LIDERAR ES CONSTRUIR Y FORTALECER EQUIPOS 205
1. GESTIÓN CLÍNICA, GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS 205
2. LA FUNCIÓN DIRECTIVA Y EL LIDERAZGO COMO CAPACIDAD PARA INFLUIR Y DAR SIGNIFICADO 205
3. LA UNIDAD CLÍNICA ES UN LUGAR EN EL MUNDO PARA VIVIR Y TRABAJAR 206
3.1. La vida interior del equipo 206
3.2. Función directiva, liderazgo y clima laboral 207
4. FUNCIÓN DIRECTIVA, PRODUCTIVIDAD Y PARTICIPACIÓN EN EL EQUIPO 208
5. LOS MIEMBROS DEL EQUIPO SON PATRIMONIOS DE LA HUMANIDAD 209
5.1. Son muy sensibles a las consecuencias 210
5.2. Consecuencias que compensan o que no compensan 210
6. LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL EN LA CONSTRUCCIÓN Y FORTALECIMIENTO DEL EQUIPO 211
6.1. La comunicación es un encuentro entre biografías 211
6.2. ¿Permeables o impermeables? 212

6.3. ¿Compensa o no compensa? 212
6.4. El poder de la interdependencia 212
6.5. Los obstáculos en la comunicación 212
7. COMPETENCIAS Y HABILIDADES PARA CONSTRUIR Y FORTALECER EQUIPOS 214
7.1. Clarificar los objetivos 214
7.2. Preparar el momento y el lugar 214
7.3. Abrir las puertas de la comunicación bidireccional 214
7.4. Validación biográfica: construir sobre cimientos sólidos 215
7.5. Comunicarse con seguridad y firmeza con mensajes yo 215
7.5.1. La firmeza del "mensaje yo" 216
7.5.2. Estructura del "mensaje yo" 216
7.6. Escuchar atenta y activamente para fortalecer al equipo 216
7.6.1. Escuchar es tomar en consideración 217
7.6.2. Escuchar es parafrasear 217
7.6.3. Escuchar es comunicar empatía 217
7.6.4. Escuchar es comunicar acuerdo 218
7.6.5. Escuchar es preguntar 218
7.7. Fortalecer al equipo comunicando reconocimiento y estima 219
7.8. Fortalecer al equipo comunicando Feedback 220

CAPÍTULO 10. GESTIÓN DE CONFLICTOS

***Jesús Ángel Sánchez* 223**

1. INTRODUCCIÓN 225
2. EL CONFLICTO 225
2.1. Definiciones de Conflicto 225
2.2. Presuposiciones en la Interacción Humana 226
2.3. La discrepancia entre personas 227
2.4. Tipos de soluciones a un Conflicto 229
2.5. Estilos de Afrontamiento del Conflicto 229
2.6. Dinámica de un Conflicto 230
2.7. Análisis de un Conflicto 231
3. ANÁLISIS SISTÉMICO: POSICIONES PERCEPTIVAS 232
4. LA NEGOCIACIÓN 234
4.1. Estilos de Negociación 234
4.1.1. Negociación Posicional 234
4.1.2. Negociación Basada en Principios 234

REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA 238

CAPÍTULO 11. GESTIÓN FINANCIERA

***Miguel Javier Rodríguez* 241**

1. CONTABILIDAD DE COSTES O ANALÍTICA 243
1.1. Concepto de Coste 243
1.2. Centros de Coste 243
1.3. Clases de Costes 244

1.3.1. Clasificación de costes según su destino: COSTES DIRECTOS E INDIRECTOS 244
1.3.2. Clasificación de costes según su relación con la actividad: COSTES FIJOS Y VARIABLES 244
1.4. El umbral de rentabilidad o punto de equilibrio 246
1.5. El reparto de los costes 247
1.6. Los criterios de reparto 247
2. LA CONTABILIDAD ANALÍTICA EN LOS HOSPITALES: EL MODELO GECLIF 248
3. EL PRODUCTO HOSPITALARIO Y SU MEDICIÓN 251
4. LOS GRUPOS RELACIONADOS POR EL DIAGNÓSTICO: GRD 252
4.1. Análisis de la estancia media utilizando Grd. Indicadores De Gestión 253
4.1.1. Índice de complejidad (IC) 254
4.1.2. Índice de la estancia media ajustada (IEMA) 255
5. ACERCAMIENTO AL COSTE MEDIO POR PROCESO 255
BIBLIOGRAFÍA 256

CAPÍTULO 12. INNOVACIÓN ORGANIZATIVA

Miguel Arjona 257

1. INTRODUCCIÓN 259
2. LA INNOVACIÓN ORGANIZATIVA COMO ESTRATEGIA 260
3. ¿NECESITAN LOS HOSPITALES UN CUADRO DE MANDO INTEGRAL? 261
4. ENTENDIENDO UN CENTRO HOSPITALARIO COMO UN CONJUNTO DE PROCESOS 262
5. MAPAS ESTRATÉGICOS PARA UNIDADES DEL DOLOR 265
6. CUADRO DE MANDO (INTEGRAL) PARA LA UD COMO RESULTADO DEL PROCESO 267
7. LA AGENDA DE MEJORAS COMO PRODUCTO DEL PROCESO 268
8. CONCLUSIONES 270
BIBLIOGRAFÍA 274

Capítulo 1

Gestión Clínica I

Autores:

Juan del Llano Señarís y Santiago Pinto Zaldumbide

Juan del Llano Señarís: *Doctor en Medicina, Universidad Complutense de Madrid. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. M. Sc. Community Health, Usher Institute, University of Edinburgh. Director de la Fundación Gaspar Casal. Director Académico y Profesor de Salud Pública y Gestión Clínica del Máster de Administración y Dirección de Servicios Sanitarios, Universidad Pompeu Fabra. Presidente de la Asociación Española de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Editor de 21NETS, Plataforma Web de Innovación y Tecnología en la Salud. Editor Asociado de Gestión Clínica y Sanitaria.*

Santiago Pinto Zaldumbide: *Licenciado en Medicina, Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Master de Administración y Dirección de Servicios Sanitarios, Universidad Pompeu Fabra. Director de 21NETS, Plataforma Web de Innovación y Tecnología en la Salud.*

GESTIÓN CLÍNICA

1. ¿QUÉ ES? Y ¿PARA QUÉ SIRVE?

La gestión clínica desde sus inicios ha pretendido convertirse en un elemento cotidiano de la actividad sanitaria, donde sus atributos sean el elemento que facilite y asegure al clínico la capacidad de potenciar sus actividades asistenciales, con el propósito de mejorar los resultados en niveles de salud, eficiencia clínica, uso de tecnologías y utilización de recursos humanos.

Se define la gestión clínica, como la estrategia de mejora que permite sistematizar y ordenar los procesos de atención sanitaria de forma adecuada y eficiente, sustentados en la mejor evidencia científica del momento y con la participación de los profesionales en la gestión para la toma de decisiones en torno al paciente. Las decisiones clínicas serán de calidad si generan eficiencia económica y no mero control del gasto.[1]

Esta definición nos sirve para comprender cuales son los aspectos fundamentales para el desarrollo de una estrategia organizativa que convierta la gestión clínica, en el arte de saber reconocer posiciones distintas y equilibrar fuerzas semejantes, que dirijan a las organizaciones hacia la fusión de la cultura empresarial con la cultura clínica sin que ninguna de las dos se contraponga, y que de dicha fusión se genere un nuevo sistema eficiente cuya dimensión central sea la efectividad en la práctica clínica. La gestión clínica es el vehículo que permite mejorar la calidad en la asistencia sanitaria.[2]

La gestión establece sus funciones en el entendimiento entre culturas contrapuestas, por un lado se encuentra el clínico cuyo enfoque y motivación está centrado en la atención al paciente y por el otro las organizaciones sanitarias cuya razón de ser es asegurar que se den las condiciones necesarias para alcanzar la efectividad clínica, que de cómo resultado la mejora en la calidad de la atención sanitaria respaldado en la mejor evidencia disponible.

---

[1] Peiró S. del Llano J., Quecedo K. Villar N., Raigada F. Ruiz J. Diccionario de gestión sanitaria para médicos. Los 100 términos más utilizados. *Fundación Gaspar Casal.* Ed. DGMM, Madrid 2010.
[2] McSherry R. Clinical Governance. Blackwell Science: Oxford. 2010.

Las funciones de la gestión clínica se ven limitadas por la toma de decisiones de todos los involucrados, los recursos sanitarios dependen en un 70% de las decisiones clínicas[3], lo que se convierte en sustento suficiente para que la gestión clínica centre sus funciones en facilitar la toma de decisiones generando alternativas validas en las distintas dimensiones que se estructura la organización sanitaria.

1.1. Especificaciones de la gestión

Para comprender mejor cuales son las especificidades de la gestión, se debe partir del hecho que la gestión sanitaria es distinta a cualquier otro tipo de gestión y que este carácter distinto, esta dado por una gran cantidad de factores.

Uno de los factores a mencionar, es la ineludible relación asimétrica, existente entre el paciente (eje central del sistema sanitario), y los agentes proveedores de salud (profesionales sanitarios, instituciones sanitarias, gestores, industria farmacéutica, etc…). Esta asimetría compleja y con particulares características, propias para cada entorno sanitario, se ve afectada en varios aspectos y dimensiones, por el resultado de la relación "paciente–entorno sanitario". Esta relación de asimetría, no es solo de poder, sino de información, conocimiento y experiencia. Sitúa al principal (paciente) en manos del agente (médico). El paciente transfiere la decisión al médico aunque cada vez más se separe del paternalismo y solicite participar. Hablamos de un paciente empoderado e Internet ha tenido mucho que ver con esta nueva situación.

Otro de los factores que incide en el carácter único de la gestión sanitaria y clínica, es el que la demanda de salud (necesidades), no puede ser igualada por la oferta disponible como ocurre en otros sectores de actividad económica (por ejemplo, se producen tantos coches como clientes estén dispuestos a comprarlos).

El constante crecimiento del gasto sanitario y el aumento de las expectativas de los ciudadanos para recibir una atención sanitaria de calidad, conlleva a un planteamiento del uso adecuado de los recursos que siempre, y en cualquier entorno, público o privado, son escasos.

La solución definitiva está siempre en las manos del clínico y en su implicación en la gestión activa y eficiente de los recursos dedicados al funcionamiento de los centros sanitarios. Si así lo hiciera mejoraría la calidad en la prestación del servicio.

Las especificidades de la gestión sanitaria tienen que ver con las distintas prioridades y responsabilidades de los agentes: profesionales sanitarios, directivos, pacientes y ciudadanos. Cada agente precisa alinear sus incentivos con los de los otros para asegurar un adecuado desempeño del sistema sanitario.

Si la gestión clínica es diferente a cualquier otro tipo de gestión empresarial, se debe a tres elementos: las perspectivas de los agentes, sus prioridades y sus responsabilidades. Factores que cada uno por separado aporta detalles y características exclusivas que merecen la pena ser tomadas en cuenta ya que un aspecto importante para el gestor clínico es el de disponer de alternativas validas que sirvan y faciliten la toma de decisiones. Una gestión activa y eficiente, precisa de la capacidad de tener una visión clara y global del funcionamiento de su servicio y de sus distintas funciones: asistencia, investigación y formación continua. Deberá conocer cómo se desarrolla el control permanente de la calidad y como se consigue la eficiencia de la actividad de su servicio.

Es prioritario para el gestor clínico tener la capacidad de poder reconocer las especificidades de su entorno clínico y utilizar la gestión clínica, para obtener los mejores resultados. También para el gestor es im-

[3] Ortún V. Claves de gestión clínica. En Ortún V. (Ed.) Gestión Clínica y sanitaria: De la práctica a la academis, ida y vuelta. Masson, Barcelona 2003.

portante reconocer que es lo que sucede en el entorno sanitario, tanto externo (situación económica, estrategia política de su CC.AA., sindicatos, proveedores, …) como interno (rigidez administrativa, flexibilidad y autonomía en la toma de decisiones, canales de participación profesional, …).

2. NIVELES DE LA GESTIÓN

La gestión sanitaria expande sus atributos a través de tres niveles organizativos, los cuales están relacionados entre sí y son indispensables para alcanzar un óptimo funcionamiento del sistema sanitario.

La gestión sanitaria inicia sus tareas en un nivel "Macro", donde la política sanitaria, es el instrumento y la unidad funcional, que permite generar las condiciones necesarias, para que los ciudadanos accedan a la sanidad, como uno de los bienes públicos elegidos por la sociedad.[4]

Debajo del nivel "Macro" la política sanitaria atraviesa la organización sanitaria, hasta situarse en el nivel "Meso", donde son cinco funciones –planificación, dirección, organización, coordinación y control– las que tienen como propósito implicar a los profesionales sanitarios en la toma de decisiones y en la coparticipación de las responsabilidades que demanda la gestión sanitaria y clínica.

Por último, la gestión desciende a un nivel "Micro", empeñado en la mejora continua de la seguridad, calidad, eficacia y efectividad de la toma de decisiones clínicas. Aquí la gestión clínica, busca constantemente disponer de herramientas e instrumentos que aporten mayor consistencia, validez y fiabilidad a las alternativas disponibles en el momento de realizar una decisión clínica.

3. LO MACRO

3.1. Comportamiento Político

La política sanitaria es el nivel "Macro", maneja las dimensiones de poder existentes a lo largo de todo el sistema sanitario, ya que son las que determinan el objetivo social de funcionamiento de un Sistema Nacional de Salud. Es decir, saber qué es lo que la sociedad espera de él, cual es la rentabilidad social que se obtiene, y cuál es la valoración que el conjunto de la sociedad hace del mismo. Si para la sociedad puede ser suficiente que la rentabilidad se exprese en forma de una mejora en la calidad asistencial, o un fácil acceso o en no tener que esperar mucho para recibir atención sanitaria especializada, la política sanitaria es el instrumento que mejor definirá cuales son los marcos orientativos, que la sociedad ha decidido obtener del sistema sanitario.

A nivel "Macro" el Estado, interviene para incrementar la equidad y corregir las disfunciones del mercado. Entre estas últimas se encontrarían las externalidades, la existencia de monopolios y la asimetría de información entre los distintos agentes. La política sanitaria se expresa a través de las formas que adopta la financiación y regulación de servicios sanitarios y de otros aspectos relacionados con la salud (estilos de vida, medio ambiente, …). Su objetivo es mejorar el estado de salud de la población y garantizar la satisfacción de los ciudadanos con los servicios sanitarios empleando unos recursos, en función de su PIB, comparables a los de los países de referencia geográfica y económica.

Los roles de clínicos y gestores precisan estar claramente definidos para que se produzca un cambio de paradigma de forma armónica, cambio que incluya, la responsabilidad compartida en la toma de decisiones.

---

[4] Ruger J. Health and social justice. Oxford: Clarendon Press. 2009.

El rol de los políticos se basa en la transparencia como elemento intrínseco de la democracia íntimamente relacionado con la información que aporten centrado en la obtención de resultados, resultados alejados del cálculo político, y más cercanos al bienestar colectivo.

El rol de los gestores es el del jamón del sándwich, por un lado se ven obligados a mantener un equilibrio organizativo enfocado a unificar y equilibrar posiciones contrapuestas, a veces, de quiénes les nombra y de sus subordinados.

Prioridad de los Médicos	Prioridad de los Pacientes	Prioridad en los Gestores	Prioridad de la Administración	Prioridad del Gobierno
• Colocar al paciente en primer lugar. • Mejorar la efectividad de la práctica clínica. • Hacer uso eficiente del tiempo • Desean la colaboración y comunicación entre otros colegas. • Buscan el reconocimiento y el desarrollo de una carrera profesional.	• Facilidad de acceso a los recursos. • Cortesía y trato individualizado. • Calidad. • Exigencia de información pronóstica. • Asume riesgos si comparte decisiones. • Canalización y eficiente gestión de la insatisfacción.	• Viabilidad financiera. • Cubrir los propósitos institucionales. • Obtener reconocimiento y éxito. • Dar un papel activo a pacientes, sindicatos… • Relacionarse adecuadamente con los médicos.	• Guardar los límites presupuestarios. • Obtener asesoramiento médico en la toma de decisiones sobre temas complejos. • Controlar a los médicos. • Mantener la paz social. • Equilibrar la autonomía profesional con la misión organizativa. • Facultar a los médicos adecuadamente. • Implicar a los médicos en la estrategia de modernización de la Administración Pública.	• Contención de costes. • Conseguir un nivel aceptable de accesibilidad y calidad en relación a los recursos invertidos. • Evitar escándalos y titulares. • Distanciarse de las decisiones difíciles. • Mantener la influencia sobre la profesión médica.

El rol de los clínicos es el de asegurar que las políticas se pongan en práctica a través de una adecuada decisión clínica. Para llegar a decidir lo adecuado es necesario que el clínico empodere al paciente, que sus decisiones estén basadas en las mejores evidencias disponibles, medicina basada en la evidencia, protocolos clínicos, guías de la práctica clínica, etc…, y que rinda cuentas de sus decisiones a través de medición de resultados, valorados en parámetros clínicos y con el empleo de indicadores de salud y de calidad de vida.

El rol de los pacientes, es mantener su autonomía, asumir responsabilidades de comportamiento saludable y participar en la toma de decisiones. La sociedad es la que fija los objetivos que debe alcanzar un sistema sanitario, por lo tanto es necesario que los pacientes contribuyan a lo que quieren obtener del sistema y que aporten equilibrio al sistema sanitario con un uso sensato de sus recursos, siempre escasos. El problema fundamental de la gestión sanitaria pasa por conseguir que los profesionales tengan la información y los incentivos para tomar decisiones coste-efectivas a cada nivel y conseguir así cubrir las expectativas razonables de los pacientes. Pese a los importantes desarrollos teóricos y prácticos de la evaluación económica aplicada al sector sanitario en últimos 20 años[5], las repercusiones en la práctica diaria de los profesionales sanitarios son muy escasas.

3.2. Características del comportamiento político

Ninguna formación política plantea, entre sus centenares de páginas programáticas, algún atisbo de orientación explicita del gobierno de lo público hacia la mejora de la salud de los ciudadanos. A lo sumo

[5] García-Altés A. Twenty years of healthcare economic analysis in Spain: are we doing well? Avances en la gestión sanitaria. XX Jornadas de la Asociación de Economía de la Salud. Palma de Mallorca, 2000: 117-140.

pueden hallarse algunas vaguedades sobre los servicios asistenciales, generalmente en forma de promesas de construcción de nuevas estructuras.[6]

El sistema sanitario está organizado en función de los resultados que la sociedad quiera obtener de la atención sanitaria, dependen de los distintos puntos de vista que se puedan generar en el entorno sanitario, el punto de vista de un clínico suele ser relativamente distinto al punto de vista de puede tener un gestor, y a su vez, el paciente puede tener un tercer punto de vista, que poco pueda tener que ver con la capacidad de acción y de gestión del sistema sanitario tal y como está estructurado.

La distintas percepciones que se pueden dar dentro del sistema sanitario hacen de las políticas sanitarias, la manera que tiene la sociedad de asegurarse que dichas percepciones se ajusten a la realidad social, realidad que mantiene como objetivo mejorar la salud de la población y asegurar que todas las decisiones se tomen en función de la efectividad clínica indispensable para asegurar una atención sanitaria que cumpla con los criterios de seguridad, eficacia y calidad.

Es fundamental para los gestores y decisores conocer el amplio espectro que generan las distintas percepciones que se dan por parte de las personas en relación a los temas sanitarios. Por ejemplo, la percepción que tiene un fumador, sobre las consecuencias de fumar en un espacio público, y la percepción de una persona que no fuma. Para tratar de resolver la variabilidad en estas percepciones, el gestor debe apoyarse en las políticas sanitarias que aseguran que se opte por la que más beneficie al conjunto de la sociedad y tenga un sustento basado en la evidencia.

La elaboración de políticas no siempre es tan fácil ya que los portadores del conocimiento, médicos, investigadores, empresas, influyen en la implementación de una política que puede estar afectada por intereses particulares o bien, carecen de motivación o incentivo para plantear el cambio de algo que funciona mal, para el beneficio común. Es esencial que el grupo de personas que participa en la política sanitaria disponga del siguiente arsenal de recursos:

Conocer el juego político	**Ser "auténtico"**	**Poseer capital relacional**
Pensamiento sistemático	**Preocuparte por los demás**	**Transformar problemas en oportunidades**

3.3. Habilidades del comportamiento político

Con el objetivo de evolucionar exitosamente hacia la consecución de metas, cada individuo perteneciente a la organización sanitaria, absorbe de su entorno, características y habilidades políticas que le permiten fluir y desarrollarse cómodamente dentro de la organización.

Estas habilidades pueden ser generadas por el interés propio o por el interés común, lo importante es encontrar las coincidencias de estas habilidades que permitan gestionar mejor los objetivos comunes.

Dentro del comportamiento político podemos reconocer distintos tipos de actores y líderes quienes utilizan sus habilidades adquiridas de una manera muy particular generando distintas especies políticas dentro de un mismo entorno sanitario, aquí unos ejemplos:

[6] Meneu R, Ortún V. Transparencia y buen gobierno en sanidad. También para salir de la crisis. Gaceta Sanitaria. 2011; 25(4): 333-338.

Zorros listos	Búhos inteligentes	Ovejas inocentes	Burros ineptos
• Interesados y agarrados en el poder. • Metas orientadas a uno mismo. • No éticos. • No transmiten sentimientos espontáneamente. • Saben defenderse, conocen quién importa, quién sabe y quién puede. • Reconocen y explotan las debilidades claves de los aliados y oponentes. • Practican el juego ganador-perdedor …	• Se dan cuenta del propósito político. • Tiene ética personal. • Usan las coaliciones. • Reflexionan sobre lo que ocurra. • Conocen lo formal y lo informal de las organizaciones. • Son abiertos y comparten la información. • Saben quién importa, quién conoce y quién puede …	• Tienen principios, comportamiento ético. • No aprecian el propósito político, no suelen conseguir soporte ni tener una red. • Entienden los contenidos pero no los procesos o procedimientos. • Exagerados respecto a la racionalidad, creen en los expertos y en las posiciones de poder. • Consideran autoridad y poder congruentes. • Son abiertos y comparten la información …	• Sin habilidades interpersonales. • Deseosos de ser asociados con la autoridad, sin pricipios orientados a sus propias metas. • Practican los juegos psicológicos pero no se dan cuenta de los que practican los otros. • Ineptos para hacer alianzas y coaliciones, no sintonizan la onda adecuada, tienen la antena bloqueada. • Deciden por sentimientos más que por el conocimiento de l burocracia y los procedimientos organizativos.

4. LO MESO

4.1. Funciones de la gestión

La gestión clínica, encuentra sus funciones en los límites de la organización sanitaria, límites que van desde el ápice de la organización, hasta el último elemento de la estructura organizativa. Las funciones organizativas que utiliza la gestión, a medida que ascienden o descienden en la estructura organizativa, tienen su efecto y repercuten directa o indirectamente, en los resultados planteados por la organización sanitaria.

Las funciones de la gestión son: planificación, dirección, organización, coordinación y control, todas estas funciones son cotidianas, nos percatemos o no, están presentes y se desarrollan de una forma dispersa y fragmentada, durante el día a día, de toda organización sanitaria. Estas funciones si son gestionadas adecuadamente pueden reducir el impacto y las consecuencias que una decisión producto de la improvisación pueda provocar o aún mejor, impedirla.

El papel del gestor ante la habitual fragmentación y dispersión de los esfuerzos organizativos, se centra en permitir que la organización en su conjunto se comunique y comparta las funciones de la gestión de

una manera colaborativa. El desarrollo de estas cinco funciones permitirá al gestor favorecer la cultura colaborativa dentro de su organización.

Ante el estado actual de la tecnología, podemos utilizar una gran variedad de herramientas, todas ellas capaces de favorecer la comunicación, colaboración y sincronización, de toda la estructura organizativa, sin embargo, el gestor debe tener presente siempre que todas estas herramientas son un medio y no un fin. La comunicación que permite la cooperación de los individuos requiere del gestor clínico una definición de valores a seguir por parte de toda la organización.

4.1.1. Planificación

Uno de los elementos que repercute poderosamente en el funcionamiento de las organizaciones sanitarias, es la manera en como el gestor se enfrenta a la toma de decisiones. Y es que algunas decisiones, si son fruto de la improvisación, constituyen un riesgo para la sostenibilidad organizativa.

Es por esto que ante la improvisación en la toma de decisiones, se requiere una respuesta y la planificación es una alternativa válida y necesaria, que puede tener un efecto positivo, propiciando como resultado que la organización destaque por su cultura de buen hacer.

Las decisiones de una organización están relacionadas con el desarrollo de una estrategia adecuada que permita la correcta asignación de recursos, que lleven a la obtención de unos beneficios suficientes que justifiquen la existencia de la organización. En el caso de las organizaciones sanitarias, los beneficios deberán ser expresados en términos de ganancia en salud.

Planificar involucra principalmente tomar decisiones y un paso previo a tomar una decisión importante es contar con alternativas válidas que ayuden a definir las consecuencias y los efectos que se pueden producir en los objetivos planteados a corto, medio y largo plazo. Las decisiones a largo plazo, generan un mayor grado de incertidumbre, ansiedad, dificultad y adicionalmente producen un temor natural en las personas, al enfrentarse a un posible fracaso.

Varios tipos de estilos y técnicas de planificación empresarial han sido introducidas con el objetivo de tener alternativas válidas el momento de tomar una decisión, estrategias que permitan llevar a la organización a situarse en el camino correcto para alcanzar sus objetivos.

Las decisiones que se deben tomar dependiendo de sus características temporales, varían en el impacto que cada una de estas decisiones pueda tener dentro de la organización. Las decisiones a largo plazo suelen tener un impacto más importante y representativo dentro de la estructura organizativa y afectan o aseguran más la sostenibilidad de la organización.

Las personas designadas por la organización sanitaria, para tomar decisiones, evitan con frecuencia tomar decisiones que involucren un impacto a largo plazo, suelen preferir las decisiones a corto plazo que ofrecen un menor grado de incertidumbre y sus consecuencias no son de gran escala.

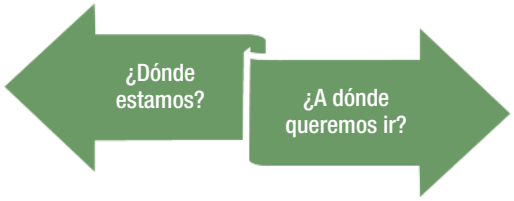
La planificación es un proceso continuo de previsión de recursos y de servicios para conseguir unos objetivos determinados. Green[7] define la planificación sanitaria de la siguiente manera:

> *"La planificación es un enfoque sistemático para la consecución de objetivos explícitos para el futuro a través del uso eficiente y adecuado de los recursos disponibles ahora y en el futuro".*

[7] Green A. An introduction to health planning for developing health systems, Oxford, Oxford Medical Publications, 2007.

Una característica importante para la planificación, es su carácter temporal que permite a una organización mirar al futuro, esta posibilidad de anticiparse al futuro ofrece muchas oportunidades para la gestión, de todas maneras esta característica no es única ya que, la planificación, debe considerar otras características importantes.

Beaufort[8] menciona que adicionalmente al carácter temporal de la planificación, se deben considerar otros elementos y diseñar una estrategia, resalta la importancia que se le debe dar a la evaluación de las condiciones reales en las que se encuentra la organización, tener una buena foto de las condiciones de la organización sanitaria en todos sus aspectos, económicos, organizativos y sociales. Reseña la importancia de responder a la pregunta de ¿dónde estamos?, y por tanto, la necesidad de recoger y analizar datos, que aporten validez a las alternativas en el momento de decidir. En consecuencia, planificar nos da pistas de donde estamos, teniendo claro el hacia dónde vamos.



Considerar todos los elementos de la planificación, produce como consecuencia la formulación de una estrategia organizativa adecuada, y son varios los tipos de estrategias que pueden surgir una adeucada planificación. Es importante recordar que las estrategias siempre deberán estar relacionadas con el alcance y los objetivos planteados por la organización.

Una estrategia de comunicación dirigida a la prevención de enfermedades no transmisibles puede ser la estrategia elegida por un centro de atención primaria, una organización hospitalaria puede dirigir su estrategia en asegurar la calidad de sus cuidados, y un sistema sanitario puede dirigir su estrategia a la optimización de recursos, eliminando de su cartera de servicios procedimientos ineficientes y de escaso valor.

Criterios para evaluar un sistema de planificación sanitaria

- ¿Quedan claros el propósito y el papel del sistema de planificación? ¿Son adecuados? ¿Se entienden?
- ¿Se basa en valores explícitos?
- ¿Facilita la planificación no solo de la atención sanitaria sino de la salud?
- ¿Considera la cooperación del sector privado con el sector público?
- ¿Existe un proceso bien desarrollado para analizar el contexto?
- ¿Se entienden las funciones de los agentes en el sistema sanitario? ¿Las relaciones entre ellos?
- ¿Son abiertas y transparentes las estructuras para la toma de decisiones dentro del sistema de planificación?
- ¿Hay un balance apropiado entre decisiones centrales y locales?
- ¿Son conscientes los enfoques distintos (estratégico, operativo)? ¿Son conscientes todos los procesos de la toma de decisiones?
- ¿Hay un balance entre el análisis técnico y el político?
- ¿Hay procesos bien desarrollados para todas las etapas del proceso de la planificación?
- ¿Hay un balance entre las mesas a largo plazo y la flexibilidad a corto plazo?
- ¿Existe una base de información adecuado? ¿Se utiliza? ¿Existe una variedad de procesos y herramientas de planificación? ¿Son idóneos? ¿Se utilizan bien?
- ¿Hay recursos técicos sostenibles para la planificación?

[8] Beaufort B. Longest, Jr. Management Practices for the Health Professional, 4th edition, Norwalk, CT: Appleton & Lange, 1990, pp. 56–57. 23.

Es necesario contar con criterios que permitan evaluar el sistema de planificación con el objetivo de que se tomen en cuenta todos los aspectos relevantes y necesarios para el diseño de la estrategia más efectiva para alcanzar los objetivos planteados.

4.1.2. Dirección

Para orientar una organización hacia sus metas y objetivos, se requiere la presencia de una persona, institución o sistema, que proponga y dibuje la estrategia organizativa, estableciendo los marcos de orientación necesarios que sirvan de guía para el resto de la organización, y que consecuencia de ello, se logre asegurar un beneficio social al conjunto de la población.

En el caso de la atención sanitaria este papel de guía es desempeñado por un profesional sanitario. El directivo requerirá contar con las habilidades y las competencias que le permita ser líder y que le lleve a la consecución de las metas planteadas.

Los elementos que sustentan la dirección estratégica son comunes tanto para los profesionales sanitarios como para las instituciones. Dependen de las cualidades que tenga cada profesional para que la forma de enfrentarse al liderazgo, produzca los cambios requeridos por la organización. Ya sea la institución que se esté liderando –centro de salud, organización hospitalaria o sistema nacional en su conjunto– los profesionales que se enfrentan a esta tarea deben tener presente como elemento constante e independiente a sus antecedentes académicos, la necesidad que existe en mantener un acercamiento constante y permanente con la gestión de las personas, que permita potenciar al capital humano que está liderando.

Existe discusión sobre quién es la persona que mejor puede liderar la organización sanitaria, se discute si es el médico el que puede tener un impacto más positivo. Se asume que el médico conoce mejor que nadie todo el entorno que afecta o beneficia la salud de la población y por lo tanto es la persona que mejor puede fijar los objetivos y metas de la organización, con una visión basada en el bienestar del paciente, distante de la visión que tal vez se asume puede tener el gestor económico al estar basada más en cuestiones presupuestarias y no tanto, en el beneficio del paciente. Existe un interesante estudio realizado por Amanda Goodall[9], que analiza la relación que existe entre el desempeño de los hospitales que ocupan las mejores posiciones del ranking de calidad asistencial en Estados Unidos, y el hecho que estos sean dirigidos por lideres médicos, su conclusión es que existe una importante correlación positiva relacionada con las mejores posiciones en el ranking que ocupa el hospital y que éste sea este dirigido por un líder médico.

La formación académica no está relacionada estrechamente con las cualidades de un líder y éste a su vez puede hacer uso de distintos estilos:

Estilos de liderazgo
• **Autocrático:** Toma la decisión y luego la anuncia. • **Persuasivo:** Vende la decisión. • **Creativo:** Presenta ideas e invita a hacer preguntas. • **Sugestivo:** Presenta decisión, tentativa sujeta a cambios. • **Consultivo:** Presenta problema, consigue sugerencias y toma la decisión. • **Sumativo:** Define los límites en términos de coste y tiempo, e invita al grupo a tomar la decisión. • **Delegador:** Permite participar a subordinados dentro de los límites fijados por la dirección.

[9] Amanda H. Goodall. Physician-leaders and hospital performance: Is there an association? Social Science & Medicine 73 (2011) 535-539.

4.1.2.1. Factores implicados en la elección del estilo

Los líderes eligen estilo en función de la personalidad de los miembros de la organización, el contexto y medio ambiente, la congruencia con los objetivos de la organización, la empatía y la objetividad. Deben esforzarse en lograr entender cuál es el comportamiento de las personas dentro de las organizaciones.

Una de las teorías modernas de la organización es la que propone Douglas McGregor[10], su teoría se basa en las características que tienen los individuos respecto a su trabajo y hace una distinción entre dos tipos de líderes que pueden encontrarse en una organización. Distingue dos tipos de líderes:

- Los lideres tipo "Y", intentan crear condiciones de trabajo que ajusten las necesidades y aspiraciones del trabajador con las de la organización. La forma más efectiva de dirigir una organización es tener confianza y respetar a las personas con las que se trabaja, y por encima de todo, trabajar con ellos.
- Los lideres tipo "X", tienen una percepción negativa del ser humano, el trabajador es una herramienta más en el proceso de producción. Tienen una posición dominante ante el equipo de trabajo.

Los 10 mandamientos de un líder
• Descubre desafiante oportunidades de cambiar, crecer, innovar y mejorar. • Amplia visión, predice el futuro. • Consigue colaboración promoviendo cooperación en la consecución de metas y generando confianza. • Da ejemplo comportándose consistentemente con los valores 'auténticos'. • Reconoce las contribuciones individuales al éxito de cada proyecto. • Experimenta, acepta riesgos y aprende de sus errores. • Enrola a otros en visiones comunes apelando a sus valores, intereses, esperanzas y sueños. • Fortaleze a otros dámdoles poder, posibilidades de elegir, asignándoles tareas crítica y ofreciendo soporte visible. • Consigue pequeñas victorias que promueven el progreso y fortalecen el compromiso. • Celebra con su equipo los cumplimientos regularmente.

La dirección está relacionada con la capacidad que tiene cada individuo para dirigir la organización hacia los objetivos planteados. Inspirar confianza e influir sobre otros para la consecución de los objetivos de la organización, es la tarea más importante de la dirección. El líder tiene que encontrar el balance entre la necesidad de que el trabajo se haga y la necesidad de mantener a la gente con un nivel de moral satisfactorio.

No es lo mismo ser un líder que un gestor y que un emprendedor. A continuación presentamos las características principales que definen a cada uno de ellos:

Líder	Gestor	Emprendedor
• Decisiones críticas. • Decisiones estratégicas. • Amplitud de opciones. • Búsqueda de oportunidades. • Listar objetivos y cambios. • Prospectivo. • Proactivo. • Implicar personas. • Dar forma a la cultura de la organización.	• Decisiones rutinarias. • Decisiones tácticas. • Reducción de incertidumbre. • Búsqueda de problemas. • Alcanzar objetivos. • Retrospecto. • Reactivo. • Intercambiar con personas. • Trabajar dentro de la cultura organización.	• Decisiones meditadas y explicitadas. • Establecer criterios predictivos. • Eligen el tamaño y piensan en la financiación: Conservar caja. • Crear el equipo humano. • Asesorarse por expertos. • Leer sobre fábulas y sacar moralejas. • Fin es crear riqueza y puestos de trabajo. • Rodearse de emprendedores. • Crear cultura de empresa.

[10] McGregor D. The Human Side of Enterprise. New York, McGraw-Hill, 1960, pp 33-44, 47-48.

4.1.3. Organización

La visión clásica de la organización, describe a la burocracia como el modelo organizativo ideal[11], ya que define y asigna puntualmente las labores que deben realizarse, funciona a través de una estructura jerárquica rígida y está dirigida casi siempre por una cabeza visible que decide el rumbo y camino a seguir por todos.

Dentro del entorno sanitario, este tipo de organización clásica es la que ha predominado. A medida que la cultura empresarial ha salpicado las estructuras sanitarias, se han ido introduciendo en los entornos sanitarios otro tipo de organizaciones basadas en la teoría moderna de la organización, con un modelo más flexible de asignación de tareas, que permite incluir los deseos y preferencias de los que configuran la organización, permite que el trabajo se desarrolle en un ambiente más libre basado en la motivación intrínseca de cada individuo para comprometerse con su actividad diaria. Sin embargo la asignación de tareas en las organizaciones sanitarias se da en muchas ocasiones basada en circunstancias ajenas a la eficiencia, si la asignación de tareas es gestionada adecuadamente y en base a elementos que permitan la motivación del individuo, se podrá llegar a un equilibrio organizativo indispensable para el desarrollo de los objetivos.

La organización sanitaria se dibuja como el tejido estructural que permite a todos los involucrados alcanzar sus objetivos, este tejido se desarrolla a través de líneas y equipos de trabajo "ad hoc" con una cultura organizativa especial que se pone en marcha para proyectos específicos que conjugan procedimientos con propósitos. Ofrece una gran flexibilidad. Este tipo de organización matricial, necesita mecanismos adicionales de coordinación o de enlace.

Otro tipo de organizaciones, las llamadas abiertas y en red solo son posibles en un contexto digital avanzado que llegue a impregnar a la economía y a la cultura: reducen barreras y costes, propician el conocimiento abierto y generan abundancia de información. El conocimiento es una "*commodity",* un flujo distribuido donde lo importante es el filtrado, la agregación y la remezcla, junto a la gestión de las relaciones. Son pequeñas estructuras que coordinan una red de colaboradores alineados en intereses comunes, flexibles y de base colaborativa. Suelen tener resultados superiores a las tradicionales. Los cambios organizativos se dan no sólo por el empleo masivo de las TIC´s, los empleados cobran un 35% más que la media. La relación se basa en la confianza, la reciprocidad, el sentido del trabajo, la transparencia, la flexibilidad (evitar rutina), la democracia, la auto-gestión y el alineamiento de intereses. Se valora, sobre todo, la creatividad, la asunción de riesgos, la meritocracia, la cultura de pares y el liderazgo. Su estructura es horizontal, con especialización funcional, los líderes de cada función son conectores (tejedores de redes), es adaptable, temporal, asociada a proyectos, de no más de 30-50 miembros, con mucho *expertise* interno (conocimiento de la tecnología y los procesos, sentido del humor, saben escuchar y conversar, no rehúyen conflictos, transmiten entusiasmo y tienen empatía).

CARACTERÍSTICAS CLAVE	MERCADO	JERARQUÍA	RED
Mecanismo de coordinación	Contrato y competencia	Relación de autoridad	Complementariedad, ajuste mutuo
Modo de comunicación	Precios	Órdenes y control	Relacional, confianza
Forma de organización	Contratos	Integración vertical	Normas negociadas, relaciones descentralizadas y horizontales
Implicación entre organizaciones	Baja	Media-alta	Media-alta
Dependencia entre organizaciones	Independientes	Dependiente	Interdependientes, toma de decisiones compartida
Estilos de trabajo	Lógica cliente-proveedor	Monopolística, jerarquizada, rígida, no participativa	Deliberaciones compartidas, lógica de partenariado

[11] Weber M. The theory of Social and Economic Organization. Oxford University, New York, 1947.

4.1.4. Coordinación

Hasta ahora todas las funciones de la gestión describen sus atributos enfocados a generar un ambiente propicio para que la gestión tenga lugar. Sin embargo, todas las funciones para ser puestas en práctica requieren de un elemento fundamental que es la coordinación. Conectar las actividades de toda una organización sanitaria con los desempeños de las personas, requiere de una fina y precisa coordinación.

La coordinación de las actividades profesionales de los miembros de la organización debe estar integrada en los objetivos, ya que de lo contrario se puede pasar por alto elementos críticos y fundamentales de la actividad individual de una persona y como consecuencia acabe afectando a toda la organización.

Fayol[12] reconoce en la coordinación la esencia de la gestión y para la gestión clínica sin duda la coordinación es la función más importante.

4.1.4.1. Coordinación vs Integración

Hablamos de coordinación como aquella función de la gestión consistente en sincronizar diferentes actividades y diversos participantes para que ambos funcionen suavemente en la consecución de los objetivos de la organización. Integración es el proceso dirigido a alcanzar la unidad de esfuerzos entre los subsistemas de la organización para el cumplimiento de tareas.

4.1.4.2. ¿Es imposible la coordinación en las organizaciones sanitarias?

No, pero es extremadamente difícil, va mejor la “blanda”: protocolos compartidos AP-AE, inter-consultas,…. que la “dura”: desplazamiento de especialistas a centros de salud, gerencia única, …

Mejorarán las posibilidades de coordinación entre niveles asistenciales, si definimos actuaciones y perfiles profesionales en los contratos entre pagadores y proveedores, los llamados contratos programa, si nos centramos en grupos de pacientes crónicos con un pool de recursos o de procesos asistenciales seleccionados. La transferencia de la información es la clave. En el modelo Kaiser Permanente, la disponibilidad de información clínica *on line* del paciente y de la actuación del profesional es la razón de éxito.

La coordinación progresa, con el empleo de la gestión clínica: gestión de casos, gestión de enfermedades, pacientes-expertos; con contratos de gestión AP-Hospital con repercusión económica; con el empleo de TIC´s amigables (modelo 360º australiano con integración de jerarquías clínicas y administrativas que se evalúan mutuamente); con el fomento de una cultura común (institutos, unidades de gestión clínica); con la re-adaptación de roles, fundamentalmente enfermería, y la creación de nuevos roles como el coordinador de casos y con evaluación del desempeño de la función coordinadora con repercusión retributiva.

A continuación presentamos los mecanismos intra-organizacionales de coordinación:

- **Jerárquica:** Dispone de una autoridad central. Suficiente en organizaciones simples y pequeñas.
- **Administrativa**: Flujo horizontal de trabajo de naturaleza y procedimientos rutinarios.
- **Voluntaria**: Surge por necesidad y con carácter voluntario. Típica de los servicios de salud organizaciones complejas, con alta especialización y fuerte profesionalización.

[12] Fayol H. General and Industrial Management. London, Sir Isaac Pitman and Sons, Ltd, 1949.

4.1.5. Control

Tres son los elementos que se deben tomar en cuenta para realizar un control adecuado de la gestión clínica: la calidad asistencial, el audit médico, y los costes.

El control es la función de la gestión que consiste en observar y registrar el desarrollo de la ejecución de los programas, a fin de mantener una comparación continua entre lo planificado y lo ejecutado, y aplicar, si es necesario, medidas correctoras.

Mantener el control es una función clave de la gestión clínica que requiere de la aplicación de las mejores decisiones para dirigir y ejecutar medidas que permitan cambiar el curso ante lo evitable y no deseado, sin que estas medidas tengan una repercusión o afecten a toda la planificación realizada por la organización.

El propósito es mejorar constantemente la eficacia de todo el ciclo administrativo para lo cual se requiere seguir algunos pasos básicos: se debe reflejar la naturaleza y las necesidades de la actividad, detectar las desviaciones de los estándares con rapidez, mirar continuamente al futuro, ser objetivo en los resultados que se quiere obtener, ser flexible, señalar las excepciones en los puntos críticos, ser económico, entendible, conducir a acciones correctivas, y por último, reflejar los patrones de funcionamiento de la organización.

Reconocer cuando se debe realizar un cambio de curso es uno de las características en la que la mayoría de directivos se apoyan en su instinto, instinto que ha sido alimentado por su experiencia, y es la experiencia la que se utiliza para tomar decisiones correctivas, que eviten alejarse de los objetivos o estándares planteados.

El papel del gestores es el de analizar los hechos, recoger la información necesaria que respalden los hechos y determinar una posible causa. Durante este proceso son varios los fallos que podemos encontrar. Para los fallos en pre-requisitos, por una incorrecta previsión o falsa expectativa, la solución se puede encontrar en una acción dirigida a la fuente de discrepancias. Para los fallos por falta de cualificación del empleado, la respuesta será, formación adicional y mayor supervisión. Para los fallos con origen en la falta de suficiente información suministrada al empleado, lo que se requiere es explicar de nuevo estándares y cómo alcanzarlos.

5. LO MICRO

Si hemos definido a la gestión clínica como una estrategia de mejora que permite sistematizar y ordenar los procesos de la atención sanitaria, el nivel “micro” es donde se pone en práctica toda la estrategia desarrollada, es decir, es el nivel donde la teoría pasa a la práctica.

El objetivo central de los profesionales sanitarios es restaurar los niveles de salud perdidos de los pacientes. Para cumplir con este objetivo es necesario que el profesional sanitario cuente con los recursos necesarios y así mejorar el proceso de toma de decisiones clínicas. El papel del gestor es permitir que se den las condiciones necesarias para que el profesional sanitario cuente con los recursos necesarios, y no hablamos de recursos económicos sino de recursos organizativos que tienen mayor valor.

Elementos que intervienen en el nivel “Micro”		
• Gobernanza clínica. • Procesos de toma de Decisiones Clínicas. • Mecanismos de Incentivación Individual. • Variabilidad de la Práctica Médica.	• Análisis de Evaluación Económica. • Evaluación de Tecnologías Sanitarias. • Calidad Asistencial. • Seguridad del paciente.	• Medicina basada en la evidencia. • Continuidad asistencial. • Salud 2.0 (eHealth, telemedicina, etc).

La decisión clínica es el centro del sistema sanitario, ya que son millones las decisiones clínicas que se realizan cada día. Lograr que el resultado de cada decisión tenga un efecto positivo, tanto a nivel individual como colectivo, es el objetivo principal de la gestión clínica.

La decisión clínica expresa sus beneficios en términos de efectividad. La calidad del cuidado de los pacientes se ve asegurada y mejorada continuamente por la aplicación de la gobernanza clínica. Un modelo diseñado para asegurar una calidad continuada de la atención, fija los estándares que se debe cumplir para aceptar una actividad como una atención de calidad.

La gestión clínica utiliza elementos propios del enfoque científico para lograr el objetivo de mejorar la efectividad clínica y otros elementos ajenos, más económicos y psicológicos, como los mecanismos de incentivación individual.

5.1. El futuro de la gestión clínica

El actual desarrollo tecnológico, la aparición de nuevas formas de comunicación (internet y redes sociales), el contexto económico restrictivo traen consigo un cambio en las normas y expectativas sociales que tiene la población en relación a su salud. Normas y expectativas que demandan cada vez más que la asistencia sanitaria sea un tema con mayor peso político y la discusión gire en torno a la prestación de servicios de calidad, añadiendo temas relacionados como la eutanasia, el aborto, los resultados de investigaciones con células madre, las consecuencias del imparable envejecimiento de la población en países desarrollados, el continuo aumento de las disparidades económicas, geográficas y culturales, y el cambio climático.

A continuación, algunos de los puntos que están generando más reflexión sobre el futuro de la gestión clínica:

1. ***La desprofesionalización acompañada de una industrialización del proceso del cuidado médico:*** Se caminará hacia producción por líneas *(factory hospitals),* promoción directa al consumidor, sumado a la mayor comercialización de los servicios sanitarios producirá un incremento de litigios y reclamaciones por parte de pacientes.
2. ***Cambio en la composición demográfica y en los patrones epidemiológicos*:** Nos enfrentamos a un espectacular incremento de las enfermedades no transmisibles, enfermedades de origen metabólico y degenerativo, una mayor comorbilidad por el alargamiento de la vida,… Actuar en los comportamientos y estilos de vida son la principal fuente de solución, nunca sencilla por la dificultad de mantener los cambios conseguidos en el tiempo.
   - ***Evaluación de tecnologías sanitarias y outcomes****:* El desarrollo tecnológico constante, la pobre presencia de la ética, la ciega elaboración de presupuestos, el crecimiento del consumo de medicinas complementarias con escaso beneficio, la regulación y el cambio del paradigma salud-enfermedad,… son señas de identidad de los sistemas sanitarios. Caminamos del diagnóstico y el tratamiento a la predicción y gestión temprana de la enfermedad. Cada vez será más determinante el rol de los factores sociales como determinantes de la salud y las diferencias significativas entre grupos y clases sociales[13].
   - ***Los acuerdos entre organizaciones:*** La evolución de las organizaciones sanitarias demandará por parte de las instituciones, nuevos modelos de integración vertical y horizontal que aseguren la conformación de redes de cuidado comunitario, diseño de alianzas estratégicas entre distintos proveedores de servicios y compañías que no han estado habitualmente relacionadas con

[12] Marmot M, Allen J. Building of the global movement for health equity: from Santiago to Rio and Beyond. The Lancet, 2011: doi:10.1016/S0140-6736(08)61345-8.

el entorno sanitario, por ejemplo empresas tecnológicas que proporcionan servicios innovadores de gestión de tecnologías para la mejora de la eficiencia de la atención sanitaria.

- ***Financiación:*** Pagos por actuación, esquemas de "retribución variable", como parte de los contratos de gestión (Atención Primaria) y los méritos de la carrera profesional (Hospitales). Hay dos estudios empíricos en Cataluña, uno, sobre el impacto de incentivos económicos relacionados con clima laboral y satisfacción de usuarios en atención primaria y otro, sobre la aplicación del *benchmarking*.
- ***Experimentación social y aprendizaje:*** Tiene como elementos de continua observación y estudio tres hechos: los clínicos se mueven hacia la medicina basada en la evidencia, los gestores se mueven hacia la gestión basada en la evidencia y, los pacientes hacia el empoderamiento a través del uso de la evidencia.
- ***Cambio del rol del paciente:*** El siglo XXI pone a disposición de los pacientes conocimientos sanitarios como nunca antes ha sido posible para una persona sin antecedentes de educación médica, y es que hoy en día la información con distintos niveles de calidad fluye sobre prácticamente todos los aspectos de sus enfermedades y padecimientos. Demandarán el mejor cuidado posible de su sistema sanitario. El paciente actual está más educado y empoderado, es más exigente, a la vez que más impaciente.
- ***Cambio del rol del médico:*** El rol que ha desempeñado el médico dentro de la organización sanitaria siempre ha estado muy claro y definido. Sin embargo, la medicalización, la escasez, la desaparición del paternalismo médico, el incremento de la práctica de la medicina defensiva, los nuevos modelos de organización, son aspectos que irán re-definiendo el rol del médico en el futuro.
- ***Cambio de rol de la enfermera:*** La pérdida del peso de la relación humana, el desapego, la fascinación tecnológica y la incapacidad de coordinar y asumir tareas de mayor responsabilidad en el entorno sanitario, serán asuntos tractores.
- ***Política de servicios sanitarios e investigación de servicios sanitarios:*** En franca expansión frente a la mera contención de costes, requisito indispensable para asegurar la innovación en el manejo de los nuevos perfiles de pacientes pluripatológicos.
- ***Gestión de la información:*** Énfasis en la recogida y almacenamiento de la información correcta y precisa, automatizada e integrada. El futuro plantea una serie de interrogantes sobre cuál será el impacto de la *infoxicación* que atravesamos.

6. LA REALIDAD

Los gestores irán ganando peso y reconocimiento. Acabamos con un ejemplo concreto, de una realidad deseada, suponiendo que midiéramos lo que hacemos. Problema detectado: un funcionario de la dirección general de sistemas de información a cargo de la Central de *Outcomes* del Servicio Regional de Salud de la CC.AA. "X" detecta una alta variabilidad en número, precio y resultados clínicos de la utilización de prótesis de rodilla entre los hospitales de la CC.AA. "X" y entre los servicios de Cirugía Ortopédica y Traumatología de los distintos hospitales.

Se encarga un informe de evaluación de la situación detectada a la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias que, a los tres meses, concluye: "no existe fundamentación científica que bajo la premisa de lo mejor para el paciente, los cirujanos ortopedas utilicen doce prótesis de rodilla distintas, como está ocurriendo en la actualidad". De los análisis de cada una de ellas se concluye la conveniencia de priorizar en dos, que muestran tener un comportamiento más eficiente. A continuación, se ordena a la dirección económico-financiera de la Consejería que sólo re-embolse las dos seleccionadas. Los ortopedas se rebelan por considerarlo una intromisión en su libertad clínica y presionan. Los directores médicos de los hospitales con mayor volumen de intervenciones junto con los evaluadores proponen la estandarización del proceso asistencial como mecanismo idóneo para controlar el coste y mejorar la calidad. Se apoyan también en reputados ortopedas de otras CC.AA. y en la mejor evidencia publicada en las revistas de la especiali-

dad. Sostienen que sus datos son exactos y que si no, demuestren lo contario. Tras un intenso forcejeo, finalmente se aprueba e implanta el protocolo acordado que además viene avalado, no sin dificultades, por la sociedad científica de la especialidad. A los seis meses, se encarga nuevo informe de situación que objetiva una incipiente mejora. Al año, se re-evalúa la medida y se constata una reducción de costes y una mejora en la calidad de vida de los pacientes intervenidos y monitorizados. Sirva este ejemplo, que esperemos sea realidad en breve, para objetivar que, se puede reducir la capacidad de elección a dos implantes para cualquier indicación clínica, sin que se perjudique la calidad y los resultados clínicos a la vez que se reduce el coste.

El ejemplo viene a cuento de que la gestión clínica del siglo XXI tiene que fijar prioridades estratégicas tales como mayor integración de procesos asistenciales; mejorar la calidad y seguridad clínica, empujar la asistencia basada en outcomes clínicos; propiciar la innovación en la prestación de la asistencia; desarrollar el liderazgo clínico y promocionar en los medios de comunicación social aquellos asuntos centrados en los intereses del paciente en primer lugar. Parece razonable, ¿no? ¿Por qué no se hace?

Un hospital es como un organismo, una entidad única y si una parte no lo está haciendo bien, el organismo como un todo se ve afectado. En parte aquí tenemos la explicación. La tecnología de la información y las comunicaciones: historia clínica electrónica, imágenes digitalizadas, resultados de analíticas, correo electrónico,… permiten que cualquier médico independientemente de su localización pueda consultar a cualquier experto en tiempo real.

La cultura de compartir y de ser transparente, dejarnos medir nuestras actuaciones y aprender de los errores será lo que haga de catalizador para cambiar y mejorar la práctica clínica.

El reto está hoy en conseguir la información necesaria para tomar las mejores decisiones clínicas y hacerla accesible de la forma más rápida y simple. La formación de los futuros médicos irá en esta dirección y no seguirá enfatizando en la memorización.

La ciencia de la asistencia sanitaria requiere de bioestadísticos que controlen las métricas que permitan medir los progresos en la consecución de los *outcomes* clínicos de nuestros pacientes. Conseguido esto nos ocuparemos de los costes de las intervenciones y de los análisis coste-efectividad. Botones de muestra como EPIMED, el Atlas de VPM, sirven para que progrese la investigación en servicios sanitarios y se utilicen adecuadamente los siempre escasos recursos.

Racionalizar el uso de los escasos recursos ya forma parte del comportamiento ético de muchos de los profesionales clínicos. Racionar por ajustes presupuestarios públicos invita como respuesta al profesionalismo que sabe priorizar exploraciones y tratamientos y gestionar con criterios sociales, listas de espera o frecuentaciones, donde se asignen los recursos recortados a los problemas existentes sin afectar los resultados en términos de salud y esto es realizar una correcta gestión clínica.

En definitiva controlar el destino futuro de la gestión clínica requiere de un correcto alineamiento de las fuerzas competitivas en los servicios clínicos y en su gestión hacia la calidad, la seguridad y la eficiencia. Y ello requiere de una profunda transformación en personas, sistemas, programas y cultura, no meros retoques o ajustes, de lo que ahora tenemos como sugiere Muir Gray[14].

Se trata de reconocer que hemos pasado de la necesidad de la reorganización sanitaria hacia una revolución sanitaria, que genere un cambio en los valores de la asistencia sanitaria.

---

[12] Gray M. How to Get Better Value Healthcare. Oxford University Press, 2007: 35-57.

Capítulo 2

Gestión Clínica II

Autor:

Jordi Colomer i Mascaró

Jordi Colomer. *Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Cirugía General y Digestiva. Diplomado en Bioestadística. Diplomado en Gestión Sanitaria EADA, IESE. Cirujano y Director Gerente en el Hospital Viladecans, Institut Català de la Salut. Ha dirigido durante los últimos veinte años los Hospitales de Mataró y Valle de Hebrón, y Director General de las Fundaciones Privada, de Gestión Hospitalaria y de Recerca del Hospital de Santa Creu y San Pablo, donde ha introducido importantes procesos de cambio y reformas tanto estructurales como organizativas de gran calado. Ha liderado tres señalados congresos nacionales de gestión clínica en 1996, 2003 y 2010. En la actualidad comparte la faceta clínica y de consultor independientes en sistemas de información, gestión clínica y formador en habilidades directivas. Es Director del Master de Gestión Clínica de la UOC (Universitat Oberta de Catalunya). Profesor de Gestión Clínica del Máster de Administración y Dirección de Servicios Sanitarios, Fundación Gaspar Casal y Universidad Pompeu Fabra.*

GESTIÓN CLÍNICA II

1. LA GESTIÓN CLÍNICA ES UNA CUESTIÓN DE ACTITUD

Los valores socráticos se emplean para formar un tipo de ciudadano en particular: un ser activo, curioso y capaz de oponer resistencia a la autoridad y a la presión de los pares.

Desde hace unos años estamos hablando mucho de gestión clínica pero inversamente proporcional observamos la posibilidad de objetivarse su aplicación. Por todo ello, puede caer en el olvido y permanecer en el recuerdo como una moda pasajera. También es cierto que si hablamos mucho de ella es precisamente porque no se realiza. Si además, consideramos la gestión clínica como una obviedad que no se aplica entonces llegaremos a conclusión de que corren malos tiempos.

Los orígenes de la gestión clínica los podemos encontrar en el Informe Griffiths. Este informe se publicó en el año 1983 que significaba una serie de cambios que pusieron de relieve la importancia de poder implicar a los profesionales de la medicina para alcanzar los objetivos. Este informe proponía la separación entre la prestación y la contratación de los servicios sanitarios y la introducción de establecer un mercado interno, en el cual el profesional sanitario competiría para la obtención de la contratación. Esta apuesta significaba el traspaso de las decisiones más ligadas a los servicios locales de administración y de gestión de salud hacia los profesionales. Sin embargo, aquella implicación de los profesionales fue muy orientada a promover la competividad basada en la actividad y utilización de recursos sin enfatizar de forma suficiente la calidad del servicio prestado. En este sentido, fue muy notable el impacto del escándalo acontecido en el Hospital de Bristol entre 1984-1995 por la extracción de órganos de neonatos fallecidos sin el consentimiento de los padres como un destacado fracaso en la asistencia sanitaria. El Hospital admitió esta práctica en unos 180 corazones en un periodo de 12 años. En el documento final sobre el caso *Bristol inquiry* (1998-2001) podemos leer: “La importancia de mejorar en el concepto de un servicio de salud centrado en el paciente, basado en la honestidad y accesibilidad. La relevancia de que el servicio prestado por, los médicos, enfermería, otros profesionales de la salud y gestores, es un trabajo colectivo y cada uno de los distintos estamentos debe ver reconocida y conocida su contribución en el servicio prestado a los pacientes. La oportunidad de aprendizaje que representan los efectos adversos, errores y los eventos centinela en vez de ser elementos de queja”.

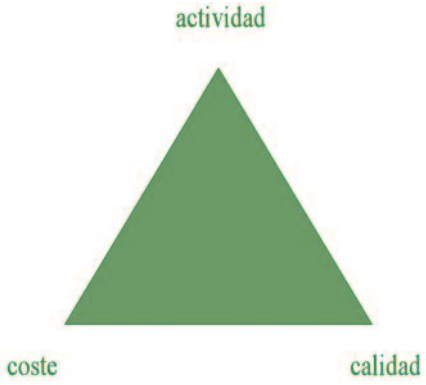
La falta de evaluación y de acuerdo en criterios de calidad puso de manifiesto de la necesidad de disponer de indicadores, el compromiso en su publicación y la creación de organismos independientes para su evaluación. Esto significó una implicación no solo de los organismos profesionales corporativos, sino de la

misma organización del *National Health System* (NHS) y del propio Departamento de Salud. Este énfasis en la calidad del servicio prestado y basado en la centralidad del paciente dio lugar al desarrollo de nuevas formas de gobierno clínico (*Clinical Governance*). Aproximadamente fueron 10 años los requeridos para materializar este cambio. Un inciso, para algunos quizás resultan demasiados, pero es de todos conocidos que este tiempo depende de la profundidad del cambio que se propone y de la voluntad en llevarlos a cabo. Sin embargo, desde nuestra ámbito de decisión poco podemos decir, pues a pesar de un determinado consenso implícito del informe abril (1991), fue notoria la falta de voluntad en aplicar sus recomendaciones y se ha convertido en una signatura pendiente. Esta poca capacidad para realizar cambios también fue notable en el desarrollo la Ley de la General de Sanidad y del acuerdo parlamentario del 1977 que proponían diversificar la prestación de los servicios hospitalarios. Por consiguiente *"sobrediagnosticamos"* el sistema sanitario (nos preocupa); pero a la vez somos incapaces de llevar a término aquellos cambios necesarios (pero no nos ocupa), lo cual se traduce en cierto analfabetismo funcional que significa saber leer y escribir pero sin saber aplicarlo. Desde hace unos cuantos años, nos hemos limitado a pedir desde el sector sanitario más financiación, en base a su eficacia y eficiencia, pero sin datos contrastables e independientemente incluso del nuevo panorama económico, que también aprieta al resto del gasto social, como deberíamos saber.

2. DEFINAMOS LA GESTIÓN CLÍNICA

Con el desarrollo tecnológico de los sistemas de información, que conforman la actual sociedad basada en la accesibilidad y alcance de la información, la medicina debe de irse adaptando a los nuevos retos que se derivan. La financiación de los diversos sistemas sanitarios de los países desarrollados es diversa, con un predominio de la financiación pública. Incluso el sistema de financiación privado por antonomasia de EEUU, convive con sistemas de financiación pública como son el Medicare y Medicad. La provisión de los sistemas sanitarios se pueden simplificar en dos modelos. Uno basado en un sistema nacional de salud (UK, Suecia) y los basados en aseguramiento (Francia, Alemania). Sin embargo, ambos sistemas están convergiendo en tanto a la universalización, propio de los SNS, como del control de la demanda basada en copagos, propio de los sistemas de aseguramiento.

En los distintas reformas de los sistemas sanitarios podemos encontrar una serie de conceptos coincidentes: Des-centralización de la gestión, autonomía de gestión, uso adecuado de recursos, alinear intereses de los profesionales, eficacia, orientación al usuario, nuevos modelos organizativos… y quizás notamos a faltar más responsabilidad en las decisiones, eficiencia y efectividad y motivación de los profesionales compatible con un sistema afectivo para los paciente.



En cualquier actividad empresarial debería existir un equilibrio entre la actividad, coste y calidad. Este concepto también es de aplicación a la Medicina y por consiguiente de cualquier organización sa-

nitaria. Esta actividad responde a una equidistancia –el triángulo equilátero– y no deberíamos disponer de otro tipo de triángulos que suponen una gran calidad con escasa actividad pero muy costosa, o mucha actividad y con poca calidad, aunque represente un coste bajo.

La gestión clínica requiere para su desarrollo de unas condiciones necesarias como son modelos organizativos que favorecen la creatividad, responsabilidad, autonomía y por consiguiente la obligada productividad; pero no son suficientes, si esta actividad esperada no se acompaña de efectividad y eficiencia por no aplicar los conocimientos que se basan con datos contrastados. Así mismo, la gestión clínica requiere un cambio de actitud al poner de relieve la bondad de los trabajos en equipos, organizaciones y sistemas frente al trabajo solitario.

3. EL DESARROLLO TECNOLÓGICO Y LA GESTIÓN CLÍNICA

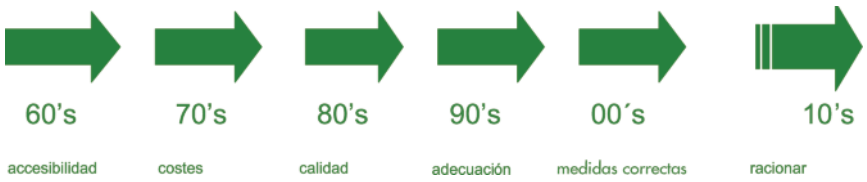
Nuestra sociedad, como mínimo desde hace 40 años ha vivido con la idea de asimilar el futuro con expectativas crecientes de progreso y bienestar. En este sentido, la medicina actual es el resultado de su capacidad de adaptación a las innovaciones tecnológicas, muy relevantes, desde la segunda mitad del siglo XX. El sector sanitario poco a poco, en ocasiones y en otras ocasiones de forma muy rápida, ha ido incorporando aquellos elementos que se han desarrollado en el sector industrial. Por ejemplo, el ciclo PDCA (Plan (Planificar); D = Do (Hacer); C = Check (Chequear, Verificar) y A = Action (Actuar). que se propone para la mejora de calidad en distintos sistemas sanitarios basado en el principio de Deming de la década de los años 50 con un enfoque sistemático para mejorar de forma continua las necesidades de los clientes.

Si realizamos un ejercicio de perspectiva desde la segunda mitad del siglo XX podremos extraer una serie de conclusiones interesantes que nos puedan permitir el por qué, de todo aquello que aún sabiendo, no somos capaces de poner en práctica.

Los avances que representan las innovaciones técnicas se introducen con mucha mayor rapidez (quizás en ocasiones sin su perceptiva mínima evaluación) que las de aquellos cambios que conllevan innovaciones de proceso. En las primeras, que se traducen por una solución técnica, esperada tanto por el profesional como por el paciente, su ágil incorporación al sistema sanitario, por lo general, es muy difícil de poder controlar. En cambio las innovaciones de proceso, que por lo general no son tan satisfactorias de entrada para el profesional y que representan un esfuerzo en la curación por parte del paciente, aunque sean beneficiosas, su desarrollo por lo general, han sido mucho más lento.

La relación médico-paciente es satisfactoria cuando tanto para el profesional como para el paciente existe una solución técnica. El profesional tiene al alcance el diagnóstico y el tratamiento eficaz y es afectivo para el paciente pues no exigen ningún esfuerzo adicional.

Pero en muchas ocasiones el profesional no es capaz de saber con exactitud la enfermedad y el tratamiento es secundario, siendo más relevante la aportación que pueda realizar el paciente (régimen alimenticio, dejar de fumar, perder peso, realizar ejercicio …). El resultado es un profesional frustrado y un paciente defraudado. El primero esta educado para dar respuestas y el segundo sólo busca soluciones a sus problemas con el mínimo esfuerzo. En la actualidad, este segundo acontecimiento es mucho más frecuente que el primero. Pues, el peso de los pacientes con enfermedades crónicas en la actualidad es mucho más elevado que el perfil de los pacientes de los años 60.



El diseño de los hospitales y del sistema de salud en general, se han basado en aquel perfil y parte de la falta de la respuesta del sistema actual, es su escasa capacidad de adaptación a este perfil de paciente crónico, mucho más envejecido y resistente a aceptar la incomodidad de incorporar años a la vida.

Los avances de la medicina fueron espectaculares hasta la primera mitad del siglo XX en relación al control de dolor y de las infecciones, que permitieron el desarrollo de la cirugía, pero sin el debido reconocimiento del efecto de la mejor salubridad, alimentación y el aumento del nivel socio económico de la población como detonantes de las mejores expectativas de la esperanza de vida. Sin embargo, los recursos utilizados eran escasos y no fueron significativos hasta a mediados de los años 70 en que se incorporaron muchas innovaciones tecnológicas que se desarrollaron en la segunda guerra mundial, y posteriormente en la denominada guerra espacial. El sonar utilizado para detectar los submarinos en la segunda guerra mundial, fueron el origen de los ecografía actual, los estudios realizados en la fisiología de las caídas libres en la aviación propiciaron los avances posteriormente en la litotricia de los cálculos renales … Entre las innovaciones desarrolladas en los distintos proyectos de la NASA podríamos resaltar entre otras, las aplicaciones del papel de aluminio como aislante, reconocible en las imágenes en las noticias sobre los accidentes de tráfico, el tratamiento de la celulosa que ha derivado a los pañales, empapadores, etc. y el desarrollo de la nutrición enteral y sin residuos, que explican las investigaciones que fueron desarrolladas para alimentar y mantener a los astronautas en condiciones adecuadas durante semanas en el espacio.

Todas estas innovaciones fueron introduciéndose con el consiguiente aumento progresivo de los costes sin acompañarse de aquellos espectaculares beneficios que representó en su momento el control del dolor y la aparición de los anti infecciosos a principios del siglo XX.

A partir de los años 70, la disponibilidad de distintos métodos de diagnósticos y exigencias de conocimiento especializado dieron lugar a la mayoría de las especialidades que conocemos en la actualidad. Del conocimiento troncal, surgieron las especialidades, que significaban el progreso, y que fueron sustituyendo el conocimiento holístico de la medicina. El papel relevante de los hospitales en la sociedad en general fue en detrimento de la actividad ambulatoria y de forma específica a la figura del medico de cabecera. En los años 80, el desarrollo de los sistemas sanitarios iniciado en la post guerra va consolidándose y el coste que sí en un principio era despreciable, con la incorporación de la tecnología se va haciendo cada vez más significativo.

Llegado a este punto, en su momento se tomaron importantes decisiones como el que realizo el Medicare con respecto a los tratamientos ambulatorios. Desde hacía más de 20 años se conocía la bondad de realizar la cirugía de determinados procedimientos sin hospitalización. Dada la presión de los costes en el sistema público Medicare y la necesidad de introducir mejoras en la eficiencia, se tomó la decisión de pagar a los hospitales por procedimiento y no por estancia. Este cambio de incentivos en la financiación de los hospitales dio lugar a la expansión de los tratamientos ambulatorios y a su vez ha incidido de forma progresiva en el diseño de los hospitales.

En la década de los años 70, la gestión se enfrentaba a poder minimizar los altas inversiones que se realizaban en la incorporación de las nuevas tecnologías (por ejemplo la tomografía axial computarizada) y la respuesta se basaba en aumenta la productividad para bajar el coste medio de la prueba (eficiencia técnica). Sin embargo, en los años 80 este tipo de gestión no era capaz de dar respuesta al incremento de los costes y se pasó a la gestión de la eficiencia basada en realizar más con el mismo presupuesto (eficiencia de gestión). En los años 90, por un lado la tecnología empieza a ser menos costosa y por otro lado los sistemas sanitarios recogen la gran influencia del sector industrial en el papel que ejerce la mejora de la calidad del producto. Es la época de la introducción de los círculos de calidad. En este momento no es suficiente hacer más, con lo mismo sino hacer las cosas con calidad. Durante la primera década del siglo XXI ya no era suficiente hacer las cosas correctas (cantidad y calidad y coste) y la preocupación ha sido en intentar hacer correctamente aquellas cosas dada la inexplicable variabilidad clínica basada en los pacientes. En la pasada década expansiva, la retórica ha prevalecido sobre las acciones, y en la actualidad inmersos en una nueva década de signo económico distinto se han puesto a relucir muchas de nuestras carencias.

Cualquier sistema sanitario debe tener una relación con la capacidad del país en poder crear riqueza. Si esta remite y no es capaz de crecer en un tiempo razonable, impera revisar y realizar cambios para estar acorde a los nuevos tiempos.

4. EL DISEÑO DE LOS HOSPITALES Y LA TECNOLÓGICA MÉDICA

Un hospital es una edificación dedicada a prestar una determinada forma de asistencia sanitaria. De ser una serie de naves para enfermos y desamparados, los hospitales han pasado a ser hoy en día uno de los edificios más complejos y tecnificados. Hasta el siglo XX la arquitectura siempre ha caminado delante de la medicina en lo que a desarrollo tecnológico se refiere. En la actualidad sucede lo contrario, ya que los elementos arquitectónicos intentan ajustar se a los avances de la medicina.

En el siglo XI aparecen las primeras referencias de centros hospitalarios formados por una serie de naves de gran altura en las que se disponían los enfermos en sentido longitudinal. Esta planta estructurada con naves presididas por un altar constituye el paradigma de toda la arquitectura hospitalaria hasta el siglo XVIII. En este siglo aparece el modelo de hospital pabellonario, que se fundamenta en la separación de los diferentes pabellones para lograr más independencia, insolación, ventilación y la posibilidad de especializar cada pabellón en función de las diferentes enfermedades.

Posteriormente con la aparición de la cirugía a finales del siglo XIX (con el control del dolor) aparecieron las primeras salas quirúrgicas. El sistema de hospital de estas características con pabellones se abandonó a principios del siglo XX. La tecnología del acero, el ascensor, etc. y con la escasez de terreno en las grandes ciudades, los hospitales con pabellones se sustituyeron por concentrar los edificios en bloques para disminuir, ahorrar calefacción y racionalizar el alumbrado y la limpieza. Con la introducción de los métodos de diagnóstico y posteriormente de tratamiento, los hospitales sufren una nueva transformación que con pequeños detalles son la base del diseño predominante en la actualidad. Unos edificios con menos necesidades de salas de hospitalización convencionales (pero con más camas de críticos) y por un mayor peso de la actividad a nivel ambulatorio (diagnóstico y tratamiento con la imagen, consultas externas, cirugía ambulatoria, hospitales de día…).

A finales de los años 80 dado este cambio radical ya se intuyo la futura decadencia de los hospitales tal como lo conocemos hoy fruto de las distintas innovaciones tecnológicas a nivel diagnóstico y tratamiento. A partir de entonces y con la mayor expectativa de vida y cronicidad de los pacientes se inicia el

cambio progresivo hacia un perfil de los pacientes con unas necesidades más longitudinales, y que se ajustan mal a los cuidados compartimentados como se realizan en la actualidad enlos hospitales.

5. INSTRUMENTOS PARA MEJORAR NUESTRO CONOCIMIENTO

La medicina basada en la evidencia llegó para quedarse. A pesar de sus limitaciones y detractores más o menos interesados, la realidad se impone. Los avances tecnológicos en los sistemas de información tanto en su vertiente de capacidad de almacenamiento como de su accesibilidad, junto a la capacidad de análisis están incidiendo en el conocimiento médico, como en otros campos. Tenemos mucha más información que pone de manifiesto que aquella asistencia sanitaria que solía ser sencilla, ineficaz y bastante segura, en la actualidad es mucho más compleja, más eficaz pero también más peligrosa. Si hace unos 20 años por la jerarquía convencional era común aceptar que la medicina se basaba en un tratamiento "personalizado" dado que existían más variables que pacientes, en la actualidad este argumento ya no es la moneda corriente. Mediante agrupaciones de pacientes y de distintas variables, con la panoplia de herramientas estadísticas, podemos establecer pautas de comportamiento de pacientes similares que predicen el pronóstico en la aplicación de uno u otro procedimiento.

La medicina convencional se basaba en la fisiología, la medicina actual está fundamentada en datos, pero tanto como una como la otra, deben tener en cuenta en muchas ocasiones la experiencia del profesional para aplicar una u otra decisión. David Sackett, líder en aplicar la medicina basada en la evidencia en la práctica clínica diaria la define como "un proceso de aprendizaje *autodirigido* y permanente, que integra la mejor evidencia hasta la fecha con la experiencia individual". La medicina basada en la evidencia representa que la experiencia objetiva no está reñida con la experiencia subjetiva. La medicina basada en la evidencia al poner en entredicho determinadas creencias sustentadas por la jerarquía, sí que representa un reto. De la medicina basada en la obediencia alcanzamos la medicina basada en la evidencia. Es un cambio de paradigma, es un reto al statu quo y por ello, comporta amenazas de aquellos que se atrincheran en el desconocimiento de los demás, en vez de buscar el reconocimiento en validar su propio conocimiento. Sepamos que el mantenimiento del statu quo significa la permanencia de mecanismos de seguridad y control del entorno y así poder evitar las agresiones que puedan alterar nuestra realidad.

En cualquier caso, tanto en la medicina convencional como la basada en la evidencia existe un proceso de delegación para poder alcanzar un determinado conocimiento. En ambos tipos de conocimiento médico el esfuerzo personal es común, como la necesidad de privar parte de la libertad individual al aceptar, sin excesiva crítica, la opinión del superior jerárquico en la medicina convencional o en determinadas revistas o

portales en la medicina actual. En la actualidad es más oportuna que nunca la frase de Archie Cochrane "sería capaz de perder un poco de libertad por adquirir conocimiento". El secreto consiste en saber buscar bien y mejor el referente más capacitado y de no perder aquella capacidad de crítica, heredera del siglo de las luces, para saber hacer se más preguntas que buscar las respuestas.

En Internet disponemos de buscadores *Bandolier*, TRIP, entre otros y de revistas (Gestión Clínica y Sanitaria, *Medecine Based Evidence Review*, *American College of Physicians)* En su mayoría nos permiten abarcar una serie de conocimientos que de otra forma nos obligaría a revisar un número deartículos que por su cantidad sería inalcanzable.

Todos estos medios, no deben ser una opción de poder limitar nuestra propia capacidad de adquirir conocimiento. Un conocimiento adquirido con rigor, método, espíritu crítico y con la independencia que permiten los análisis coste efectivos, coste efectividad, medicina basada en la evidencia, etc. Aún con esta pretendida independencia que aporta la metodología científica este tipo de revistas no están conformadas por objetos, sino por sujetos y por tanto subjetivos. Estas revistas han de ser diversas, no excluyentes y con capacidades de autocrítica para evitar encerrase en una torre de marfil. Para ello, debe prevalecer la constante inquietud de cuestionar lo que parece obvio y una vez alcanzada una explicación razonable, volver a buscar una nueva respuesta, cómo reflejo de nuestro esperado espíritu científico.

El pensamiento crítico se vincula con las artes y las humanidades. El desarrollo de la imaginación, significa cultivar la capacidad de reflexión y pensamiento. La idea del aprendizaje activo suele implicar un compromiso firme con el pensamiento crítico.

En el mundo empresarial y cómo no en la medicina, es importante la innovación y existen motivos más que suficientes para suponer que la educación humanística fortalece las capacidades de la imaginación y la independencia de criterio, que son fundamentales para una cultura innovadora. Se debería incorporar el pensamiento crítico a la metodología pedagógica enseñando a los alumnos de pregrado y residentes a indagar, a evaluar pruebas, a escribir sus propios trabajos con argumentos bien estructurados y analizar los argumentos que se exponen en otros textos.Hay una crisis, peor que la económica, que pasa prácticamente inadvertida como el cáncer. La crisis de la educación. Se están descartando determinadas aptitudes que son necesarias también para la medicina para ser capaces de adaptar se a los nuevos retos. Si esta tendencia se prolonga nuestras instituciones en breve producirán generaciones enteras de máquinas utilitarias, en lugar de profesionales cabales con la capacidad de pensar por sí mismos, poseer una mirada crítica sobre las tradiciones y comprender la importancia de los logros y los sufrimientos ajenos.

6. ENCANTADOS DE CONOCERNOS

La gestión y la clínica representan toda una serie de conexiones sociales. ¿Cómo podemos resistir la presión social? ¿Qué provoca el conflicto social? ¿Somos criaturas de nuestros roles de género, de nuestros grupos, de nuestras culturas?… Por ello, es importante conocer cómo pensamos sobre las personas, como nos influimos y cómo nos relacionamos unos con otros. Para empezar a saber alguna cosa sobre todo ello, es importante primero conocernos a nosotros mismos, porque no darnos cuenta de nuestra subjetividad que es el peor obstáculo para mejorar.

Para empezar debemos ser conscientes que nuestras formas de comportamiento responden a nuestra arquitectura cerebral como seres humanos que se ha ido conformando con el tiempo desde hace más de 6 millones de años, con la aparición de nuestros ancestros. Disponemos por la evolución de una arquitectura cerebral orientada a la finalidad de la supervivencia y por tanto, no ha sido diseñada para la toma de decisiones racionales. En palabras de Darwin, no sobreviven los seres más inteligentes sino aquellos que son más capaces de adaptarse.

Además, desde que nacemos nuestro cerebro va absorbiendo información. La ordena, clasifica y procesa todo lo que percibe, pasa y de esta forma va creando nuestras creencias y conformando nuestros hábitos de respuesta. Aunque por nuestra arquitectura cerebral entra mucha información no tiene la misma capacidad para captarla. De este modo requiere de una especie de filtro que seleccione la información que va entrar. Somos selectivos en gran parte en función de nuestras creencias, intereses y necesidades.

Nuestra arquitectura cerebral comporta una serie de sesgos cognitivos que traducen sus limitaciones para ir más allá de la supervivencia, la cual cosa no es un demérito. Nuestro cerebro es coherente con su arquitectura cerebral disponible, que responde más bien conescaso interés en la planificación, a las respuestas a corto plazo y con obediencia ciega en más de una ocasión.

El primer paso para dejar de ser un ser irracional es dar nos cuenta de que somos, muchas veces, irracionales por la presencia de impulsos emocionales que representan nuestras servidumbres mentales (sesgos cognitivos).

Nuestro cerebro para emitir juicios y asumir una posición rápida ante ciertos estímulos, problemas o situaciones, utiliza los sesgos cognitivos como unos atajos, que nos pueden a conducir a errores que pueden ser graves. Cuando se trata de realizar juicios bajo condiciones de incertidumbre podemos cometer errores de dos tipos. Unos, denominados de tipo I, creemos ver lo que no hay (falso positivo) y otros de tipo II, no detectamos algo que sí ocurre (falso negativo). Probablemente porque los costes de los errores de juicio fueron seleccionados en el curso de nuestra evolución, se dio lugar a que los sistemas cognitivos seleccionasen los errores menos costosos. A la hora de estimar distancias cometemos un error de lo más útil. Una altura, por ejemplo, de 14 metros la percibimos como una de 21 metros. Pensar antes que un animal está dormido que muerto o la percepción del hombre por exceso a la insinuación sensual y la infra-percepción por parte de la mujer del compromiso del hombre. Se toleran poco los cambios y que en muchas ocasiones derivan a más de lo mismo o que en su defecto al final con el cambio todo sigue igual. Sin embargo, muchos de estos sesgos cognitivos tienen consecuencias perniciosas. En la vida diaria con frecuencia esperamos que ocurra algo hasta que ocurre. Entonces vemos de repente las fuerzas que hicieron aparecer el evento y no nos sentimos sorprendidos. Este fenómeno “eso yo ya lo sabía hace tiempo” conlleva cierta arrogancia (una sobrestimación de nuestros propios poderes intelectuales) y debido a que los resultados parecen como deberían haber sido previstos, es más probable que culpemos a los que toman decisiones por lo que son, en retrospectiva, “obvias” decisiones malas que les alabemos por decisiones buenas, las cuales también parecen obvias. Este efecto llamado de retrovisión lo invade todo, y olvida que lo que es obvio para nosotros ahora no era ni mucho menos tan obvio en el momento. Sí a unos médicos les decimos los síntomas de un paciente y la causa de la muerte (según la autopsia) a veces se preguntan cómo se pudo haber hecho un diagnóstico erróneo. En cambio, a otros médicos a los que sólo se les dan los síntomas, no encuentran el diagnóstico tan obvio. Lo que sucede no es que el sentido común sea predeciblemente erróneo, sino que el sentido común tiene razón después de los hechos. Nos engañamos a nosotros mismos fácilmente pensando que sabemos y sabíamos más de lo que sabemos y sabíamos.

Nuestros esquemas mentales organizan nuestros mundos y afectan poderosamente cómo procesamos la información social. Por ejemplo, no recordamos mucho o poco, sino bien y mal. Cuando pensamos sobre algo en relación a nosotros mismos, sencillamente lo recordamos mejor.

Tenemos una curiosa tendencia a elevar nuestra auto-imagen, sobrestimando o subestimando la medida en que otros piensan y actúan como lo hacemos nosotros, por el llamado efecto del falso consenso. Cuando nos comportamos mal o fracasamos en una tarea, nos tranquilizamos a nosotros mismos pensando que tales caídas son comunes.

Es relevante conocer que al explicar la conducta de alguien infravaloramos el impacto de la situación y sobre valoramos la medida en que esa conducta refleja los rasgos y las actitudes del individuo (error de la atribución). Cometemos este error cuando explicamos la conducta de los demás. Cuando explicamos la

conducta propia, con frecuencia nos fijamos en las situaciones. Cuando nos referimos a nosotros mismos, es típico que usemos verbos que describen nuestras acciones y reacciones (Me molesta cuando...) Si nos referimos a otra persona, describimos con más frecuencia lo que **es** la persona (el paciente de la habitación 34 es un pesado, en vez de describir sus motivos de queja).

En la vida real, los que tienen poder real son los que generalmente inician y controlan las conversaciones, lo cual lleva con frecuencia a los que están por debajo a sobre valorar sus conocimientos e inteligencia. Alerta, a los médicos, por ejemplo, se les supone que son expertos en todos los terrenos que no tienen relación con la Medicina. De la misma forma, que los alumnos con frecuencia sobre-valoran la brillantez de sus profesores.

El poder y los peligros de la intuición, la apelación a la novedad, el sesgo de disconformidad, el efecto contraste, la tendencia al riesgo cero, la falacia de la planificación, el efecto de Von Restorff (tendencia a situarse en un modo de queja continua), Obediencia a la autoridad, la tendencia a la obstinación … Todos estos sesgos responden a "determinadas economías de escala" que realiza el cerebro humano en virtud de automatizar determinadas acciones con la finalidad de sobrevivir, pero en ocasiones las consecuencias no son deseables en las relaciones sociales. Pero, somos capaces de acomodarnos a la incapacidad, a las rupturas románticas, a los fracasos, a las negativas de un puesto de trabajo y a los fracasos individuales y de equipo, más fácilmente de lo que esperábamos. Somos resistentes. No debemos caer en la trampa de creer que nuestra acción, pensamiento y sentir es producto del momento, sino que en realidad es producto de nuestro pasado. Dejemos más en paz la memoria y exploremos más nuestra creatividad.

Las relaciones sociales en la medicina son el componente necesario de la relación médico-paciente, el arte de palabras, sentimientos y actitudes. El profesional aporta su saber con comprensión con tacto y el paciente sus valores y deseos para establecer la decisión compartida, que significa más franqueza e imparcialidad del profesional y mayor grado de autonomía del paciente.

Por último, recordemos que la base del aprendizaje continuo radica en la actitud de reconocer que mucho de lo que creemos que es correcto puede no serlo, lo cual nos obliga a explorar nuevas y mejores prácticas. Todo ello sólo es posible si el entorno en el cual trabajamos apoya y predispone al aprendizaje.

7. MODELOS ORGANIZATIVOS

El cambio de perfil epidemiológico que acompaña al envejecimiento de la población (co-morbilidad, cronicidad, dependencia, fragilidad), la evolución tecnológica, así como el desarrollo en los Estados Unidos de sistemas integrales de asistencia sanitaria en un entorno de gestión empresarial (las *Health Mantienence Organzation* –HMO–), han provocado una profunda revisión de la organización de la gestión sanitaria y clínica basada en la atención de episodios. La continuidad de la atención y la provisión de cuidados son elementos centrales para una población con una alta proporción de personas de edad avanzada, que tienen una elevada prevalencia de enfermedades crónicas, degenerativas y tumores, frecuentemente concurrentes, cuyas trayectorias hasta la muerte están marcadas por recaídas y mejorías, y por un progresivo deterioro de su autonomía (dependencia) y fragilidad. La atención sistemática a estos enfermos ha mostrado una mejora en la calidad de vida y pronóstico de los pacientes crónicos complejos, así como una disminución de los costes de atención (reducción de los ingresos y estancias hospitalarias; disminución de la frecuentación en urgencias; uso adecuado del medicamento). Las redes asistenciales facilitan la provisión de asistencia de alta calidad, basada en la evidencia,reduciendo la variabilidad no aceptable en la práctica, utilizando guías de práctica clínica.

El cambio de gestión por episodios a gestión por procesos conlleva la revisión de aspectos relevantes de la organización y gestión de la asistencia sanitaria y de la forma en que se mide y evalúa su actividad.

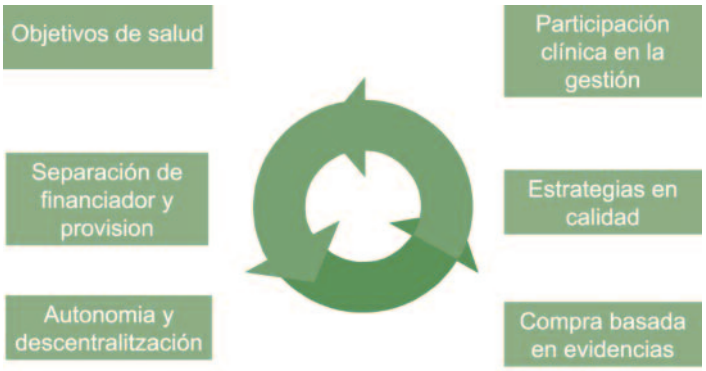
El cambio de una atención centrada en episodios a otra que garantice la continuidad asistencial implica la superación, por parte de los servicios clínicos, de los límites estrictos del hospital, para integrarse en una red articulada en torno a un proceso asistencial, que garantice un continuo asistencial que abarca el autocuidado, el domicilio del paciente, los recursos sociales y socio-sanitarios, atención primaria, y otros hospitales (de agudos o de convalecencia) y centros sanitarios de distinta complejidad.

Una red asistencial debe de disponer: 1. De un marco geográfico y de la población definido para cada bloque de procesos; 2. Conocer la relación y características de los recursos que están integrados en la misma (unidades asistenciales). 3. Disponer de instrumentos que garanticen la continuidad de los cuidados (protocolos, vías, procesos asistenciales integrados, etc.), conocidos y utilizados por los profesionales de la red asistencial. 4. Integrar a los equipos / profesionales asistenciales en los aspectos funcionales (especialmente de sistemas de información) y clínicos (gestión por procesos, gestión de enfermedades); 5. La red asistencial debe integrar diferentes recursos (domicilio, centro de salud, hospital local, servicios de referencia, unidades de convalecencia, etc.) proporcionando asistencia con el servicio más adecuado (apoyo domiciliario, consulta, hospitalización de día, hospitalización convencional, unidades de media o larga estancia, hospitalización a domicilio, etc.), de tal forma que se garantice la calidad, continuidad e integralidad de la atención de la forma más eficiente.

La razón de ser de las unidades asistenciales es la colaboración multidisciplinar dentro de un equipo es fundamental, pero no se debe olvidar la necesaria colaboración interdisciplinaria entre equipos, que significa equipos o unidades tratando situaciones clínicas complementarias que exigen comunicación y atención a las variabilidad en las prácticas clínicas.

8. LOS RETOS DE AHORA SON LAS SOLUCIONES DEL FUTURO

Para España el periodo 1997-2007 ha sido espectacular a nivel económico en valor absoluto y relativo con relación a los demás países de la UE, por un crecimiento medio diferencial del 1.5% por encima de la media de la zona euro de los 15. No deberíamos olvidar que en este periodo (denominado la década prodigiosa) en el crecimiento han contribuido tanto las ayudas económicas por parte de los fondos de la UE, como la culminación del proceso de privatizaciones en una serie de empresas públicas, la reforma del IRPF y del mercado del trabajo, entre otras medidas.



Tomado de Lister, G.; Rosleff, S. European Healthcare trends: towards managed care in Europe.

Durante estos años “expansivos” la gestión por lo general ha sido satisfactoria, pues con más o menos recursos, ideas y mucho por hacer se han desencadenado proyectos, se ha completado la descentraliza-

ción al resto de las Comunidades Autónomas y se han realizado mejoras estructurales relevantes. Sin embargo, se ha pensado más, que en hacer cosas, olvidando que sólo hacer cosas cambia la realidad y no sólo definiendo objetivos estratégicos: proliferación de planes de salud basados en descripciones y poco más, una separación "virtual" del financiamiento y provisión, banalización e imposturas con diferentes instrumentos de gestión, contratos programa que recuerdan al "monopoly" porque perpetúan las ineficiencias históricas y un debate sobre el sistema sanitario ausente que se ha sustituido por unos argumentos teñidos de prejuicios políticos y poco fundamentados en el análisis empírico. Por ejemplo, la descentralización se ha traducido en una timidez en los cambios organizativos, con una lógica fácil de seguir por adoptar de forma acrítica experiencias de otros, intentando reproducirlas, antes que innovar, que significa arriesgarse a buscar caminos propios.

En la actualidad ya podemos afirmar que en la próxima década 2007-2017 el escenario será distinto: las ayudas de la UE ya formarán parte del pasado, ya no existen grandes empresas públicas para privatizar y el necesario cambio de modelo económico no se impone, ni se realiza en un par de días.

El margen de crecimiento pues del gasto público será contenido y repercutirá en el reparto de la partida correspondiente al gasto social. Si los costes de la asistencia sanitaria siguen aumentando por encima del PIB se establecerán grandes tensiones si queremos corregir las iniquidades existentes con el resto del gasto social.

En los próximos años deberemos recuperar aquello de la gestión, que no deberíamos haber olvidado. Una gestión basada en cumplir objetivos claros y concisos con el mismo coste (no sólo monetarios) y conseguir el máximo resultado con los recursos disponibles, evitando no sólo lo que es perverso sino todo aquello que es fútil e inútil. Esto puede traducir una gestión incómoda en ocasiones o incluso antipática, que contrastará con la que estábamos acostumbrados, una gestión incrementalista, gratificante, pero tímida, engañosa, indolente, indulgente …

VALORES LIGADOS A COMO AFRONTAR LA GESTIÓN	
GESTIÓN EN EXPANSIÓN	**GESTIÓN PARA CONSOLIDAR**
Miedosa	Valente
Populista	Justa
Sumisa	Meritocrática
Endogámica	Talentosa
Opaca	Transparente
Inerte	Riesgosa
Miope	Trascendente
Partidista	Profesional
Cultura del déficit	Cultura responsable
Resultados actividad	Resultados clínicos

La gestión clínica puede ser la respuesta si la entendemos como un cambio de actitud adaptado a las nuevas tecnologías de la información y los nuevos modelos organizativos, con la finalidad de alcanzar la creatividad necesaria y poder afrontar la transparencia y rendición de cuentas requeridos, por una sociedad más consciente de los costes y de la calidad del servicio prestado.

Los distintos actores del sistema sanitario deberíamos ser conscientes que para mantener las prestaciones actuales –que no son pocas– los crecimientos de los niveles económicos presentes y futuros serán sustancialmente fruto de nuestras posibilidades y los esfuerzos deberán salir de una mejora de la eficiencia y en un segundo plano estarán los recursos financieros.

9. NUEVO ESCENARIO COMPORTA UNA GESTIÓN DISTINTA

En el sector sanitario predominan unas organizaciones jerárquicas, rígidas, sin cintura y con relaciones de trabajo permanentes que configuran con el tiempo una identidad propia. La gestión es complicada si no se acompaña de estabilidad en el tiempo y además es compleja si no es capaz de tolerar y asumir las imperfecciones de la naturaleza humana. Sin embargo, la gestión sanitaria se desenvuelve en un ámbito de transitoriedad y resultados a corto plazo. La estabilidad dela gestión es relevante para conseguir algún logro para poder afrontar distintas actitudes crónicas en las organizaciones como la falta de comunicación (la percepción que uno tiene es que perdemos más tiempo deshaciendo malentendidos que transmitiendo información) y la proliferación de la procrastinación (es sin duda la desidia que se acompañada de complejas tácticas dilatorias, en otras palabras se tiene una gran fuerza de voluntad para actuar en el futuro; pero una débil voluntad para el presente). Todos estos problemas, sin ánimo de ser exhaustivos, representan distintas rutinas defensivas o niveles de incompetencia competente que nos permiten sobrevivir en un escenario de autoengaño para evitar afrontar en muchas ocasiones la dura realidad.

Desde los años 80, que casi todo estaba por hacer, la gestión ha sido gratificante con la puesta en marcha de muchas infraestructuras e innovaciones tecnológicas. En este periodo de expansión ha sido relativamente fácil responder a las demandas y cuando nos satisfacen las demandas, por lo general, no preguntamos. Sin embargo, la realidad actual es muy distinta pues los niveles de expansión son mucho más limitados. Ya no se puede satisfacer las demandas al mismo ritmo que antes y por esto ahora, como no se obtiene respuesta a nuestras demandas, pedimos explicaciones.

- Identidad distinta en el estilo de dirección.
- Fomentar la autonomía responsable.
- Aproximar la decisión donde se produce el servicio.
- Pensar como cliente.
- Coraje para afrontar la intensidad del cambio.
- Decisión en el volumen y la intensidad de la práctica clínica.
- Curiosidad insaciable aprendiendo de los errores.
- Tomar decisiones basadas en hechos, no suposiciones.
- Evitar la mediocridad y la autocomplacencia.
- Paciencia.
- Reconocer las propias limitaciones.

Para poder superar todo aquello que hace complicada a la gestión es imprescindible la continuidad de los proyectos en el tiempo. La estabilidad en el tiempo es necesaria sobre todo para los proyectos ambiciosos, pero la gestión se complica y mucho, cuando además se acompaña de una elevada mortandad de los gestores sanitarios, independientemente de sus resultados.

Hoy en día, no son buenos tiempos para lírica para reclamar la estabilidad necesaria para la gestión sanitaria, pues la moneda de cambio es la bondad de la flexibilidad para atacar, no sin razón, las formas rígidas de la burocracia y los males de la rutina sin preguntas. La cultura política y del mundo empresarial promueve que no moverse es sinónimo de fracaso y la estabilidad parece casi una muerte en vida. En este nuevo orden, no se tiene en cuenta el paso del tiempo necesario para acumular experiencia. La experiencia no se respeta. En los tiempos actuales se considera que las reivindicaciones basadas en el paso del tiempo representan la otra cara del mal del viejo sistema burocrático en el que los derechos de la antigüedad paralizan a las instituciones.

10. LOS RETOS DE HOY PARA MAÑANA

En los próximos años la gestión gratificante será substituida por la gestión del racionamiento y no todos somos aún conscientes que deberemos saber adaptarnos a este nuevo escenario más pronto que tarde. No es esta una gestión que pueda crear afición, es una gestión más bien higiénica (el silencio es la respuesta al trabajo bien hecho y la bronca al descuido del mínimo detalle) y donde la individualidad se resiente. La

ética en el trabajo la deberíamos seguir entendiendo que se basa en el trabajo duro, con honestidad, compromiso y espera de instituciones suficientemente estables, dónde se pueda practicar la recompensa. La preponderante superficialidad actual con instituciones sometidas a cambios rápidos e innecesarios se puede volverse absurdo trabajar largo y duro. En esta cultura de la flexibilidad y de la imagen, la coherencia y la responsabilidad son rasgos de carácter menos destacados.

En conclusión, la gestión sanitaria ha de asumir sabiendo que los nuevos retos son más acelerados que nuestra capacidad de adaptación. En este contexto, la gestión sanitaria no debería estar sometida a la temporalidad de las exigencias electorales u otras similares y no debería olvidarse que su autoridad se basa en lo que se espera de ella, con valores coherentes, predecibles, con aptitud y actitud para resolver problemas.

LECTURAS RECOMENDADAS

Una nueva forma de trabajar mirando al futuro. III Congreso de Gestión Clínica 2011 Fundación Gaspar Casal. *http://www.fgcasal.org/fgcasal/publicaciones/articulos/Libro_III_Congeso_Gestion_Clinica.pdf*

Thomas H.Lee Turning Doctors into Leaders Harvard Business Review 2010. *http://hbr.org/2010/04/turning-doctors-into-leaders/ar/1*

Estándares y Recomendaciones Minsiterio de Sanidad y política social. *www.msps.es*

David G. Myrers Exploraciones de la psicología social. Tercera edición 2004 Mc Graw Hill

Wright J, Hill P. Gobierno Clínico. 2007 Elsevier.

Capítulo 3

Proyecto de Gestión Clínica

Autora

Paloma Alonso Cuesta

Paloma Alonso Cuesta *es Doctora en Medicina y Cirugía por la Universidad de Murcia. Médico Inspector por Concurso-Oposición Nacional Libre con fecha 21 de noviembre de 1983. Ha sido Directora Gerente de Atención Especializada del Área 8 de la Comunidad Autónoma de Madrid (1990-96). Fue Subdirectora General de Atención Especializada del INSALUD, (junio de 1996-enero 1999), teniendo a su cargo 82 Hospitales y 99 Centros de Especialidades (Policlínicos). Fue Asesora Internacional del Banco Mundial. Consultor Internacional en múltiples proyectos con Iberoamérica. Ha sido Directora de Relaciones Internacionales del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agosto 2002 –Agosto 2004. En la actualidad, es Consejera Delegada y Socia de la firma de consultoría sanitaria Globesalud, Proyectos y Acciones de Salud, S.L.*

1. IMPORTANCIA DEL DOLOR EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (EN ADELANTE SNS)

Entre las necesidades de salud de la población que precisan ser atendidas con carácter prioritario se encuentra el abordaje del dolor. Se calcula que cerca del 20% de la población tiene dolor crónico, siendo intenso en el 4,61% y diario en el 8,85%. A este porcentaje habría que sumar el dolor agudo que padecen muchos pacientes, incluso estando hospitalizados. La Sociedad Española del Dolor (en adelante SED) **recoge que del 68% de los pacientes que manifiestan dolor postoperatorio,** el 63,2% es tratado a demanda.

En la Encuesta Nacional de Salud de 2006**, un 23% de la población mayor de 15 años manifestaba haber padecido dolor crónico en los últimos doce meses.** El dolor es la primera causa de consulta en atención Primaria. **Un 10% de los españoles manifiesta haber tenido que reducir sus actividades habituales por algún tipo de dolor en las dos últimas semanas,** siendo este porcentaje casi el doble en mujeres que en hombres. Los sesgos de género han hecho que falte investigación científica respecto al dolor o que se acepte con poco rigor causalidades no probadas. Los dolores más frecuentes son los de espalda, huesos o articulaciones, aunque generalmente no se concreta su localización como sucede con el primero (cervical, dorsal, lumbar).

El dolor repercute negativamente en la calidad de vida de los pacientes. Las medidas de la efectividad de una determinada intervención en el campo de la salud, siempre incluyen la evaluación el dolor. Las personas con dolor intenso reconocen que se han visto obligadas a reducir o limitar sus actividades sociales habituales (53%). Los afectados presentan dificultades para conciliar el sueño (42,2%), ansiedad y dolor cabeza (40,6%, en ambos casos), insomnio (29,8%) y depresión (24,4%).

A su impacto sobre la salud se suma el impacto económico. Los costes derivados del dolor crónico vienen originados por factores directos (aumento del tiempo de dedicación del personal sanitario, consumo de productos farmacéuticos, realización de pruebas de laboratorio, etc.) y por factores indirectos relacionados con la disminución de producción causada por el absentismo laboral. El coste global de este tipo de dolor se sitúa en los países industrializados entre el 2,2% y el 2,8% del P.I.B.

Asimismo, el informe Pain in Europe 2 demuestra que el dolor crónico **provoca 16 días de trabajo perdidos por año y persona. Se calcula que el coste en Europa es de 34 billones €/año**. Por otro lado, la Sociedad Española de Reumatología declara que las enfermedades reumáticas (de las cuales el 96% cursan con dolor) cuestan 3600 millones de €/año.

La Ley de Cohesión y Calidad recoge que será preciso establecer estrategias para aquellas "patologías más prevalentes, relevantes o que supongan una especial carga sociofamiliar, garantizando una atención sanitaria integral, que comprenda la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación". Al ser el dolor, la primera causa de consulta en atención primaria y presentar un alto impacto sanitario, social y económico uno se pregunta **¿Porqué no ha sido objeto de una estrategia integral para su manejo?**

En efecto, su importancia contrasta con la **escasa relevancia y priorización que el abordaje del dolor ha tenido en las agendas de las autoridades sanitarias. Sirvan** como muestra algunos hechos que se exponen a continuación:

- El Sistema Nacional de Salud (SNS, en adelante) ha adolecido de un posicionamiento global ante este problema, debido al **limitado interés que ha recibido por parte de las autoridades estatales.**
- Es **interpretado de forma muy dispar por los responsables de las distintas Comunidades Autónomas, siendo pocos los planes de salud que mencionan** actuaciones concretas sobre el dolor El elevado grado de descentralización de nuestro Sistema conlleva la existencia de leyes, planes estatales y autonómicos, lo que complica el desarrollo de un marco normativo nacional. Por ejemplo Extremadura y Andalucía han elaborado un plan para el abordaje del dolor, mientras que éste no existe en otras CCAA.
- **Se han generado múltiples fórmulas de organización y funcionamiento de los equipos y unidades dedicados al dolor,** sin que existieran unos criterios para la homogeneización y clasificación de los diferentes tipos.
- **Los contratos de gestión no recogen objetivos e indicadores relacionados con el dolor.**
- **La definición y los sistemas de información y codificación clínica del dolor** han sido poco desarrollados, presentan dificultades para su medición y para la cuantificación de la actividad clínica y los resultados relacionados con este aspecto.
- **Las encuestas que miden el grado de satisfacción** de los pacientes, en escasas ocasiones, recogen cuestiones relacionadas con el dolor.
- **Los programas de formación** de pregrado, postgrado y formación continuada **no contemplan en muchos casos la formación en el manejo del dolor.** Por el contrario, los profesionales sanitarios reconocen estar insuficientemente capacitados en este campo; en el apartado correspondiente a evolución del paciente de la historia clínica se registra su valoración en un bajo porcentaje y no suelen existir de forma generalizada protocolos terapéuticos de analgesia, a excepción del área quirúrgica.

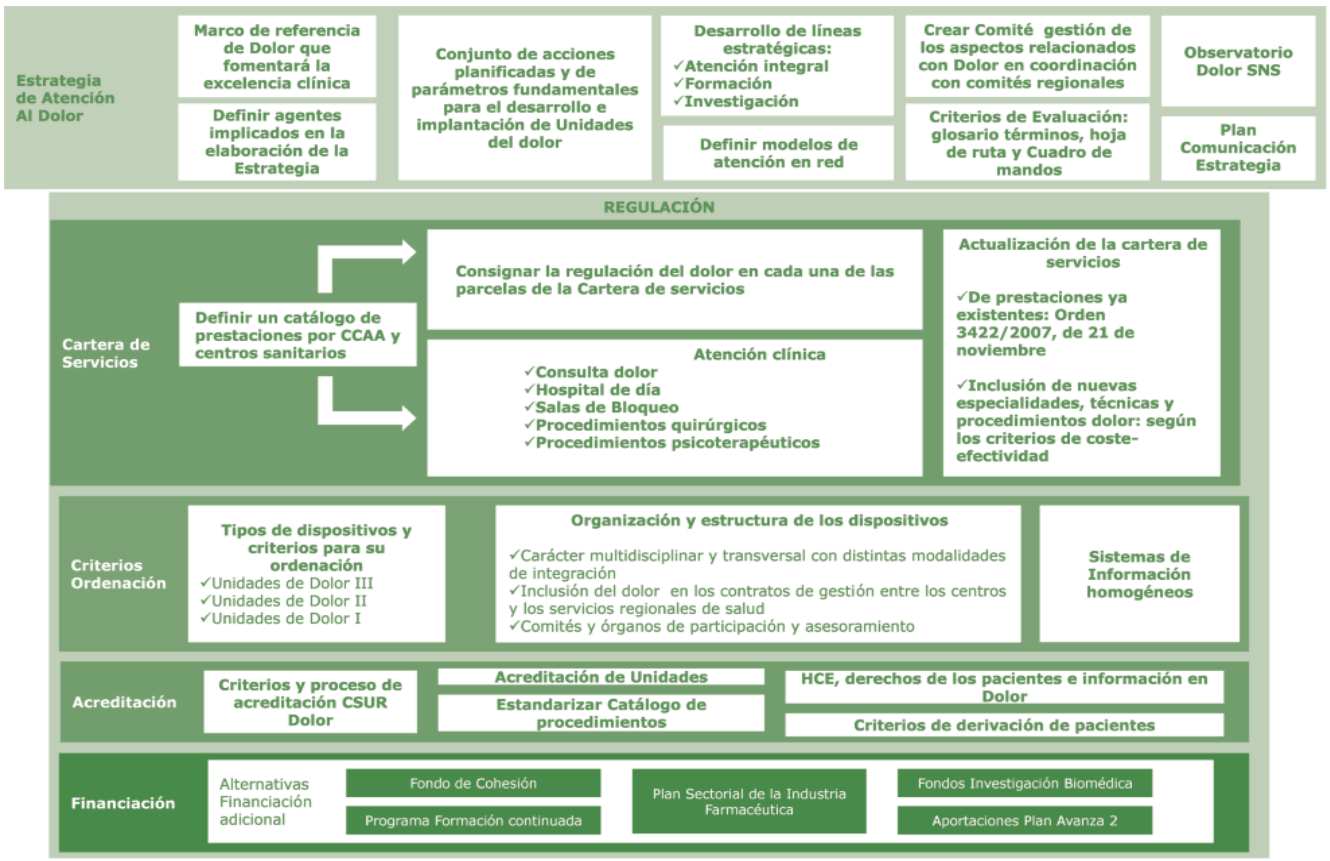
2. PROPUESTA DE ABORDAJE DEL DOLOR EN EL SNS

En el marco descrito, se comprende la necesidad sentida por diferentes grupos de interés de disponer de un marco referencial sobre el modelo funcional de abordaje del dolor. Autoridades, gestores, profesionales, sociedades científicas y asociaciones de pacientes se plantean el impulso a esta modalidad de atención, con el fin de garantizar los siguientes aspectos:

- **La equidad en el acceso**, de todos los ciudadanos a la atención del dolor.
- **La calidad en la provisión de las técnicas diagnóstico-terapéuticas** más idóneas para cada paciente que padece dolor.
- **El conocimiento por los profesionales** y la incorporación a su práctica clínica de aquellas innovaciones científicas altamente coste efectivas que permiten una correcta repuesta y tratamiento del dolor.
- **La obtención de economías de escala y sinergias** mediante la concentración de esfuerzos y recursos en los medios materiales y en el personal empleado en su atención.

En este contexto, el adecuado tratamiento del dolor en España requiere una planificación que, definiendo la posición de la que se parte en la actualidad, establezca el desarrollo de una agenda de actuaciones. Dicha agenda debería estar referida a la globalidad del Sistema Nacional de Salud (en adelante

SNS). Las actuaciones que se propondrían en dicha agenda estarían, en principio, articuladas **en las cinco líneas estratégicas** que se recogen a continuación:



Fuente: Curso de gestión clínica para las unidades del dolor de Madrid. Adaptado del documento elaborado por Globesalud para el Instituto Roche.

La primera línea estratégica consiste en la elaboración por parte del Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad (en adelante MSPSI) de la estrategia de atención al dolor. Se trata de establecer un marco de referencia de atención al dolor que fomente la excelencia clínica, así como identificar qué agentes deben estar implicados en la elaboración de dicha estrategia.

La creación de un comité nacional de expertos como órgano consultivo responsable de la elaboración, el seguimiento y la evaluación del cumplimiento de la estrategia resulta muy aconsejable. Al igual que en otras estrategias desarrolladas en el seno del SNS este podría estar integrado por los siguientes miembros:

- Un Coordinador científico.
- Un Comité institucional, con representantes de cada una de las CCAA.
- Un Comité técnico compuesto por representantes de las sociedades científicas, federaciones y asociaciones de pacientes, expertos, profesionales, representantes de los diferentes niveles de atención sanitaria y agencias de evaluación de tecnologías sanitarias… implicados de una u otra forma en el tratamiento del dolor.
- Representantes de otras instituciones colaboradoras.
- Expertos consultados por el MSPSI, para la elaboración del documento sobre Unidades de Tratamiento del Dolor (en adelante UTD).

Una vez definidos tanto el marco como los agentes habría que establecer el conjunto de las acciones planificadas y de parámetros fundamentales que conducen al desarrollo e implantación de UTD.

La estrategia estará orientada al desarrollo de los siguientes aspectos:

- **atención integral al dolor, para propiciar un modelo colaborativo, multidisciplinar, basado en la coordinación, niveles asistenciales y recursos específicos.**
- **la formación para favorecer la gestión del conocimiento y el abordaje del dolor por todas las profesiones y especialidades sanitarias tanto en el pregrado como en el postgrado y formación continuada.**
- **la investigación en el campo del dolor**.

Con relación al sistema de información y evaluación del abordaje del dolor la estrategia debe comenzar por homogenizar la información relativa a determinados estándares con el fin de adoptar una terminología común en las UTD. Se consensuará un glosario de términos, se definirá un conjunto mínimo básico de datos y unos criterios de codificación de los procesos y procedimientos en el campo del dolor.

Con el fin de evaluar el grado de implantación de la estrategia también se recogerán en ella , una hoja de ruta con los hitos más destacados y un cuadro de mando que integre indicadores de resultados que permita verificar los logros alcanzados.

Finalmente, dentro de esta primera línea estratégica, es preciso **establecer un "observatorio del dolor"** (situación y evolución de la atención al dolor en el SNS) y un "plan de comunicación" que incluya a los diferentes "grupos de interés", los canales y los mensajes específicos para cada uno de ellos.

La segunda línea estratégica sería la determinación de la cartera de servicios, relacionada con el dolor. Se trataría de concretar un catálogo de prestaciones a escala de cada comunidad autónoma y de cada centro asistencial. En las carteras de servicios se establecería primeramente el marco regulador de los procesos de atención al dolor en cada una de sus parcelas. Éstas serían, en principio, las siguientes:

- Consulta del dolor.
- Hospital de día.
- Salas de bloqueo.
- Procedimientos quirúrgicos.
- Procedimientos psicoterapéuticos.

La cartera de servicios de las UTD deberá actualizarse periódicamente, partiendo de las prestaciones ya existentes, definidas a través de la OM 3422/2007, de 21 de noviembre. La inclusión de nuevas técnicas o procedimientos debe seguir en cualquier caso los criterios de coste – efectividad.

La tercera línea consistiría en la ordenación de los recursos. Los recursos para la atención al dolor deberían incluir los diferentes niveles asistenciales: atención primaria, especializada y sociosanitaria y la capacidad resolutiva con la que cuentan cada uno de ellos para su atención. Con relación a las UTD emplazadas en hospitales se parte de los tres tipos señalados en el documento de estándares y recomendaciones relativas a este tipo de dispositivos, elaborado por el MSPSI. Los criterios de ordenación deben establecer:

- La organización y la estructura de estos tipos de dispositivos asistenciales.
- Su carácter multidisciplinar y transversal, con distintas modalidades de integración.
- La inclusión del tratamiento del dolor en los contratos de gestión que se llevan a cabo entre los servicios regionales de salud y los centros que de ellos dependen.
- Los comités y los órganos de participación y asesoramiento.

Finalmente, dentro de esta línea estratégica, deben quedar establecidos unos sistemas de información homogéneos.

La cuarta línea estratégica sería la relacionada con la acreditación. La acreditación de la UTD debería esta basada en los criterios que se establecen para los Centros Servicios y Unidades de Referencia (CSUR) del Sistema Nacional de Salud. Iría más allá de la acreditación, estableciendo el catálogo estandarizado de procedimientos, la historia clínica electrónica, los derechos de los pacientes, la información mínima necesaria para la obtención de los consentimientos informados y los criterios de derivación entre los distintos niveles asistenciales y los diferentes tipos de UTD.

La quinta línea se centraría en la financiación. Además de la financiación pública propia de cada centro o servicio regional de salud, esta línea estratégica debe contemplar las alternativas de financiación adicional. Entre ellas se encuentran **el fondo de cohesión** que destina una **cuantía específica a aquellas patologías o problemas de salud que cuentan con una estrategia** (por ejemplo las unidades de cuidados paliativos), los programas de formación continuada, **el Plan Sectorial de la industria farmacéutica** con posibilidad de alianzas estratégicas del tipo de **asociaciones público-privadas** y sistemas de riesgo compartido, **los fondos para la investigación biomédica y las aportaciones del Plan Avanza 2,** a través de los cuales también se puede propugnar **alianzas de largo plazo con socios tecnológicos**.

A modo de ilustración de la estrategia para conseguir un adecuado tratamiento del dolor en España puede servir la elaborada por la "Joint Comisión" de cara al tratamiento del dolor postoperatorio. En ese caso la citada agencia estadounidense establece los siguientes pasos:

- **Desarrollar un grupo de trabajo interdisciplinario que promueva los cambios requeridos en la práctica clínica** y la colaboración entre los estamentos implicados. En este grupo deben estar representados tanto médicos como enfermeras y farmacéuticos, junto a otros profesionales tales como fisioterapeutas o terapeutas ocupacionales, siempre que sea posible y se considere adecuado.
- **Analizar los conocimientos sobre tratamiento del dolor postoperatorio** con el objetivo de conseguir una mejora continua en su abordaje. Se debe obtener información acerca de cómo se está tratando y sobre las causas que motivan un tratamiento inadecuado.
- **Se han de definir unos estándares** sobre: cómo, cuándo y quién ha de evaluar el cuadro de dolor; dónde se debe dejar constancia de los resultados de dicha evaluación; y cuáles son los métodos para comunicar los resultados a los profesionales implicados.
- **Establecer guías** para la utilización de medicación analgésica. **Garantizar a los pacientes una respuesta rápida ante su queja por dolor**. Los pacientes deben recibir información sobre la obligación que presenta el personal sanitario de responder rápidamente a sus requerimientos cuando padece dolor.
- **Proporcionar a los pacientes y sus familiares material educativo** sobre la importancia de un adecuado control del dolor, sobre las escalas para su evaluación y de cómo establecer objetivos realistas para aliviarlo.
- **Formar a los estamentos implicados** en la atención a pacientes que pueden presentar dolor postoperatorio, sobre los aspectos señalados en el punto anterior.
- **Evaluar de forma continua la calidad** del tratamiento del dolor y promover medidas que la mejoren.

Varios son los avances que se han efectuado desde la fecha en que se proponía este marco de actuación, durante el curso de gestión clínica dirigido a las Unidades del Dolor de Madrid, en septiembre de 2010. **En la actualidad, las UTD cuentan con unos estándares y recomendaciones** elaborados por el MSPSI, que sin alcanzar la consideración de estrategia, recoge aspectos de estas unidades que fueron objeto de análisis en el citado curso. **Entre ellos la cartera de servicios, los criterios de ordenación de los recursos por tipos de UTD, la estructura física, el equipamiento que precisan, las listas de espera y las unidades relativas de valor** o ponderación de recursos que necesita la realización de cada una de sus actividades. Por ese motivo, aunque fueron objeto de presentación en el curso, no serán reiterados en este apartado.

Por el contrario, se ha avanzado en menor medida en los siguientes aspectos relacionados con el dolor:

- el establecimiento de **unos criterios para la inclusión** en la cartera de servicios del SNS**, de determinados procedimientos, tecnologías y técnicas innovadoras, relacionados con el tratamiento del dolor;**
- **el cálculo de la demanda poblacional que requiere atención al dolor**, no solo crónico, sino también agudo;
- **la determinación de la oferta existente en las distintas CCAA** para su abordaje;
- **la financiación de los tratamientos del dolor** (las propuestas se han mencionado anteriormente en la cuarta línea estratégica) y
- los sistemas de información para las unidades del dolor.

2.1. Criterios para la inclusión de los tratamientos del dolor en la Cartera de Servicios

El MSPSI junto con los distintos Servicios Regionales de Salud y las Agencias de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias, debería analizar, al igual que han hecho otros países (Reino Unido o Suecia), **las pruebas científicas sobre la efectividad de aquellas técnicas, tecnologías y procedimientos, relacionados con el dolor,** que están incluidos en la actualidad en nuestro catálogo de prestaciones.

En el siguiente gráfico **se recoge la "evidencia científica" de cada tratamiento por tipo de dolor que recoge el informe de 2006 de la Agencia de Evaluación de Tecnologías de Suecia**. Este informe

Evidence grade:
1 = Strong scientific evidence
2 = Moderately strong scientific evidence
3 = Limited scientific evidence.

Condition	Treatment that is effective for pain	Evidence grade
Angina pectoris (refractory)	Spinal cord stimulation (SCS)	1
Central neuropathic pain	Amitriptyline	2
	Cannabinoids	1
Chronic low back pain	NSAIDs	2
	Specific exercise	1
	Exercise, including components that affect behavior	1
	Multimodal rehabilitation, including psychological methods	1
	Tricyclic antidepressants	3
	Weak opioids	1
	Spinal cord stimulation (SCS)	2
	Behavioral therapy	2
	Acupuncture	1
	Harpago (herb)	3
Chronic neck pain	Acupuncture	3
	Supervised exercise	1
	Exercise, including components that affect behavior	3
Fibromyalgia	Multimodal rehabilitation	2
	Tricyclic antidepressants	2
Musculoskeletal pain	Strong opioids	2
	Balneotherapy (mud or mineral baths)	3
Neuropathic pain	Anticonvulsants	1
	Tramadol	3
	Topical capsaicin	1
	Amitriptyline	2
	Strong opioids	1
	Spinal cord stimulation (SCS)	3

Condition	Treatment that is effective for pain	Evidence grade
Osteoarthritis	Nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs)/ COX-2 inhibitors	1
	Paracetamol	1
	Topical capsaicin in the small joints	1
	Strong and weak opioids	1
	Avocado/soybean extract	3
	Chondroitin sulfate	1
Knee osteoarthritis	Strength and flexibility training	1
	Ginger extract (see Osteoarthritis)	3
Peripheral ischemic pain	Spinal cord stimulation (SCS)	1
Rheumatoid arthritis*	NSAIDs	1
	Topical capsaicin in the small joints	1
	Warm paraffin on the hands combined with exercise	2
Temporo-mandibular dysfunction (TMD)	Acupuncture	3
	Occlusal splint	3
	Methods that affect behavior (biofeedback, cognitive behavioral therapy)	3
Tension (muscle contraction) headache	NSAIDs are more effective than placebo and paracetamol	3
	Paracetamol	3
	Amitriptyline	1
Trigeminal neuralgia	Carbamazepine	2
Whiplash-related pain	Acupuncture	3
	Radio frequency denervation	3

Página 124

Fuente: Methods of treating chronic pain.

se fundamenta en una revisión sistemática de los métodos de tratamiento del dolor crónico (Methods of treating chronic pain de 2006). En este informe se clasifican en tres grados la evidencia científica de distintos tratamientos con relación al dolor: 1 fuerte evidencia, 2 moderada y 3 limitada. A continuación se describen algunos ejemplos, mostrados durante el curso.

En este mismo sentido, se propugna el establecimiento de un protocolo de evaluación del coste efectividad que muestran las distintas técnicas, tecnologías y procedimientos sanitarios relacionados con el dolor, con carácter previo a su inclusión en el catálogo de prestaciones. Como ejemplo se adjuntan algunas intervenciones que han sido evaluadas en el Reino Unido y en Estados Unidos en términos del coste que supone el año de calidad de vida ganado con ellas. Deben escogerse aquellos que ofrezcan un mayor beneficio por unidad de recursos consumida. Este método combinado con otros, podría ser útil para el **establecimiento de prioridades en la financiación de determinadas prestaciones, en el marco de nuestro Sistema Nacional de Salud.**

En la siguiente tabla se exponen diversos ejemplos de relación coste (en euros) – efectividad (en AVAC). Estas mismas valoraciones se deberían establecer para las actuales técnicas, procedimientos y tecnologías relacionadas con el dolor, incluidas e las carteras de servicios como para las que surjan en un futuro, como fruto de la innovación.

Tratamiento o Estrategia	Coste por AVAC
Determinación del colesterol y tratamiento con dieta (D2)	220 (RU,90)
Neurocirugía por trauma craneal (D2)	240 (RU,90)
Consejo médico para dejar de fumar (D2)	270 (RU,90)
Neurocirugía por hemorragia subaracnoidea (D2)	490 (RU,90)
Tratamiento antihipertensivo (adultos de 45 a 64 años) (D2)	940 (RU,90)
Implante de marcapasos cardiaco (D2)	1.100 (RU,90)
Implante de prótesis de cadera (D2)	1.180 (RU,90)
Implante de prótesis valvular por estenosis aórtica (D2)	1.140 (RU,90)
Deterinación colesterol y tratamiento con estatinas (> 49 años) (D3)	22.900 (EE.UU.,96)
Deterinación colesterol y tratamiento con estatinas (entre 25 y 39 años) (D3)	87.300 (EE.UU.,96)
Cirugía coronaria revasculizadora (enf. 3 vasos o tronco CI) (D3)	40.700 (EE.UU.,99)
Cirugía reparadora aneurisma de aorta abdominal (D3)	21.200 (EE.UU.,96)

RU: Reino Unido. EEUU: Estados Unidos.

2.2. Limitaciones para la determinación de la demanda y oferta relacionadas con el Dolor

Con respecto a la demanda, el número de personas que precisan atención al dolor así como el tipo de asistencia que requieren, resulta de difícil determinación por varios motivos:

- **Existen múltiples imprecisiones en la definición del dolor**, cuestión que limita el cálculo de las personas afectadas. La guía de práctica clínica sobre la lumbalgia, de Osakidetza, pone de manifiesto que **su prevalencia no está clara por la gran variabilidad en su estimación**. La multiplicidad de definiciones tanto sobre el dolor lumbar, como en los **métodos elegidos para su medición,** son el origen de esta dificultad para estimar su demanda. En primer lugar por tratarse de un síntoma con un claro componente de subjetividad. En segundo término porque en culturas como la española, hasta hace bien poco, se consideraba que el dolor debe ser soportado por los pacientes, sin recurrir a tratamiento alguno**. La definición** más aceptada en la actualidad es la enunciada por la asociación internacional para el estudio del dolor (IASP): “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial, o descrita en tér-

minos de dicho daño". Como se puede apreciar sigue siendo un concepto con gran componente de imprecisión.

- **El cálculo de la demanda suele efectuarse únicamente sobre el dolor crónico que padecen los adultos.** No se suele recoger en estas estimaciones el **dolor agudo** que presenta una alta incidencia, incluso en pacientes hospitalizados, ni el dolor psicógeno; tampoco se incluye la demanda que generan **algunos colectivos como los niños y los jóvenes**, o las personas que precisan atención al dolor entre aquellos que reciben **cuidados paliativos**. Así mismo es **imprescindible tener en cuenta las variaciones por sexo** y el aumento de personas con dolor a medida que se incrementa **la edad.** Todos ellos resultan relevantes para cuantificar el número de personas que precisan atención al dolor.
- **Las estimaciones de la demanda deben considerar aspectos geográficos y las isócronas (tiempo que tarda un paciente en llegar a un dispositivo sanitario en un medio de transporte público y en una hora punta de máximo tráfico).** La dispersión, la insularidad o las características de la orografía condicionan la accesibilidad geográfica de algunas de nuestras CCAA**.**
- **La demanda está también influenciada por las características de la estructura, el grado de jerarquización de los cuidados** y por el tipo de actuaciones relacionadas con la prevención: primaria, secundaria y terciaria del dolor. Distintos factores, tales como. la promoción del autocuidado del propio paciente siguiendo las indicaciones de las escuelas del dolor de espalda, la formación específica de los médicos de atención primaria en el abordaje del dolor, la protocolización clínica o el empleo de la innovación en el ámbito de las tecnologías de la Información y de la comunicación: telemedicina y consulta "on line" o la dotación de equipamiento electromédico de las UTD, varían notablemente las necesidades de recursos de estos dispositivos, en el seno de los hospitales.

Para la estimación real de la demanda se propone combinar varias fuentes, tales como:

- **Censo Poblacional diferenciado por sexo y edad**. Hay que considerar que las mujeres y los mayores de 65 años presentan dolor en mayor medida que otros colectivos. También se debe incluir a los niños y jóvenes que en muchas ocasiones no son incorporados a este cálculo.
- **Encuesta de Salud a la población**. Esta recoge en la actualidad datos relativos al dolor.
- **Conjunto Mínimo Básico de Datos** (CMBD) y de su agrupación mediante el sistema de medición de la casuística denominado Grupos Relacionados con el Diagnóstico del MSPSI y de los Servicios Regionales de Salud.
- **Encuestas de satisfacción de los pacientes y el barómetro sanitario,** siempre que recojan el dolor en su valoración.
- **Utilización y consumo de tratamientos analgésicos**.
- **Registros en la historia clínica** tanto de Atención Primaria como de Atención Especializada.

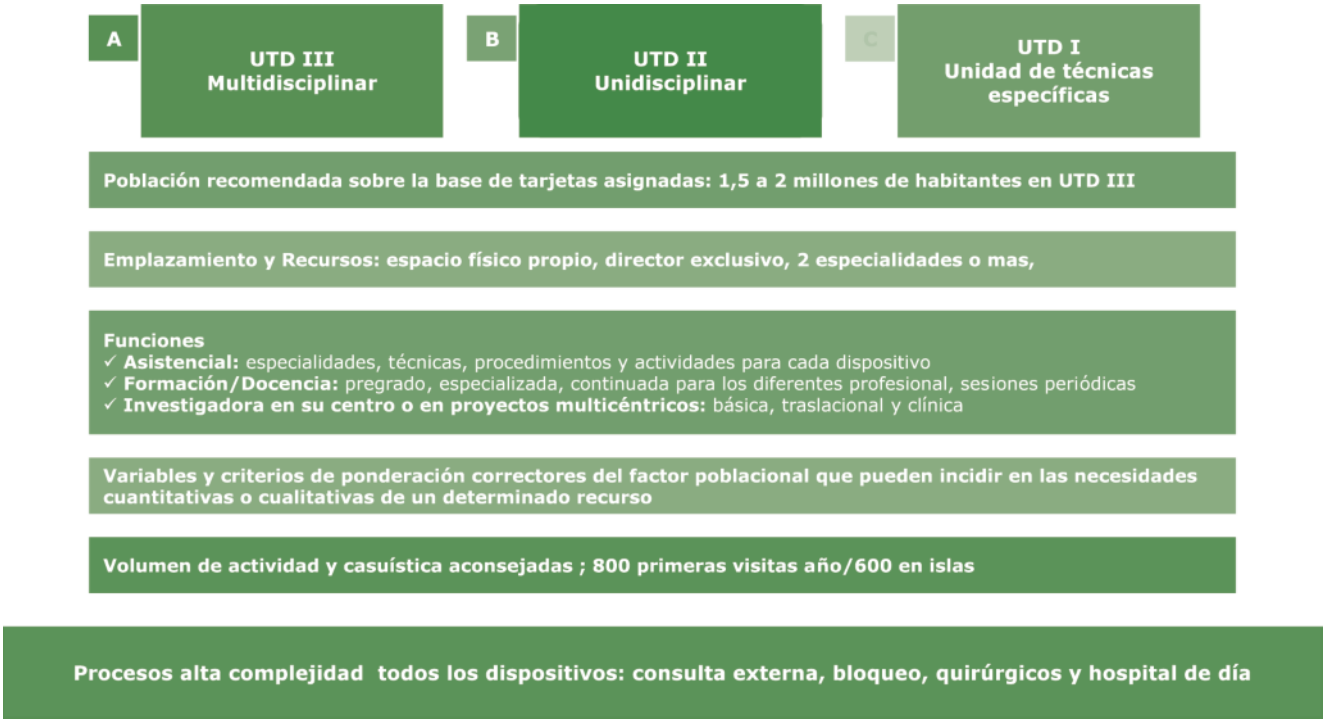
Con relación a la oferta, resulta imprescindible **conocer el número real de UTD existentes, por tipo de unidad, así como su distribución por Comunidad Autónoma**. El estudio del panel de expertos de la Sociedad Madrileña del dolor fue la base para definir los tipos de Unidades. Sus estándares han sido utilizados por el MSPSI para desarrollar una clasificación de las UTD.

Desde un punto de vista cuantitativo, el número de Unidades existentes en España y en cada CCAA varía según la fuente consultada, como se puede apreciar en la siguiente tabla:

CC.AA.	UNIDADES	PÚBLICOS	PRIVADOS	ADICIONAL H. PÚBLICOS	UNIDADES POR MILLON SED	UNIDAD POR MILLÓN R.
Andalucía	14	13	1	21	1,67	2,51
Aragón	4	4			2,97	
Asturias (Principado de)	2	2			1,84	
Balears (Illes)	2	2		3	1,85	2,71
Canarias	5	5	1	6	2,36	2,83
Cantabria	1	1		2	1,69	3,38

CC.AA.	UNIDADES	PÚBLICOS	PRIVADOS	ADICIONAL H. PÚBLICOS	UNIDADES POR MILLON SED	UNIDAD POR MILLÓN R.
Castilla y León	7	5	2		1,95	
Castilla-La Mancha	4	4			1,56	
Cataluña	23	23			3,06	
Comunitat Valenciana	9	9		10	1,76	1,96
Extremadura	2	2		4	1,80	3,61
Galicia	8	8		10	2,86	3,57
Madrid (Comunidad de)	24	15	9	20	2,32	3,10
Murcia (Región de)	7	6	1		4,10	
Navarra (Comunidad Foral de)	2	1	1		1,57	3,14
País Vasco	10	8	2		2,75	
Rioja (La)	1				3,10	
Comunidad Autónoma de Ceuta	1					
Comunidad Autónoma de Melilla	1					
España	**127**				**2,70**	

Fuente: Elaboración propia con las fuentes citadas.



Fuente: Elaboración propia sobre los estándares y criterios de ordenación de los recursos que recoge el documento del MSPSI.

En ella se recogen los siguientes datos:

- En la primera columna las **Unidades registradas en la SED**.
- En la segunda y tercera columnas **la diferenciación de la primera columna en unidades de dolor emplazadas en centros públicos y privados**. Estas últimas han sido rectificadas con relación a las contempladas en la SED, utilizando el Catálogo Nacional de Hospitales, donde figura la titularidad patrimonial de los distintos Hospitales.

- **En la cuarta columna se consignan las Unidades que aparecen en las páginas web de los Servicios Regionales de Salud**, en las sociedades científicas autonómicas de dolor o en ambas.
- **En la quinta y sexta columnas el número de unidades por millón de habitantes,** utilizando en el primer caso las unidades registradas en la SED y en el segundo las rectificadas tras contrastar otras fuentes. **Para el cálculo por millón de habitantes se ha empleado el censo poblacional de 2010 del Instituto Nacional de Estadística.**

Resulta muy difícil conocer la oferta real de UTD por millón de habitantes. Si utilizamos las registradas en la SED, se comprueba que algunas CCAA como Andalucía se situarían muy por debajo de la media española, porque solo constan 14, mientras que en la página web del Servicio Andaluz de la Salud aparecen 21 (1,67 por millón frente 2,70 de la media española). Sucede una situación similar en otras CCAA como Baleares, Canarias, Cantabria o Extremadura, por citar algunos ejemplos.

Mucho más complicado resulta diferenciar a que tipo de UTD pertenecen las existentes en cada hospital. ¿Son de nivel III por estar en un Hospital con servicios de referencia? ¿Puede un Hospital comarcal tener una unidad II? No se ha podido determinar con la información que obra en nuestro poder.

Sea cual sea la realidad, a día de hoy, la oferta sobre UTD presenta:

- **Subregistro en la SED o sobre registro en otras fuentes**, en cualquiera de los casos no coinciden las distintas bases de datos que hacen referencia a ellas.
- **Unidades que figuran en la SED como pertenecientes a centros públicos son en realidad privadas,** aunque algunas de ellas sean concertadas. En Madrid, por ejemplo se contemplan como públicas, 9 correspondientes a centros privados, como la existente en la Fundación Jiménez Díaz, por más que sea asimilada a la situación de pública, por tratarse de una institución que presenta un concierto sustitutorio con el Servicio Madrileño de Salud.
- **No constan las UTD ubicadas en los nuevos hospitales,** por ejemplo las emplazadas en los centros recientemente inaugurados de Madrid como el Hospital de Majadahonda antiguo Puerta de Hierro, o las pertenecientes a los Hospitales Infanta Leonor e Infanta Sofía. Tampoco consta la UTD del nuevo Hospital Son Espasses que ha sustituido al antiguo Hospital de Son Dureta.
- **Falta de diferenciación del tipo de UTD del que se trata**: I, II o III, según la clasificación del la Sociedad Madrileña que recoge el documento de estándares del MSPSI.

Por todas estas causas, **resulta muy compleja la valoración de la equidad en el acceso de la población a una UTD**.

Urge, por tanto, **la confección de un estudio pormenorizado o atlas español global y por CCAA del binomio oferta-demanda en el abordaje del dolor.** Este instrumento resulta indispensable para una adecuada planificación de los recursos necesarios para su atención.

2.3. Dificultades para la medición de 'producto' de las Unidades de Tratamiento del Dolor

El sistema de información de las UTD debería comprender además de la actividad cuantificada de forma numérica (consultas primeras, sucesivas, tratamientos en el hospital de día)**, la información clínica extraída del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD).** Este debería incluir tanto los episodios de hospitalización como los procedimientos realizados de forma ambulatoria programada.

La codificación clínica de los diagnósticos y procedimientos del CMBD se lleva a cabo mediante la Clasificación Internacional de Enfermedades, novena revisión codificación clínica (CIE-9-MC). En el caso del dolor, al tratarse de un síntoma, la codificación clínica muestra ciertas dificultades al carecer la CIE -9-MC de un apartado específico relacionado con él, a diferencia de lo que acontece con otro tipo de patología que se agrupa por categorías diagnósticas mayores. Sin embargo, se trata de una información relevante para

conocer: la casuística atendida por estas unidades, su calidad, la variabilidad de su práctica clínica, la adecuación de los recursos empleados y el coste de los procesos.

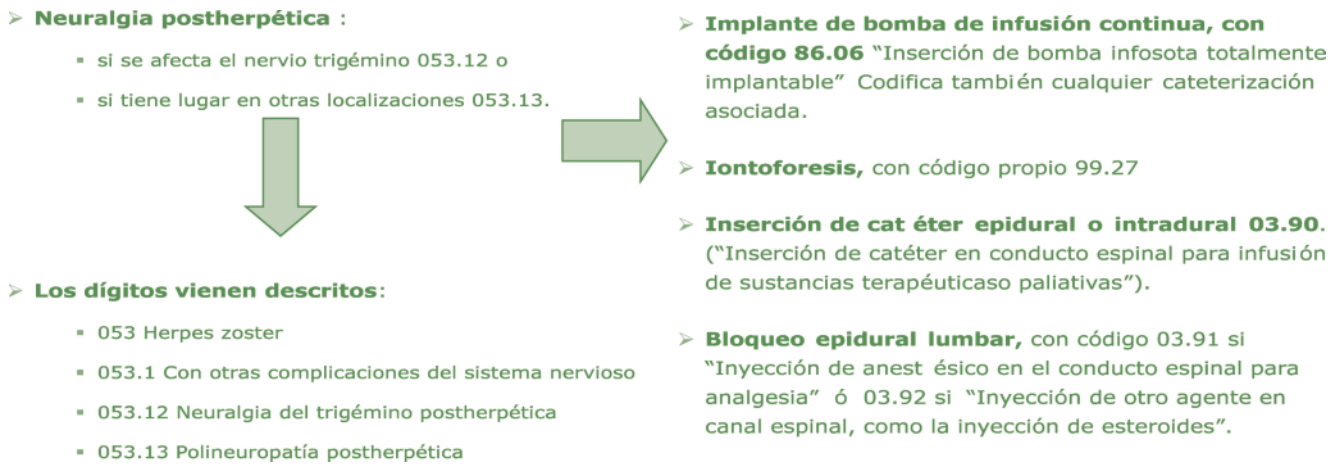
En el estudio efectuado por Vicente - Fatela y al (Rev. Soc. Esp. Dolor 2: 95-103; 2007), se recoge la dificultad que presenta la codificación del dolor, mediante la CIE9-MC. **Los autores señalan que la IASP** cuenta con su propio subcomité de **taxonomía** habiéndose diseñado un sistema de clasificación capaz de proporcionar con exactitud una información sobre el diagnóstico y el tratamiento de los distintos síndromes y tipos de dolor, además de contemplar sus implicaciones psicosociales. No obstante, al igual que sucede con otras especialidades, tales como la psiquiatría o la traumatología que también presentan determinadas limitaciones para la codificación clínica con la CIE 9-MC, se debe seguir empleando ésta clasificación, en aras de la homogeneización de la información clínica y de la comparación entre centros.

En el estudio citado, se proponen dos soluciones importantes para minimizar la dificultad que entraña la codificación clínica del dolor:

- **Estrecha colaboración entre los profesionales de la UTD y la unidad de documentación clínica,** cuyo personal es el responsable de esta actividad en los centros.
- **Utilización de las definiciones y esquemas de la Clasificación de la IASP,** para encontrar su correspondencia más fidedigna en la CIE-9-MC.

También muestran la importancia que tiene una **correcta recogida en la historia clínica del diagnóstico principal y de los secundarios** (comorbilidades y complicaciones) y **de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos empleados. Si éstos se consignan adecuadamente** se consigue una **indización más precisa**, al poder asignar un código de mayor especificidad a la localización o extensión del dolor (cuarto y quinto dígito).

En el gráfico siguiente se resumen en un modo sucinto un ejemplo del trabajo de los autores citados donde se observa como la inclusión de los dígitos permite mayor especificidad tanto en la codificación de los diagnósticos (lado derecho), como de los procedimientos (lado izquierdo).



La codificación mediante la CIE 9-MC de los diagnósticos y los procedimientos permite la aplicación de los sistemas de medición de la casuística hospitalaria como los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD). Este es el sistema de clasificación, y medición de la casuística más aceptado internacionalmente y sin duda el más validado. Los GRD adjudican a cada episodio del paciente codifi-

cado con el CMBD a un determinado grupo al que asignan grupo un peso relativo que está en función de su complejidad. Suponen en definitiva una forma de la medir "el producto" de un determinado servicio clínico, de un hospital o incluso de un conjunto o red de hospitales. Los GRD tienen coherencia clínica (el médico los entiende) y permiten conocer, entre otros los siguientes datos:

- Número de casos atendidos por grupo o GRD.
- Estancia media de cada grupo y estancia media ajustada comparada con un estándar (por ejemplo su grupo de hospitales).
- Los casos extremos (outliers).
- Los casos potencialmente ambulatorios.
- Los reingresos.
- El peso global y por GRD de la casuistica atendida.

A continuación se expone como ejemplo la casuística expresada en GRD de la UTD del citado estudio de Vicente-Fadela. La Unidad analizada perteneciente a un gran Hospital atendía por término medio unos 1400 pacientes/ año. El 90% de su casuística se agrupaba en tan sólo ocho GRD y suponía un peso de 0,86:

GRD	DESCRIPCIÓN	% TOTAL
243	Patología médica de columna vertebral	43,9
19	Tr. nervios craneales y periféricos son CC	13,0
247	Signos / síntomas Sistema Músculo-Esquelético-Conectivo	10,0
256	Otros diagnósticos Sistema Músculo-Esquelético-Conectivo	8,81
245	Enf. Ósea / Artropatía específica sin CC	6,05
239	Fractura patológica / No maligna Sistema Músculo-Esquelético-Conectivo	4,10
12	Trastornos degenerativos del Sistema Nervioso	2,32
244	Enf. Ósea / Artropatía específica con CC2,50	

Fuente: Vicente - Fatela y al (Rev. Soc. Esp. Dolor 2: 95-103; 2007.

Se ha analizado la base de datos correspondiente a los GRD del año 2009 que figuran en el MSPSI como actividad de las UTD. La información encontrada arroja los siguientes datos:

AÑOS	ALTAS HOSPITALIZACIÓN	ALTAS AMBULATORIO	GRD 243 HOSP.	GRD 243 AMB.	GRD HOSP.	GRD AMB.
2007	1.319	7.103	348	4.598	661	5.952
2008	1.551	8.671	338	5.100	746	6.878
2009	1.432	8.877	247	5.512	593	7.287

Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de 2009 de GRD del MSPSI.

Si se analiza en la base del MSPSI el porcentaje que representan los 8 GRD citados anteriormente sobre el total de la casuística que realizan las Unidades del Dolor, se obtienen los siguientes resultados.

AÑOS	% GRD 243 H	% GRD 243 A	% GRD FRECUENTES H	% FRECUENTES A
2007	26,4	50,1	64,73	83,80
2008	21,8	48,1	58,82	79,32
2009	17,2	41,4	62,09	82,09

Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de 2009 de GRD del MSPSI.

Por tanto, resulta evidente que en todos los casos el **GRD 243 "patología médica de columna vertebral" es el proceso más frecuente atendido por las** UTD, tanto en Hospitalización como en régimen ambulatorio, donde alcanza cerca del 50% de los casos. Los ocho GRD señalados representan el 60% de la actividad de las UTD en hospitalización y el 80% de los atendidos en régimen ambulatorio.

De estos datos también se desprenden varias conclusiones.

En el CMBD hospitalario, no se registra, como servicio, la mayoría de las UTD. Si la actividad media de una UTD de tercer o cuarto nivel de complejidad ronda los 1.400 episodios de alta, es imposible que la totalidad de UTD del Sistema Nacional de Salud, apenas alcancen los 10.000 casos.

El dolor sigue sin estar presente en la actualización de la regulación normativa por la que se aprueba el CMBD de los informes clínicos del Sistema Nacional de Salud (Real Decreto 1093/2010 publicado en el BOE del 16 de septiembre de 2010). En el apartado de antecedentes se incluye la valoración funcional de los problemas activos o enfermedades, recogiéndose escalas de dependencia, calidad de vida, grado de demencia pero curiosamente no se consigna el dolor. Con relación a la exploración física sucede una situación parecida. Se detalla la tensión arterial, la frecuencia cardiaca o respiratoria pero no aparece el dolor, quizá porque se sigue considerando dificultosa su definición y medición.

Por tanto, se requiere que la codificación clínica del dolor sea objeto de un estudio por el grupo de trabajo del MSPSI. El área de recursos semánticos y el grupo de trabajo de Snomed CT pueden ser una buena vía para su revisión. El propósito de éste última radica en constituirse como herramienta útil de terminología de referencia para el desarrollo de la interoperabilidad semántica de la historia clínica electrónica. Entre las cualidades de Snomed CT se encuentra la posibilidad de un establecimiento ágil de mapeos de otras clasificaciones de uso habitual como son: CIE-9MC, CIE-10, CIAP-2, LOINC, clasificaciones de enfermería…

3. LA GESTIÓN CLÍNICA APLICADA A LAS UTD

En España, **la gestión clínica fue la evolución lógica del establecimiento de los contratos de gestión,** de la dirección participativa por objetivos y del desarrollo de los sistemas de información clínico financiera. Supuso la descentralización y corresponsabilización de los profesionales en la toma de decisiones, en su área específica de responsabilidad e impulsó la orientación de los centros hacia la resolución de las necesidades de los pacientes.

En los contratos de gestión **las autoridades de los Servicios de Salud "compran" una serie de servicios preventivos, asistenciales y de rehabilitación a unos proveedores que pueden ser públicos, y privados** (por ejemplo: un hospital o un centro de atención primaria) con el fin de satisfacer las necesidades de salud de su población. Por tanto la financiación es pública pero la provisión puede ser pública o privada.

Los centros y unidades proveedores son los encargados de gestionar la prestación efectiva de los servicios. Su ejecución se realiza a través de unos profesionales que son en definitiva **los auténticos "decisores" del empleo y destino de los recursos asignados, en el ejercicio de su práctica clínica.**

En el gráfico siguiente, se recoge el flujo de relaciones entre los tres agentes: autoridades sanitarias, equipos directivos de los centros proveedores y decidores clínicos, para satisfacer las necesidades de salud de la ciudadanía.

Los tres agentes: autoridad sanitaria, directivos de los centros que proveen la atención y profesionales de las unidades y servicios que desempeñan su práctica clínica, son fundamentales para dar una respuesta adecuada al problema del dolor que padece la ciudadanía:

- **Los primeros introduciendo el dolor como un objetivo prioritario de sus agendas** y velando para que se proceda adecuadamente en la asignación y optimización de los recursos que se destinan a su abordaje.

- **Los segundos redireccionando los centros hacia la configuración de estructuras, actividades y medios**, tanto propios como integrados con otros proveedores de la red, que den cumplida respuesta al dolor.
- **Los terceros que son los que toman las decisiones asistenciales en función de la evidencia clínica**, disponible en cada momento, para prestar eficientemente el mejor servicio posible a la población aquejada de dolor, utilizando de forma adecuada los recursos que precisa cada caso, para su resolución.

Baste citar un ejemplo relacionado con un tipo de dolor como muestra de la importancia que presenta la implicación de los tres agentes citados, en la resolución de este problema. La introducción del parto sin dolor entre los objetivos, del extinto Instituto Nacional de la Salud, conllevó su inclusión por parte de las autoridades sanitarias en los contratos de gestión, su protocolización clínica por parte de los profesionales, su medición como actividad a través de la codificación del procedimiento, su financiación adicional en la partida de ingresos de los centros, su evaluación en las encuestas de satisfacción de los servicios de obstetricia.

Los principales "decisores clínicos" son los médicos, pero también la enfermería y el resto de personal sanitario. Estos son los que gestionan, en definitiva los que dan respuesta a una necesidad de salud de tanta relevancia para la ciudadanía como el dolor. Son los que finalmente deciden cómo se gasta el presupuesto asignado a salud. La estructura del SNS ha obviado, por regla general, este hecho que en la práctica resulta trascendental, no otorgando papel gestor a los equipos clínicos. Es decir que los que finalmente deciden cuánta actividad asistencial se realiza, con qué nivel de calidad se presta y en qué magnitud de costes se incurre, no tienen aparentemente ninguna obligación, ni responsabilidad gestora.

Para el desarrollo de un modelo de gestión clínica dirigido a la "gestión del dolor", se ha considerado pertinente **realizar un análisis de las experiencias existentes,** tanto en el ámbito internacional como en las diferentes CCAA que constituyen nuestro Sistema Nacional de Salud. Su fin consiste en **extraer conclusiones sobre aquellas experiencias más exitosas y aprovechar las lecciones aprendidas** en su concepción e implantación.

3.1. Experiencias de gestión clínica en el ámbito internacional

El intento de dotar de capacidad gestora a las unidades asistenciales clínicas no es nuevo, ni mucho menos exclusivo de nuestro país. Sin ánimo de ser exhaustivo, a continuación se describen las experiencias correspondientes a varios países de nuestro entorno.

En el Reino Unido los conceptos "Patient Focused Care" y "Clinical Governance" aparecen ya en la década de los 90 del pasado siglo. La atención centrada en el paciente se concibe como **medio para mejorar la calidad asistencial, abogándose por equipos multidisciplinares,** guías de atención clínica, valoración de la productividad y del rendimiento, métodos de incentivación y asignación de recursos a los equipos clínicos y creación de un instituto para la excelencia en este ámbito (NICE).

El "Nacional Health Service" (NHS) fue pionero en la implantación de sistemas de información clínica, programas de formación continuada de los profesionales, desarrollo de evaluación sistemática por "pares" y trabajo conjunto entre clínicos y gestores. En él NHS se han desarrollado **experiencias de optimización en la utilización de los recursos ligada a mejoras de calidad e incentivación** ("payment for performance" o P4P) que llega a generalizarse en atención primaria pero no en hospitales (sólo en un 10% de estos). **Posteriormente se produjo una evolución hacia organizaciones o equipos sanitarios integrados** y dedicados fundamentalmente a la gestión y la atención de las **enfermedades crónicas**. La gestión clínica desarrollada por estas organizaciones o equipos está fundamentada en el proceso, la **continuidad asistencial entre niveles** (atención primaria, hospitales, atención socio-sanitaria) y cuenta con indicadores de evaluación enfocados hacia los resultados de salud. En 2002 se produjo una **crisis en el proyecto de unidades de "clinical governance" por rechazo de los médicos**. Los acuerdos que planteaba el NHS implicaban incrementos salariales ligados a la evaluación de los resultados alcanzados y los recursos empleados. Estos planteamientos fueron interpretados por los médicos como una merma de autonomía en el ejercicio de su profesión.

En Francia, "les pôles d´activité" están regulados por la normativa "Ordonnance 406", de 2005. **Se trata de experiencias similares a los institutos desarrollados en España**. Su creación obedece a una lógica de simplificar la gestión, el **trabajo en equipo multidisciplinar** y la mejora de la calidad mediante una organización centrada en el paciente. Fueron creados por los consejos de administración de los hospitales, requiriéndose:

- **Un volumen mínimo de actividad** y masa crítica suficiente para una gestión autónoma.
- **Un proyecto médico** inscrito en el plan estratégico del hospital.
- **Un contrato interno** con objetivos e indicadores de medición de la actividad, calidad y los costes.
- **La especificación de los incentivos** en caso de alcanzar el logro de objetivos o las penalizaciones por incumplimiento.

La evaluación de "les pôles d´activité" (polos de actividad), realizada en 2008, arroja resultados dispares. Éstos parecen más relacionados con el nuevo modelo de tarifación de la actividad que con los cambios organizativos introducidos. Las experiencias que aparentemente obtienen mejores resultados son las que se referían a **la atención de la patología un determinado órgano o sistema fisiológico** (por ejemplo: sistema cardiovascular) o bien **con un tipo de población concreta** (materno-infantil, geriátrica). Los **peores resultados** en la citada evaluación fueron aquellos otros **cuya fusión no estaba asentada en un proyecto médico común**. Sólo el 4% de los hospitales había firmado un contrato de gestión con todos los polos, un 16% tenía un proyecto médico escrito, el 63% disponía de cuadro de mando de evaluación, un 18% diseñó incentivos en al menos un polo y un 3% ejecutó la productividad variable.

En EEUU, en los años 80, **la crisis económica y la alta competitividad entre hospitales obligaron a una reingeniería organizativa "centrada en el paciente".** Esta implicaba la agrupación de pacientes de similares características, **la protocolización clínica, la organización de equipos multidisciplinares**

para eliminar las barreras entre profesionales y así reducir ineficiencias, la formación continuada y la descentralización de la gestión. De todas las experiencias desarrolladas se decantó una gran variedad de modelos organizativos dentro de los diez hospitales mejor clasificados según el "US News Report 2007". En la mayoría de ellos persisten los servicios clínicos clásicos pero algunos centros como "Mount Sinai", "Jhons Hopkins" o "Mayo Clinic" cuentan con **conglomerados de servicios denominados institutos, fundamentalmente en Cardiología, Neurociencias y Oncología**. En otros casos **se fundamenta la fusión en la atención a un determinado tipo de patología como la mama, el asma o el dolor** (unidades de alto coste o de referencia). En cualquier caso se ha dinamizado la organización hospitalaria para ser capaz de dar respuesta a una determinada demanda o "línea de negocio". Los resultados evaluados en EEUU muestran que **los cambios organizativos sanitarios fundamentados en integraciones, tanto horizontales (unidades hospitalarias, hospitales) como verticales (primaria, especializada,..)** son los más exitosos y relativamente sencillos desde el punto de vista administrativo. Un buen ejemplo de este modelo de integración en red es el **establecido por la Kaiser Permanente,** una Health Maintenance Organization (HMO) que combina aseguramiento y provisión para unos ocho millones**.** Su éxito se basa no tanto en un modelo organizativo sino en la gestión conjunta de casos o procesos entre los diferentes niveles asistenciales o de centros de un mismo nivel de atención pero de diferente complejidad. Los profesionales clínicos trabajan juntos con independencia de donde esté su plaza y son socios de los grupos médicos responsables de la atención. Una experiencia derivada de este modelo es la **figura del médico "gestor del paciente"**. Se trata de un profesional que dirige el proceso de atención de cada enfermo, dirigiéndolo, coordinando e interactuando con los diferentes recursos diagnósticos y terapéuticos existentes en el hospital. Sin embargo, la integración clínica, suele ser complicada y exigir mucho tiempo para su logro de modo efectivo.

En los países nórdicos y en Australia, posiblemente debido a la gran dispersión de sus poblaciones, las experiencias más relevantes **tratan sobre la integración de redes sanitarias** y la centralización en determinados hospitales de la atención, fundamentalmente quirúrgica, de determinadas patologías muy complejas y de baja frecuencia, con el objeto de garantizar la calidad.

El Observatorio Europeo (OE), en sus estudios sobre hospitales, menciona que no existen pruebas de las ventajas que reportan los cambios organizativos hospitalarios centrados en el paciente. No obstante dicho Observatorio establece que los mejores resultados se alcanzaron en hospitales en los que **la reorganización se acompañó de una nueva infraestructura o remodelación orientada al proceso.** Por lo demás el OE señala que la mayor dificultad para la implantación de estas experiencias de gestión clínica en Europa frente a EEUU, está motivada por la fuerza de las organizaciones sindicales y corporativas en nuestro viejo continente. Además en Europa los hospitales no suelen ser instituciones independientes capaces de desarrollar estrategias de negocio no vinculadas a las de la red en la que se integran. Los hospitales europeos tienen dificultades para reducir o cambiar al personal en un entorno dominado por plantillas funcionariales. Por último, el OE subraya la necesidad de **garantizar la continuidad asistencial, ya sea entre niveles, entre centros del mismo nivel o entre servicios de un mismo centro**, como fórmula para mejorar la calidad asistencial.

En resumen, las tendencias actuales de reorganización en los diferentes países abogan por nuevos modelos "centrados en el paciente". Dichos modelos han de tener un **carácter multidisciplinar**, exigiendo una gestión por procesos y un acuerdo entre diferentes organizaciones. Generalmente, trasciende el ámbito de la atención especializada para incluir todas las actividades y niveles relacionados con la asistencia a un determinado tipo de patología o síntoma como puede ser el dolor.

Este tipo de modelos que implican al sector sanitario y también al socio-sanitario, son más difíciles de implantar que las agrupaciones de servicios o unidades de un hospital, al depender de varios gestores e implicar culturas y enfoques diferentes. Sin embargo, **desde el punto de vista de la efectividad, los programas que implican a todos los niveles de cuidados parecen ser más efectivos**, como se demuestra en los **modelos de gestión de casos para enfermedades crónicas.**

Las lecciones aprendidas de las experiencias internacionales de gestión clínica e integración de cuidados recomiendan una **clara voluntad política**, **transparencia en los objetivos del modelo, transferencia parcial del riesgo a los profesionales** (el exceso de riesgo suele conllevar abandono), **gestión por procesos o casos** que contemple a la totalidad de niveles de atención y profesionales implicados, **indicadores sencillos y de fácil evaluación** que no impliquen mayor burocracia para los clínicos e **incentivación grupal** a la productividad (la individual al inicio dificulta la integración).

3.2. Experiencias de gestión clínica en España

En España se han desarrollado modelos de gestión clínica que implicaban reorganización hospitalaria centrada en el paciente en casi todas las CCAA. Los modelos desarrollados se han denominado unidades de gestión clínica o bien institutos o áreas clínicas. La denominación **unidades de gestión clínica se emplea cuando se refieren a un único servicio o unidad**, mientras que la de **institutos o áreas clínicas se emplean cuando agrupan a distintos servicios y unidades que atienden patologías afines y tratan de garantizar una respuesta integral al paciente**. Varias de las CCAA que recibieron más recientemente la transferencia de las competencias sanitarias prosiguen con el modelo diseñado por el extinto INSALUD. Dicho modelo exigía una serie de requerimientos tanto al hospital como a la unidad o área, con carácter previo a la aprobación de su constitución. También requería el establecimiento de un contrato de gestión específico que implicara asignación de recursos.

La Comunidad Valenciana ha regulado mediante normativa (artículo 41 de la Ley 3 de 2003 y artículo 3 del Decreto 74/2007) las Áreas Clínicas y Unidades Clínicas como nuevas fórmulas organizativas de integración de los recursos asistenciales que fomenten la autonomía y la gestión clínica. En ambas normativas se recoge que para su constitución se requiere la autorización previa de la Agencia Valenciana de Salud y que reglamentariamente se establezca el procedimiento de creación (pero por el momento éste no se ha desarrollado formalmente).

En el País Vasco, Osakidetza, en su Plan Estratégico 2008-2012, menciona las Unidades de Gestión Clínica que han firmado contratos de gestión clínica en atención primaria (102). Las experiencias en atención especializada se reducen prácticamente a cuatro hospitales, y a las áreas de psiquiatría - salud mental, unificación de laboratorios y cardiología - críticos. El citado Plan Estratégico se inclina por un modelo asistencial innovador que desarrolle la integración del proceso de atención al paciente entre los diferentes niveles asistenciales y prevé el desarrollo de varias experiencias piloto durante el cuatrienio.

La Junta de Andalucía ha regulado las Unidades Clínicas en el Servicio Andaluz de Salud. Dichas unidades se han ido implantando de modo paulatino en atención primaria y especializada desde 1998. El marco jurídico de las Unidades Clínicas de Atención Primaria y Salud Mental se ha regulado mediante dos decretos (197/2007; Atención Primaria y 202/2008; Salud Mental). Para la solicitud, autorización y evaluación por externos de estas unidades se han ido desarrollando con periodicidad anual unas Guías. En las mismas se establecen los procedimientos para la elaboración de acuerdos de gestión, se recogen requisitos que deben cumplir los centros, las unidades y sus directivos. Un hito en el desarrollo de las citadas Unidades Clínicas en el SAS fue la creación del Consejo Asesor de Unidades Clínicas en 2007.

En la Comunidad Autónoma de Cataluña, el ICS en 2000 refrendó la reorganización centrada en la gestión clínica a través del Proyecto de Direcciones Clínicas. Experiencias en ese sentido ya se venían produciendo en distintos hospitales y centros de atención primaria, con mayor impacto, en estos últimos. A ello se añade que el Hospital Clínic de Barcelona fue uno de los primeros en desarrollar Institutos Hospitalarios.

En la Comunidad Autónoma de Galicia, las experiencias en gestión clínica han sido aisladas y ligadas a determinados centros como los institutos, fundamentalmente el de Cardiología de los hospitales Juan

Canalejo y de Santiago, aunque en la actualidad, la estrategia del Sergas, contempla la extensión de las áreas funcionales y de la gestión integrada de procesos a mas hospitales.

En Navarra en el año 2008 se ha regulado (Decreto Foral 71/2008) la estructura y funcionamiento del área clínica del corazón, dependiente del Hospital de Navarra, órgano de carácter multidisciplinar que integra la atención médico – quirúrgica de la patología cardiovascular, aglutinando servicios y unidades del Hospital de Navarra y del Hospital del Virgen del Camino.

En España, según clínicos y gestores los modelos de gestión clínica se encuentran en un momento idóneo para su implantación. Pero deben contemplar las lecciones aprendidas del ámbito nacional e internacional y las tendencias actuales que **se orientan a la gestión por procesos, de enfermedades crónicas o procesos agudos**, con formas organizativas flexibles que garanticen la integración de cuidados, propicien **el seguimiento longitudinal de los pacientes** (con varias enfermedades crónicas en múltiples casos), la continuidad asistencial y la atención compartida, evitando la fragmentación y los compartimentos estanco. En todos los casos, **la estrategia clínica debe ser la razón primordial y las organizaciones y asignación de recursos,** son sólo apoyos o instrumentos para adaptarse en consonancia y **minimizar los efectos perversos**.

Se deben priorizar aquellos procesos o problemas prioritarios de salud (recogidos en el plan en el caso de existir), **que afectan a un volumen amplio de población y que puedan beneficiarse de una integración para garantizar la continuidad asistencial intrahospitalaria, interhospitalaria o interniveles**. El proyecto de gestión clínica debe ser transparente, voluntario, con transferencia parcial del riesgo, implantación paulatina y con respaldo jurídico. **Las renovaciones de infraestructura,** bien sea con traslado de sede o simplemente por la remodelación de una existente**, así como la implantación de los sistemas de información,** que implican la integración de unidades, el trabajo multidisciplinar y la creación de redes**, facilitan la implantación de la gestión clínica.** Se trata de **aprovechar la inigualable oportunidad que propicia un cambio** que exige una adaptación a nuevos espacios, nuevos equipos y nuevas formas de trabajo, para plantear un modelo más efectivo de gestión integral por procesos o casos**.** Otros elementos esenciales son la voluntad política, la firmeza en la implantación del proyecto, la comunicación continua, el sistema de información, la formación en consonancia de los profesionales, la evaluación, retroalimentación y la incentivación. Todas son herramientas condicionantes del proceso.

Con independencia del reflejo en la normativa, en todas las CCAA los principios que rigen las iniciativas de gestión clínica incluyen **la voluntariedad de los profesionales que se acogen al modelo de gestión clínica**. Se establecen además unos **requerimientos específicos para optar al modelo tanto por parte de las instituciones implicadas,** sean de atención primaria o de atención especializada: plan estratégico, sistema de información clínico-económico, modelo de calidad instaurado, **como de las unidades en sí** (misión, visión, valores, cartera de servicios, protocolización clínica y gestión por procesos, plan de inversiones), **y de sus directivos y responsables** (liderazgo, elaboración de memoria, formación directiva).

En cualquier caso se contemplan los "contratos de gestión", como instrumento para fijar objetivos y resultados de actividad y calidad: asistencial, docente, e investigadora. Finalmente se establece **la asignación de un presupuesto clínico fundamentado en tarifas obtenidas mediante el empleo de distintos tipos de metodologías** de asignación de recursos (Unidades Ponderadas Asistenciales, Unidades de complejidad hospitalaria de los GRD, financiación percápita…). **Adosadamente al presupuesto clínico se fija algún sistema de evaluación del desempeño ligado a una incentivación** económica en caso de cumplimiento (con mayor o menor reversión de aquellos excedentes que se generen sobre el presupuesto clínico asignado).

Menos generalizadas se encuentran otras características. Por ejemplo, **la evaluación y el "procedimiento de acreditación" por externos de los requisitos y objetivos** (prácticamente se circunscribe al Servicio Andaluz de Salud). **La selección del nuevo personal y la reasignación de recursos,** entre la totalidad de capítulos presupuestarios, pueden ser realizadas en algunos casos concretos por los directores de los

Institutos (experiencias aisladas en el H. Juan Canalejo o el H. Clinic). En el resto no se permite mayor contratación de personal. aunque se reduzca el gasto en otros capítulos.

Las limitaciones de las experiencias españolas de gestión clínica se pueden resumir del modo siguiente:

- **Escasez de publicaciones científicas que muestren resultados obtenidos con los nuevos modelos**, fundamentalmente en atención especializada, siendo más frecuentes en atención primaria. Es más, la mayor parte de las existentes están relacionadas con la reorganización en sí y sus autores suelen ser gestores más que profesionales clínicos.
- **Entre las publicaciones que presentan resultados, éstos se relacionan generalmente con aumentos de la actividad asistencial**, menor coste por proceso, reducciones de la estancia media por patología y de las listas de espera. La mejora en la calidad de la asistencia se relaciona fundamentalmente con indicadores extraídos de los GRD y la implantación de protocolos, aunque las referencias a la evaluación de estos últimos y la reducción de la variabilidad de la práctica clínica, son mínimas.
- **Hay pocas pruebas de mejoras en resultados de salud**. La mejora en la actividad docente e investigadora se recoge en contadas ocasiones. En menos casos aun se contrastan de modo empírico las ventajas que supuso para los pacientes en términos de grado de satisfacción, medido con carácter anterior y posterior a la implantación. En prácticamente ningún caso se mide la mejora en la motivación y satisfacción de los profesionales integrantes de la unidad o instituto. Asistimos a un cierto modo de "despotismo ilustrado" todo para los pacientes y los profesionales pero sin ellos.
- En la mayor parte de los casos, **se produjeron incrementos en las carteras de servicios y prestaciones de las unidades e institutos que requirieron inversiones adicionales.** Si a esto se añade un descenso por regla general del coste por actividad pero un incremento de esta última, se desprende que **se acompañaron de asignaciones adicionales de recursos**.
- Por todo ello, **la tendencia actual aboga por las organizaciones sanitarias integradas que contemplen la totalidad del proceso de atención en los diferentes niveles asistenciales.**
- **Falta de respaldo jurídico que refuerce estos modelos en las diferentes CCAA**, a pesar de que los "nuevos modelos" de reorganización basados en la gestión clínica se iniciaron en España hace más de 10 años.

En general**, los problemas detectados para la implantación de la gestión clínica son los siguientes:**

- **Comienzo por la "forma" creando nuevas estructuras, sin acometer la gestión integrada de los procesos** que verdaderamente resulta el problema de fondo **y el que garantiza la continuidad asistencial.**
- **En muchos casos el sistema de financiación y asignación de recursos a los centros no favorece la gestión clínica**, la financiación per cápita parece ser la más aconsejable, para la implantación de este tipo de fórmulas. No por ello está exenta de efectos perversos. Se debe evaluar los resultados de salud.
- También persisten, salvo excepciones, determinados obstáculos como la **compartimentación por especialidad**, la escasa cultura de evaluación del desempeño, y el carácter vitalicio de los puestos de mando clínicos.
- **La política de personal es obsoleta**, existiendo dificultades para evaluar con indicadores objetivos el desempeño individual. Por otra parte, los modelos de reorganización basados en la gestión clínica implican a muchos colectivos, no médicos ni de enfermería, cuya labor y valoración es complicada.
- La actual crisis financiera **dificulta la política de incentivos, al menos los económicos**. La fijación de objetivos con los servicios tras la firma del contrato de gestión por los gerentes resulta cada vez menos frecuente. La evaluación del cumplimiento se produce de forma esporádica.
- **El Sistema de Información continua en muchos casos siendo precario** y además no incluye indicadores económicos, siendo fundamentalmente de actividad y numéricos, habiendo pocos indicadores de calidad y resultados de salud.

Las conclusiones y recomendaciones derivadas de las experiencias en gestión clínica:

- Se debe adoptar un **modelo flexible e integrador, exigente con los requerimientos** y que abarque distintas posibilidades.
- **La creación de agrupaciones ha de favorecer la resolución de un determinado tipo de patología,** relacionada o no con un aparato o sistema, pero con un volumen de casuística, que tenga prioridad en el plan de salud y repercusión en costes. Todas ellas características que justifiquen su creación (por ejemplo la gestión clínica del dolor).
- **La integración horizontal entre diferentes hospitales debe basarse en la creación de redes** (equipos multihospital para la resolución de determinadas patologías complejas).
- **La integración vertical que podría tener éxito es la global de atención primaria con especializada y servicios socio-sanitarios** o la parcial, limitada a determinadas parcelas (pediatría, geriatría, enfermedades crónicas).

Así mismo, se recomienda que los proyectos de gestión clínica se establezcan sobre las siguientes bases:

- **Un plan de gestión clínica** con definición explícita del modelo y difusión a todos los profesionales. El plan debe incluir la estrategia de implantación y como van a coexistir el modelo actual (residual) y el nuevo.
- **Una reorganización que prime la gestión por procesos y subprocesos clínicos**, eligiendo aquellos más relevantes por motivos de frecuencia, coste, gravedad o variabilidad. En la reorganización convivirán procesos internos propios del servicio tradicional con otros pluridisciplinarios, multihospitalarios, multiredes…
- **Un sistema de información robusto y cuadro de mandos con indicadores** que permitan evaluar periódicamente el desempeño.
- **Un organigrama del que dependerá el nuevo modelo organizativo**, especialmente importante cuando se implique a más de un centro.
- **Una política de personal** que permita progresivamente a los responsables la selección de profesionales la promoción, la incentivación económica, etc.
- **Un plan de formación en gestión del personal** que se integre. Al menos en una primera instancia el plan de formación debe de incluir a los responsables que van a asumir una transferencia de riesgos desde las gerencias.

3.3. Desarrollo del Modelo de Gestión Clínica de la Unidad de Tratamiento del Dolor

La atención orientada al paciente, basada **en una concepción holística e integral**, se diferencia del abordaje tradicional en el cual el paciente es atendido en función del órgano o sistema responsable de su problema de salud (las especialidades médicas) El caso del tratamiento del dolor es un ejemplo claro para comprender este concepto. **El problema de salud del paciente (el dolor) es abordado de forma multidisciplinar, independientemente de cual sea su etiología**.

La configuración de un modelo de gestión clínica para el abordaje del dolor debe responder a la formulación de las siguientes preguntas clave:

¿Cual es el fin y características del Proyecto Clínico?	Objetivos
¿Sobre que principios asienta el modelo?	Fundamentos
¿Quien puede optar al modelo?	Agentes
¿Qué se precisa para optar al modelo?	Requerimientos
¿Cómo y cuando se puede optar al modelo?	Procedimientos de acreditación
¿Cómo revalidar la acreditación	Evaluación

Por tanto, el desarrollo del modelo de gestión clínica de la UDT se inicia **con la definición de los objetivos y el diseño de la unidad**. Los objetivos de la UDT pueden clasificarse en:

- **Objetivo principal.** Se trata de diseñar un marco general de UDT al que puedan acogerse múltiples fórmulas organizativas innovadoras, planteadas por todos aquellos profesionales, centros, servicios y unidades de una o varias instituciones que deseen contar con unas estructuras más efectivas, fundamentadas en la gestión clínica, que comporten ventajas para pacientes, clínicos y gestores. Dichas ventajas podrían ser entre otras las siguientes:

  - Integración de cuidados y mayor continuidad asistencial en la atención al dolor.
  - Orientación de las actuaciones asistenciales a la consecución de unos mejores resultados terapéuticos en el diagnóstico y tratamiento del dolor.
  - Motivación de los profesionales dedicados a la atención del dolor con Incentivación de una práctica clínica más efectiva en su abordaje.
  - Mejora de la sostenibilidad financiera de la atención al dolor.

- Como **objetivos secundarios** se podrían definir los siguientes:

  - Establecer modelos de organización y gestión de UTD que promuevan la descentralización de la toma de decisiones y primen las buenas prácticas.
  - Definir los criterios y requerimientos mínimos que deben cumplir las UTD al adherirse a un proyecto de gestión clínica.
  - Desarrollar un método de evaluación y acreditación de las UTD que hayan optado por desarrollar un proyecto de gestión clínica.
  - Promover la cultura de evaluación del desempeño en las UTD.

Los fundamentos sobre los que debe asentar el modelo son los siguientes:

- **Voluntariedad**: el proyecto de gestión clínica en las UTD es potestativo.
- **Multidisciplinaridad**: porque el abordaje del dolor requiere un equipo experto altamente cualificado compuesto por distintos tipos de profesionales con conocimientos y especialización distinta y complementarios entre sí, pertenecientes a los distintos niveles de atención del dolor.
- **Flexibilidad** para adaptarse a las características propias del sitio donde se emplaza.
- **Transparencia** con rendición pública de cuentas.
- **Secuencial** para que pueda implantarse en sucesivas fases.
- **Enfoque a resultados**: se soslayan determinados aspectos estructurales para primar la consecución de los resultados de salud que originaron su conformación.
- **Perspectiva clínica** centrada en la gestión de los procesos.

Constancia: requiere tiempo y evaluación periódica.

Las razones que los profesionales clínica pueden encontrar para abrazar un modelo de gestión clínica para el abordaje del dolor son las siguientes:

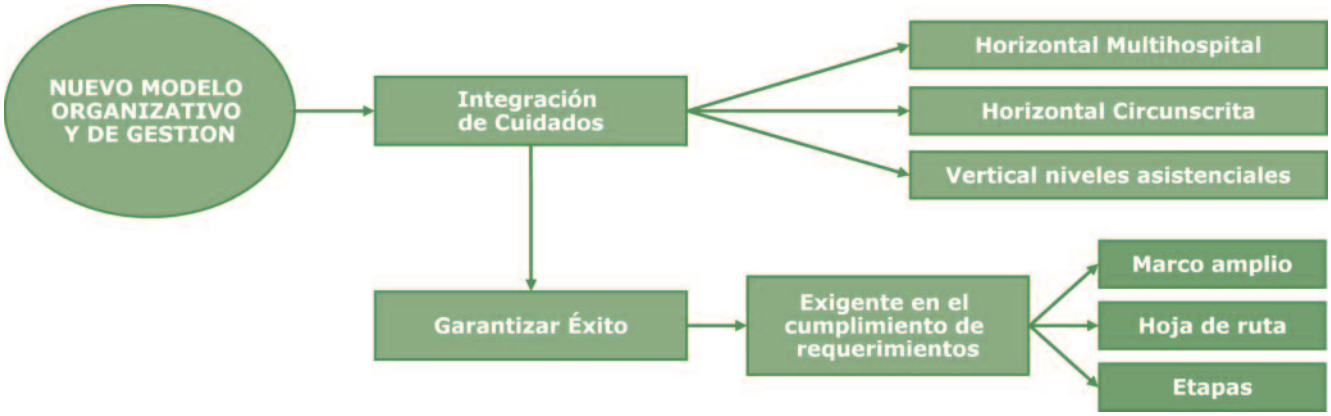
- **La necesidad de trabajar en equipos pluridisciplinares** que se **deriva de la medicina actual, caracterizada por un alto grado de especialización**, una población cada vez más envejecida y, en consecuencia con más pluripatología, y una rápida innovación tecnológica. También refuerzan este argumento dos hechos adicionales y así mismo característicos de la actual asistencia sanitaria: la necesidad que tienen los profesionales de desarrollar los conocimientos adquiridos con independencia del tamaño de la institución a la que se encuentren adscritos, y el gran desarrollo de los sistemas de información e intercomunicación.

- **La devolución de la capacidad de decisión a los clínicos**, ampliando su grado de autonomía para que puedan asumir responsabilidades de forma progresiva. **El desarrollo de los sistemas de información clínico-financiera, unido al cambio en el concepto de la ética profesional** que implica la utilización adecuada de unos recursos sanitarios limitados, debe acompañarse de la delegación progresiva de determinadas funciones a los gestores clínicos. Dicha devolución de la capacidad de decisión es característica de un nivel de madurez organizativa elevado y un buen desarrollo de los sistemas de información de la institución (hospital, red asistencial, etc.).
- Finalmente, un tercer argumento para hacer atractiva una UTD dotada de un modelo de gestión clínica es el **incremento del prestigio profesional que conlleva,** el sentimiento de pertenencia a un proyecto de gestión clínica que es reconocido, entre sus pares, por su "buen hacer". El cumplimiento de unos requerimientos exigentes que obligan a la elaboración de un proyecto clínico y a una auto-evaluación previa, sustentada en una revisión previa, profunda, de su situación de partida y de los resultados a alcanzar, junto con la constatación por externos de la consecución de los criterios demandados, supone la inclusión en un "club de excelencia". **A la motivación que supone la autonomía organizativa y el logro del reconocimiento externo, se suma la posibilidad de la obtención de otro tipo de incentivos: formativos, de capitalización de los servicios y salariales, si se alcanzan los resultados planteados.**

Los agentes que podrían estar implicados en un proyecto de gestión clínica, de abordaje integral del dolor que propicie la "gestión de casos" relacionados con este problema, pueden pertenecer a las siguientes unidades y niveles:

Servicios o Unidades de un mismo hospital	Integración horizontal circunscrita
Servicios o Unidades de diferentes hospitales	Integración horizontal en red
Dos o más niveles asistenciales	Integración vertical

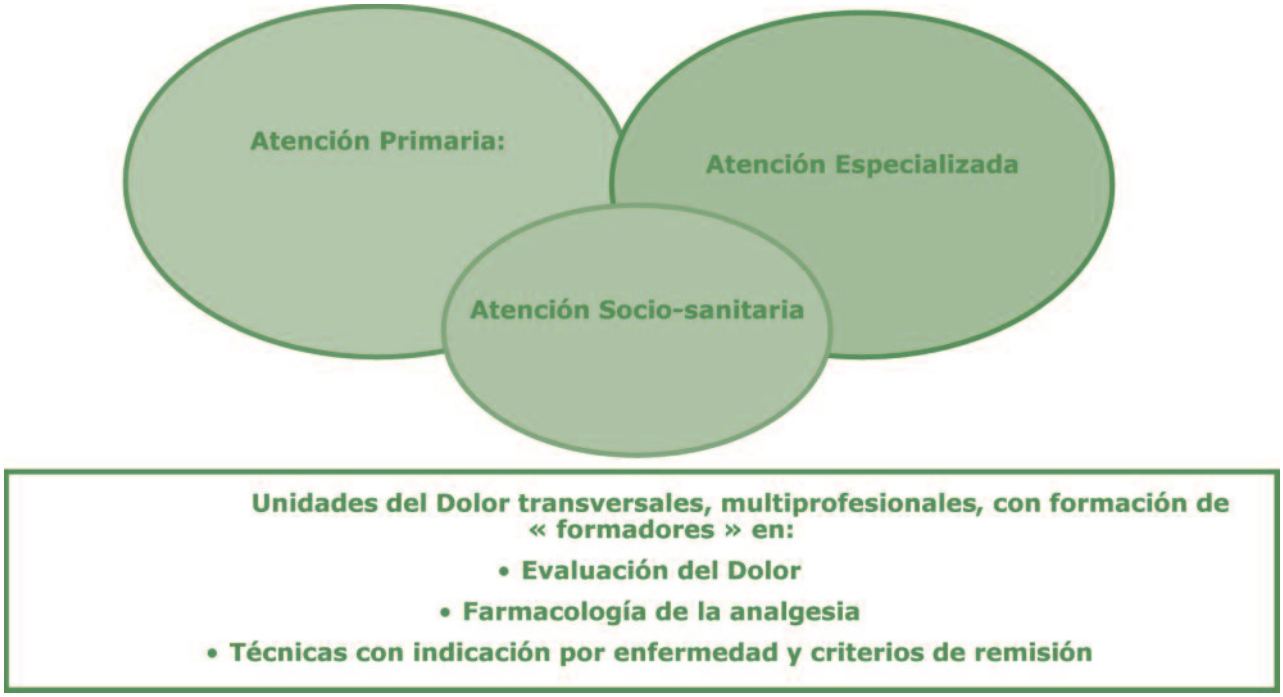
Un ejemplo gráfico de marco general para el desarrollo de un proyecto de gestión clínica para el abordaje del dolor podría ser el siguiente:



Sobre esta base se tiene que definir quienes son los integrantes y concretar los objetivos y la justificación del proyecto, en el contexto del Servicio Regional de Salud. Primará la continuidad de los cuidados,

la gestión por procesos con supresión de las barreras y de la fragmentación de la atención, y las economías de escala que se generan por compartir recursos mancomunados.

En el caso de la gestión clínica del dolor se considera que deben incorporar a los tres niveles de atención y tener un "funcionamiento en red" entre los distintos tipos de UTD:



Los Requerimientos que se proponen son de **tres tipos**:

TIPOS DE REQUERIMIENTOS	
Preceptivos	Son aquellos de obligado cumplimiento. Presentan valores dicotómicos: Si/No
Aconsejables	Son aquellos no requeridos en el primer nivel de acreditación pero si en años sucesivos
Optativos	Son aquellos orientados a conseguir la excelencia

REQUERIMIENTOS DEL PROYECTO DE GESTIÓN CLÍNICA PARA EL ABORDAJE DEL DOLOR

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN DEL CLIENTE	ALTAS			MESOGESTIÓN		
1.	RESPONSABLE DE PROYECTO DE GESTIÓN CLÍNICA DEL DOLOR	PRECEPTIVO	ACONSEJABLE	OPCIONAL	PRECEPTIVO	ACONSEJABLE	OPCIONAL
1.1.	¿Existe un responsable del proyecto de gestión clínica del dolor?				SI/NO		
1.2.	¿Pertenece a alguno de los servicios/ unidades que proponen su creación?					SI/NO	
1.3.	¿Ha sido nombrado por el equipo directivo como responsable del proyecto y consensuado contodos los niveles integrantesi?				SI/NO		
1.4.	¿Ha constituido un grupo de trabajo pluridisciplinar de soporte del proyecto?				SI/NO		
1.5.	¿Ha elaborado la concepción inicial del proyecto conjuntamente con el grupo?				SI/NO		
1.6.	¿Cuenta con experiencia en puestos de gestión de las personas?		1 -3 años	> 3 años			
1.7.	¿Ha participado en la fijación y pacto de objetivos ?		1-3 años	> 3 años			
1.8.	¿Ha participado en la evaluación de objetivos?	al menos 1 últimos 5 años	2-3 años	> 3años			
1.9.	¿Ha participado en comités, comisiones o grupos de trabajo de mejora de abordaje del dolor	al menos en 1	en 2-3	> 3			
1.10.	¿Se han evaluado sus competencias de liderazgo?				SI/NO		
1.11.	¿Ha recibido formación en gestión y dirección?	al menos 30 horas formativas	entre 30-60h	> 60 horas			
1.12.	¿Ha asistido u organizado actividades de formación continuada?	al menos 1 últimos 2 años 2-3		>3			
1.13.	Estancias en otros centros para el aprendizaje e implantación de innovaciones	al menos 1 en los últimos 10 años	entre 1 y 3	>3			
1.14.	Cursos para el aprendizaje e implantación de innovaciones en el tratamiento del dolor	al menos 1 en los últimos 10 años	entre 1 y 3	> 3			
1.15.	Asistencia a congresos y reuniones científicas	al menos 1 últimos 3 años	entre 1-2	>2			
1.16.	¿Ha presentado comunicaciones, ponencias, mesas redondas en el campo del dolor?	al menos 1 últimos 3 años	entre 1-2	>2			
1.17.	¿Ha efectuado publicaciones científicas sobre el dolor?	al menos 1 últimos 3 años	entre 1-2	>2			
1.18.	¿Ha participado en algún proyecto de investigación relacionado con el dolor?	al menos 1 en los últimos 10 años	entre 1-3	>3			
1.19.	¿Ha evaluado la adherencia a los protocolos y guías clínicas relacionados con el dolor?	al menos 1 en los últimos 10 años	entre 1-3	> 3			
1.20.	¿Ha participado u organizado sesiones clínicas interdepartamentales relacionadas con el dolor?	al menos 1 semanal	entre 1-3	>3			
1.21.	¿Ha participado u organizado sesiones clínicas con los profesionales de los distintos niveles asistenciales relacionados con el dolor?	al menos 1 anual	entre 1-3	> 3			
1.22.	¿Ha participado u organizado cursos de formación en dolor para los profesionales de los distintos niveles asistenciales relacionados con el dolor?	al menos 1 curso anual	entre 1-3	> 3			
1.23.	¿Tiene experiencia en la elaboración de memorias de actividad o de proyectos?	al menos 1 en los últimos 10 años	entre 1-3	>3			
2.	CARACTERIZACIÓN DEL PROYECTO	PRECEPTIVO	ACONSEJABLE	OPCIONAL	PRECEPTIVO	ACONSEJABLE	OPCIONAL
2.1.	Denominación del modelo	Si/NO				Si/NO	
2.2.	Descripción de Unidades, Servicios y centros de los distintos niveles de atención Atención primaria (AP), Atención Especializada (AE) y Sociosanitario (SS) integrantes del proyecto	Si/NO				Si/NO	
2.3.	Institución o Instituciones a las que pertenecen	Si/NO				Si/NO	

REQUERIMIENTOS DEL PROYECTO DE GESTIÓN CLÍNICA PARA EL ABORDAJE DEL DOLOR

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN DEL CLIENTE	ALTAS			MESOGESTIÓN		
2.4.	Tipo de Integración: total o parcial	Si/NO			Si/NO		
2.5.	Especificación de personas que se integran	SI/NO			Si/NO		
2.6.	Si la integración es parcial:						
2.7.	Tiempo de dedicación de cada persona	Si/NO			Si/NO		
2.8.	Área de Influencia	Si/NO			Si/NO		
2.9.	Responsable de contacto	Si/NO			Si/NO		
2.10.	Firma de Integrantes	Si/NO			Si/NO		
2.11.	Firma de Gerente o mejor Gerentes de las distintas instituciones integrantes	Si/NO			Si/NO		
3.	ANÁLISIS DE LA DEMANDA	PRECEPTIVO	ACONSEJABLE	OPCIONAL	PRECEPTIVO	ACONSEJABLE	OPCIONAL
3.1.	Cuantificación de la población diana de referencia (TIS) actual	SI/NO			SI/NO		
3.2.	Evolución prospectiva población de referencia (proyección 5 años)	SI/NO			SI/NO		
3.3.	Características sociodemográficas y sanitarias de la población de referencia (sexo, edad),	SI/NO			SI/NO		
3.4.	Frecuentación actual en las unidades integrantes por tipo de dolor, modalidad asistencial de la cartera , y procedimiento	SI/NO			SI/NO		
3.5.	Frecuentación prospectiva en cada unidad integrante por tipo de dolor, modalidad asistencial de la cartera y procedimiento		SI/NO			SI/NO	
3.6.	Cuantificación de la demora insatisfecha en cada unidad por tipo de dolor modalidad asistencial y demoras según clasificación IASP	SI/NO			SI/NO		
3.7.	Análisis de la demora insatisfecha	SI/NO			SI/NO		
3.8.	Cumplimiento de Indicadores de Demora en Atención Ambulatoria	SI/NO			SI/NO		
4.	ANÁLISIS DE LA OFERTA (CARTERA DE SERVICIOS)	PRECEPTIVO	ACONSEJABLE	OPCIONAL	PRECEPTIVO	ACONSEJABLE	OPCIONAL
4.1.	Estructura física: camas, locales de consulta, gabinetes de exploraciones	SI/NO			SI/NO		
4.2.	Equipamiento Electromédico: equipos	SI/NO			SI/NO		
4.3.	Recursos Humanos: por categoría profesional y tiempo de dedicación a la unidad	Si/NO			SI/NO		
4.4.	Tipo de patología atendida por GRD y códigos de la CIE 9MC del CMBD	Si/NO			SI/NO		
4.5.	Tipo de técnicas y procedimientos complementarios que se realizan codificados por CIE-9_MC	Si/NO			SI/NO		
5.	ANÁLISIS DE LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE PARTIDA	PRECEPTIVO	ACONSEJABLE	OPCIONAL	PRECEPTIVO	ACONSEJABLE	OPCIONAL
5.1.	ORIENTACIÓN HACIA LOS PACIENTES						
5.1.1.	Accesibilidad y tiempos de respuesta						
5.1.1.1.	Existe protocolo de inclusión de pacientes en lista de espera quirúrgica para abordaje del dolor	SI/NO				SI/NO	
5.1.1.2.	Presentan los integrantes del proyecto clínico LEQ según tiempos IASP	SI/NO				SI/NO	
5.1.1.3.	Presenta una reducción progresiva la lista de espera quirúrgica en los últimos 3 años		SI/NO		SI/NO		
5.1.1.4.	Existe plan de acción para reducir LEQ		SI/NO		SI/NO		

REQUERIMIENTOS DEL PROYECTO DE GESTIÓN CLÍNICA PARA EL ABORDAJE DEL DOLOR

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN DEL CLIENTE	ALTAS			MESOGESTIÓN		
5.	ANÁLISIS DE LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE PARTIDA	PRECEPTIVO	ACONSEJABLE	OPCIONAL	PRECEPTIVO	ACONSEJABLE	OPCIONAL
5.1.1.5.	Se encuentra la LEQ con los diagnósticos y procedimientos codificados	SI/NO			SI/NO		
5.1.1.6.	Existe protocolo de inclusión de pacientes en LECCEE, gabinetes y Hospital de Día	SI/NO			SI/NO		
5.1.1.7.	"Presentan los integrantes tiempos de espera para la atención ambulatoria programada inferiores a los señalados por la IASP: máxima urgencia <1 semana,;urgencia < 1mes; sistemático < de 4 meses"	SI/NO			SI/NO		
5.1.1.8.	Presenta una reducción progresiva de los tiempos de espera para atención ambulatoria programada en los últimos 3 años	SI/NO			SI/NO		
5.1.1.9.	Existe plan de acción para reducir LECCEE	SI/NO			SI/NO		
5.1.1.10.	Existen criterios de derivación entre todos los agentes implicados en el dolor: AP , SS y distintos Hospitales	SI/NO			SI/NO		
5.1.1.11.	Existen criterios de derivación con AP a las CCEE , HD y gabinetes de la UTD	SI/NO			SI/NO		
5.1.1.12.	Existen criterios de derivación con otros Servicios Hospitalarios a las CCEE que realizan los integrantes	SI/NO			SI/NO		
5.1.1.13.	Existen criterios de derivación con los SS	SI/NO			SI/NO		
5.1.1.14.	Existe un plan para reducir las Le de la atención ambulatoria programada a los tiempos recomendados por la IASP		SI/NO		SI/NO		
5.1.1.15.	Han efectuado protocolos de inclusión de LE con puntuación por tipo de clínica y teniendo en cuenta los aspectos socio-laborales relacionados con el dolor		SI/NO			SI/NO	
5.1.2.	Orientar la gestión hacia las expectativas de los pacientes						
5.1.2.1.	Se contestan adecuadamente las reclamaciones de pacientes por los integrantes	SI/NO			SI/NO		
5.1.2.2.	¿Se ha elaborado un plan de mejora de los motivos de reclamación	SI/NO			SI/NO		
5.1.2.3.	¿Conocen los integrantes los tres elementos que mayor puntuación obtuvieron en la Encuesta de Satisfacción de los pacientes (ESP)?		SI/NO		SI/NO		
5.1.2.4.	Conocen los integrantes los tres elementos que menor puntuación obtuvieron en la ESP		SI/NO		SI/NO		
5.1.2.5.	Conocen los resultados de la satisfacción de sus unidades , servicios y centros integrantes		SI/NO		SI/NO		
5.1.2.6.	Cuentan los integrantes con un proyecto de mejora de la calidad percibida específico en su servicio	SI/NO			SI/NO		
5.1.2.7.	Se evalúa, al menos con periodicidad anual, los resultados del plan de calidad percibida	SI/NO			SI/NO		
5.1.2.8.	Cuentan los integrantes con un plan específico de seguridad del paciente	SI/NO			SI/NO		
5.1.2.9.	Se monitoriza mediante indicadores, al menos una vez al año, el resultado del plan	SI/NO			SI/NO		
5.1.2.10.	Se asigna médico a cada paciente	SI/NO					
5.1.2.11.	se asigna enfermera a cada paciente	SI/NO					
5.1.2.12	Se han solicitado las reclamaciones efectuadas por los pacientes atendidos en la institución o instituciones integrantes relacionadas con el dolor?	SI/NO					
5.1.2.13	Se han adoptado medidas correctivas para evitar reclamaciones relacionadas con el dolor de los pacientes?	SI/NO					

REQUERIMIENTOS DEL PROYECTO DE GESTIÓN CLÍNICA PARA EL ABORDAJE DEL DOLOR

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN DEL CLIENTE	ALTAS			MESOGESTIÓN		
5.	ANÁLISIS DE LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE PARTIDA	PRECEPTIVO	ACONSEJABLE	OPCIONAL	PRECEPTIVO	ACONSEJABLE	OPCIONAL
5.1.2.14	Se ha solicitado la inclusión de una pregunta relativa al dolor que padecen los pacientes en las ESP	SI/NO					
	Se han adoptado medidas correctivas para evitar insatisfacción relacionada con el dolor de los pacientes atendidos?	SI/NO					
5.2.	MEJORA DE LOS PROCESOS INTERNOS						
5.2.1.	Coordinación con Atención primaria (AP) y con la atención sociosanitaria (SS)						
5.2.1.1.	Existe un responsable o responsables de la coordinación del manejo del dolor con los integrantes de AP y SS	SI/NO			SI/NO		
5.2.1.2.	Existe una oferta pactada de un número de consultas anuales de los integrantes para AP y SS				SI/NO		
5.2.1.3.	Existe una oferta pactada de un número de consultas anuales para cada centro de salud y centro sociosanitario, en función de demanda y frecuentación					SI/NO	
5.2.1.4.	Existe una vía de comunicación permanente documentada entre ltodos los integrantes incluidos los de AP y SS: email, teléfono, HC				SI/NO		
5.2.1.5.	Se evalúa conjuntamente con AP y los SSI el grado de cumplimentación de los PIC	< 70%	70-90%	>90%	< 70%	70-90%	>90%
5.2.1.6.	Se realizan sesiones conjuntas de seguimiento de pacientes	1	1-5 anual	>5	1	1-5 anual	>5
5.2.1.7.	Se realizan protocolos conjuntos de actuación para los diferentes tipo de dolor con AP y SS	<3	3 a 6	>6	<3	3 a 6	>6
5.2.1.8.	Se especifican indicadores de evaluación de los protocolos conjuntos	60-70%	70-90%	>90%	60-70%	70-90%	>90%
5.2.1.9.	Se evalúan los indicadores conjuntamente, con periodicidad anual, al menos	60- 70%	70-90%	>90%	60- 70%	70-90%	>90%
5.2.1.10.	Se adoptan medidas de mejora en caso de no cumplimiento	60- 70%	70-90%	>90%	60- 70%	70-90%	>90%
5.2.1.11.	Se especifican indicadores de evaluación periódica de las medidas adoptadas	60- 70%	70-90%	>90%	60- 70%	70-90%	>90%
5.2.1.12.	Se comparte con AP los datos de la HC digitalizada del paciente						
5.2.1.13.	En caso de no digitalización, se remiten los informes clínicos de alta en la UTD al Médico de cabecera y responsable SS de la atención	< 70%	70-90%	>90%	< 70%	70-90%	>90%
5.2.1.14.	Se efectúa una revisión conjunta de la prescripción farmacéutica que se realiza tanto en AP como en AE como enl SS con relación al tratamiento del dolor	< 70%	70-90%	>90%	< 70%	70-90%	>90%
5.2.1.15.	Se monitoriza mediante indicadores la prescripción farmacéutica para el dolor en CCEE , HD+B121					SI/NO	
5.2.2.	Gestión Clínica						
5.2.2.1.	Existe HC Unificada	SI/NO			SI/NO		
5.2.2.2.	Existe HC Digitalizada		SI/NO			SI/NO	
5.2.2.3.	Existe ICA Digitalizado	SI/NO			SI/NO		
5.2.2.4.	Se realizan auditorias para verificar el grado de cumplimientación de la HC	SI/NO					
5.2.2.5.	Se realiza informe clínico antes de los 15 días del alta del paciente (ICA)	70- 75%	75-90%	90%-100%	70- 75%	75-90%	90%-100%
5.2.2.6.	Se evalúa la calidad del ICA		SI/NO		SI/NO		

REQUERIMIENTOS DEL PROYECTO DE GESTIÓN CLÍNICA PARA EL ABORDAJE DEL DOLOR

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN DEL CLIENTE	ALTAS			MESOGESTIÓN		
5.	ANÁLISIS DE LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE PARTIDA	PRECEPTIVO	ACONSEJABLE	OPCIONAL	PRECEPTIVO	ACONSEJABLE	OPCIONAL
5.2.2.7.	El ICA cumple los requisitos de calidad		75-90%	90%-100%	70-75%	75-90%	90%-100%
5.2.2.8.	El IEMA presenta una evolución favorable en últimos 3 años		SI/NO			SI/NO	
5.2.2.9.	El IEMA es menor de 1		SI/NO			SI/NO	
5.2.2.10.	Tasa de Reingresos menor que estándar		SI/NO			SI/NO	
5.2.2.11.	Tasa de sustitución cirugía sin ingreso	60-70%	70-90%	>90%	60-70%	70-90%	>90%
5.2.2.12.	% hospitalización potencialmente evitable	20-14%	14-7%	< 7%	20-14%	14-7%	< 7%
5.2.2.13.	Realizan una memoria anual	SI/NO			SI/NO		
5.2.2.14.	Se entrega a todos los miembros un ejemplar o se remite en soporte digital	SI/NO			SI/NO		
5.2.2.15.	Se pactan objetivos anuales con la gerencia del centro	SI/NO			SI/NO		
5.2.2.16.	"Los objetivos incluyen actividad asistencial fundamentada en la gestión de "casos" "de dolor"				SI/NO		
5.2.2.17.	Los objetivos incluyen actividad docente				SI/NO		
5.2.2.18.	Los objetivos incluyen actividad investigadora				SI/NO		
5.2.2.19.	Los objetivos incluyen indicadores de calidad percibida				S/NO		
5.2.2.20.	Los objetivos incluyen indicadores de calidad técnica y seguridad del paciente				S/NO		
5.2.2.21.	Los objetivos se pactan con todos los servicios/ unidad centros que participan en la gestión clínica dolor				S/NO		
5.2.2.22.	Los objetivos son firmados por todos los miembros que integran el proyecto de gestión clínica		SI/NO		S/NO		
5.2.2.23.	Se evalúa periódicamente el cumplimiento de los objetivos	1 anual	2-3 veces	>3 año	1 anual	2-3 veces	>3 año
5.2.2.24.	Se comunica a todos los profesionales el resultado de la evaluación de los objetivos	SI/NO			SI/NO		
5.2.2.25.	Conoce el coste que representa su unidad servicio o proyecto integrado de aabordaje del dolor	SI/NO			SI/NO		
5.2.2.26.	Tiene asignado un presupuesto anual	SI/NO			SI/NO		
5.2.2.27.	¿Se ha definido un plan de incentivos?	SI/NO			SI/NO		
5.2.2.28.	Tiene una evolución favorable en el presupuesto de los tres últimos años		SI/NO		Si/NO		
5.2.2.29.	Se comunica a los profesionales el resultado de la evaluación del presupuesto					SI/NO	
5.2.2.30.	Han efectuado protocolos de aquellas patologías más relevantes	1	1 a 3	>3	Si/NO		
5.2.2.31.	Se citan las bases de datos documentales de pruebas científicas consultadas para su realización	SI/NO					
5.2.2.32.	Se han establecido indicadores de evaluación del cumplimiento de los protocolos	SI/NO					
5.2.2.33.	Se evalúa el cumplimiento de los indicadores al menos una vez al año	60- 75%	75-90%	>90%			
5.2.2.34.	Analizan la variabilidad de su práctica clínica	SI/NO					
5.2.2.35.	¿ Se efectúan sistemáticamente estudios al año sobre variabilidad de la práctica clínica	1	1 a 3	> 3		SI/NO	
5.2.2.36.	Se ha adoptado alguna medida para reducir esa variabilidad	SI/NO				SI/NO	
5.2.2.37.	Se puede constatar la reducción de la variabilidad tras la implantación de la medida	SI/NO				SI/NO	

REQUERIMIENTOS DEL PROYECTO DE GESTIÓN CLÍNICA PARA EL ABORDAJE DEL DOLOR

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN DEL CLIENTE	ALTAS			MESOGESTIÓN		
5.	ANÁLISIS DE LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE PARTIDA	PRECEPTIVO	ACONSEJABLE	OPCIONAL	PRECEPTIVO	ACONSEJABLE	OPCIONAL
5.2.3.	Mejora de la Atención Urgente						
5.2.3.1.	El % de urgencias ingresadas	16- 14%	14-8%	< 8%	16- 14%	14-8%	< 8%
5.2.3.2.	Se realiza ICU a los pacientes	90- 95%	95-98%	100%	90- 95%	95-98%	>98%
5.2.3.3.	Se remite el ICU al médico de cabecera del paciente	70- 75%	75-90%	>90%	70- 75%	75-90%	>90%
5.3.	PLAN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE						
5.3.1.	Se encuentran implantados los consentimientos informados desarrollados	95-98%	98-99%	99-100%	95-98%	98-99%	>98%
5.3.2.	Existe un plan propio de seguridad del paciente con indicadores de los principales eventos adversos relacionados con el tto del dolor				SI/NO		
5.3.3.	Se realizan auditorias del grado de cumplimiento de los indicadores relacionados con los principales eventos adversos y la seguridad del paciente				SI/NO		
5.3.4.	Han presentado estos indicadores una reducción progresiva en los últimos 2 años					SI/NO	
5.3.5.	Las tasas por úlcera de presión de acuerdo con el protocolo	estándar	<estándar	<<estándar	estándar	<estándar	<<estándar
5.4.	ORIENTACIÓN HACIA EL APRENDIZAJE Y EL CONOCIMIENTO						
5.4.1.	Sistema de Información						
5.4.1.1.	Dispone el servicio de un cuadro de mandos de evaluación de la actividad asistencial				SI/NO		
5.4.1.2.	Se recibe periódicamente el cuadro de mandos de actividad asistencial				1 vez al año	2 a 6	6 a 12
5.4.1.3.	Se verifica el CMBD en los 15 días siguientes al alta ambulatoria u hospitalaria de un paciente atendido por dolor				80-95%	96%-98%	>98%
5.4.1.4.	Revisan la calidad del CMBD y colabora en fijar criterios para la codificación clínica del dolor				SI/NO		
5.4.1.5.	Se verifica si todos los pacientes que precisan cuidados paliativos han sido objeto de un tratamiento adecuado del dolor				80-95%	96%-98%	
	Se monitorizan los reingresos hospitalarios o la nueva remisión a consultas tras el alta de un paciente con dolor				80-95%	96%-98%	>98%
5.4.1.7.	Se revisan periodicamente los circuitos de registro de la actividad asistencial				1 vez al año	2 a 6	6 a 12
5.4.1.8.	Los errores detectados en la información actividad asistencial se subsanan				90- 95%	96%-98%	>98%
5.4.1.9.	Se recibe periódicamente el cuadro de mandos de costes por contabilidad analítica				1 vez al año	2 a 4	>4
5.4.1.10.	Se desglosan los costes propios por conceptos: personal, consumos de material				SI/NO		
5.4.1.11.	Se evalúa el cumplimiento de los indicadores del presupuesto clínico asignado				1 vez al año	2 a 4	>4
5.4.2.	Reorientar y mejorar la formación Profesional en el trtamiento del dolor						
5.4.2.1	Se cuenta con un plan de formación para el tratamiento del dolor dirigido a los profesionales del propios				SI/NO		
5.4.2.2	El plan de formación se encuentra alineado con el del Hospital				SI/NO		
5.4.2.3	Se ha diseñado con evaluación previa de necesidades formativas				SI/NO		
5.4.2.4	Se especifica las actividades formativas por estamento				SI/NO		

REQUERIMIENTOS DEL PROYECTO DE GESTIÓN CLÍNICA PARA EL ABORDAJE DEL DOLOR

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN DEL CLIENTE	ALTAS			MESOGESTIÓN		
5.	ANÁLISIS DE LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE PARTIDA	PRECEPTIVO	ACONSEJABLE	OPCIONAL	PRECEPTIVO	ACONSEJABLE	OPCIONAL
5.4.2.5	se cuantifica el número de horas para formación por persona				SI/NO		
5.4.2.6	Se incluyen congresos y simposiums				SI/NO		
5.4.2.7	Se ejecuta anualmente				70- 80%	81-95%	> 95%
5.4.2.8	Se especifica presupuesto global anual para formación				SI/NO		
5.4.2.9	Se ha incrementado el presupuesto de formación progresivamente en los últimos 3 años				SI/NO		
5.4.2.10	Se especifica presupuesto para cada actividad formativa				SI/NO		
5.4.2.11	Se específica las fuentes de financiación de la formación				SI/NO		
5.4.2.12	Se evalúa anualmente su cumplimiento				SI/NO		
5.4.2.13	Se incluye actividades formativas en farmacoterapia				SI/NO		
5.4.2.14	Existe un responsable o responsables de formación y docencia				SI/NO		
5.4.2.15	Se evalúa la satisfacción del personal con los cursos				SI/NO		
5.4.2.16	Se evalúa la satisfacción de los alumnos de pregrado con la formación recibida				SI/NO		
5.4.2.17	Se evalúa la satisfacción de los profesionales del postgrado con la formación recibida				SI/NO		
5.4.3	Capital Humano y liderazgo						
5.4.3.1.	Existe un plan de acogida del nuevo personal					SI/NO	
5.4.3.2.	Se entrega el plan de acogida al nuevo personal					80-95%	>95%
5.5.	EFICIENCIA Y SOSTENIBILIDAD ECONÓMICA						
5.5.1..	Se conoce la cuenta de resultados (balance económico asistencial del proyecto de gestión clínica del dolor					SI/NO	
5.5.2..	La cuenta de resultados presenta una tendencia favorable en los últimos 3 años					SI/NO	
5.5.3	Se han realizado dos planes de acción específicos para mejorar la eficiencia				SI/NO		
5.5.4	Se planifican los consumos anuales de material				SI/NO		
5.5.5.	Existen pactos de consumo				SI/NO		
5.5.6.	Se cumplen los pactos de consumo				70- 85%	86-95%	>95%
5.5.7	Se revisan periódicamente el cumplimiento de los indicadores económicos				SI/NO		
5.5.8.	Se establece relación entre los indicadores económicos y los asistenciales				SI/NO		
5.5.9.	Existe una tendencia favorable en los últimos 3 años de una reducción de un 5% en los días de incapacidad temporal				1 año	2 años	3 años
5.5.10	Existe una reducción del 10% en la cobertura de bajas laborales en los 3 últimos años				1 año	2 años	3 años
5.5.11.	Se ha optimizado más de un 0,5% la prescripción por receta en los 3 últimos años				1 año	2 años	3 años
5.5.12.	Se ha establecido un programa de incentivos ligado a la mejora de la prescripción farmacéutica relacionada con el dolor en la AP, Ae y SS de su área de influencia				SI/NO		
5.5.13.	Se conocen mensualmente los indicadores de adecuación de la prestación farmacéutica				SI/NO		

REQUERIMIENTOS DEL PROYECTO DE GESTIÓN CLÍNICA PARA EL ABORDAJE DEL DOLOR

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN DEL CLIENTE	ALTAS			MESOGESTIÓN		
6.	OBJETIVOS Y RELEVANCIA DEL PROYECTO	PRECEPTIVO	ACONSEJABLE	OPCIONAL	PRECEPTIVO	ACONSEJABLE	OPCIONAL
6.1.	Respuesta a patología alto impacto	> 3-5% volumen casuística o coste	> 5-8%	>10%			
6.2.	Problemas de la actual organización						
6.2.1.	asistenciales con indicadores de cuantificación	al menos dos problemas	entre 2-4	> 4			
6.2.2	docentes con indicadores de cuantificación	al menos un problema	entre 2-3	>3			
6.2.3.	Investigación con indicadores de cuantificación	al menos un problema	entre 2-3	>3			
6.2.4.	relacionados con el paciente	al menos dos problemas	entre 2-4	> 4			
6.2.5.	relacionados con los profesionales	al menos dos problemas	entre 2-4	>4			
6.2.6.	relacionados con la institución	al menos un problema	entre 2-3	> 3			
6.3	Mejoras esperadas tras la reorganización						
6.3.1	asistenciales con indicadores de cuantificación	al menos dos mejoras	entre 2-4	> 4			
6.3.2	docentes con indicadores de cuantificación	al menos una mejora	entre 2-3	> 3			
6.3.3	investigación con indicadores de cuantificación	al menos una mejora	entre 2-3	> 3			
6.3.4	relacionadas con el paciente	al menos dos mejoras	entre 2-4	>4			
6.3.5	relacionadas con los profesionales	al menos dos mejoras	entre 2-4	>4			
6.3.6	relacionadas con la institución	al menos una mejora	entre 2-3	> 3			
7.	PROPUESTA DE ORGANIGRAMA	PRECEPTIVO	ACONSEJABLE	OPCIONAL	PRECEPTIVO	ACONSEJABLE	OPCIONAL
7.1.	Propuesta inicial de órganos de participación asesoramiento y dirección	SI/NO			SI/NO		
7.2.	Canales y vías de comunicación: identificados						
7.2.1.	Internos	S/NO			S/NO		
7.2.2.	Externos: a través del gabinete del hospital	S/NO			S/NO		
8.	PROPUESTA DE CRONOGRAMA DE DESARROLLO	PRECEPTIVO	ACONSEJABLE	OPCIONAL	PRECEPTIVO	ACONSEJABLE	OPCIONAL
8.1.	Calendario de actividades del año siguiente	SI/NO					
8.2.	Metas e Hitos programados para cada periodo anual	50-60%	71-85%	> 85%			
8.3.	Indicadores periódicos para evaluación de las metas	50-60%	71-85%	> 85%			
8.4.	Responsables de cada meta	50-60%	71-85%	> 85%			
8.5.	Recursos necesarios para la realización de las actividades		60-75%	> 75%			

Los requerimientos han de organizarse en función de los distintos niveles en los que recae su cumplimiento: microgestión (la UTD propiamente dicha), mesogestión (la dirección o direcciones de las instituciones implicadas en donde la UTD se enmarca), macrogestión (la dirección de la red asistencial o de la corporación – servicio de salud). Se incluyen a continuación los propuestos como exigibles para los proyectos de gestión clínica del dolor en los niveles de la microgestión y de la mesogestión, por ser los que interesan a las UTD y porque este tipo de proyectos deben iniciarse de "abajo a arriba".

Estos criterios pueden ser de utilidad como "hoja de ruta tentativa" para aquellos que deseen acometer un proyecto multired y multinivel en la gestión clínica del dolor. Está planteado como un cuestionario de autoevaluación y su recogida centralizada y anónima por la SED, permitiría establecer comparaciones homogéneas entre los distintos tipos de unidades y evaluar su evolución y el progreso alcanzado.

Una vez establecidos los requerimientos se determinará el proceso evaluación y acreditación. Este proceso dependerá de la etapa de desarrollo en la que se encuentre el proyecto de gestión clínica desarrollado para el tratamiento del dolor. Dichas etapas pueden ser: preliminar, de desarrollo, de consolidación y de madurez.

Se estima que la etapa preliminar debe tener una duración aproximada de 12 meses, requiriendo dos procesos de evaluación, uno antes de su inicio (posición de la que se parte) y otra su finalización. Una vez superado este último proceso de evaluación se obtendría la acreditación como proyecto clínico. A continuación se desarrollaría la etapa de desarrollo del proyecto, con una duración aproximada de otros 12 meses al final de los cuales se pasaría un tercer proceso de evaluación que, de superarse, supondría la renovación de la acreditación del proyecto y el paso a la siguiente etapa: consolidación. Ésta tendrá una duración aproximada de 24 meses y culminará con un cuarto proceso de evaluación que, en su caso, volverá a renovar la acreditación del proyecto clínico y su paso a la etapa de madurez. Una vez en esta etapa de madurez el proceso de evaluación para la renovación de la acreditación se realizará cada tres años.

El progreso en el modelo conlleva la asunción progresiva de competencias en gestión por parte del líder, del proyecto de gestión clínica de abordaje del dolor, según el siguiente esquema.

En donde la diagramación con barras azules muestra la progresiva delegación de competencias en cada etapa.

La SED debería jugar un importante papel en la evaluación de los proyectos de gestión clínica relacionados con el dolor. Su participación da transparencia al proceso, logra el reconocimiento externo y valida la auto evaluación efectuada por los integrantes del proyecto clínico. Además presenta la ventaja de ser una instancia u organismo ajeno al proyecto. La evaluación externa por medio de miembros de la SED presenta varias ventajas:

	ETAPAS			
Competencias	**Preliminar**	**Desarrollo**	**Consolidación**	**Madurez**
Organización asistencial				
Organigrama				
Inversiones				
Compras				
Sustituciones				
Atención continuada				
Productividad variable				

- Mayor credibilidad y aceptación del procedimiento cuando se efectúa entre "pares".
- Impulso a la transferencia del conocimiento a través de la interacción y comunicación directa entre los profesionales.
- Contribución a la formación de los profesionales implicados en la atención al dolor, en técnicas gestoras y cultura de evaluación.
- Garantía de difusión del procedimiento de acreditación para que sirva en la práctica de guía para "el buen hacer" profesional.

La valoración por un equipo externo implica necesariamente **una comprobación "in situ" de cada uno de los requerimientos incluidos en la auto-evaluación** remitida por el líder del proyecto clínico. El calendario de la visita se pactará previamente con el equipo de dirección del centro y el responsable del proyecto clínico del dolor.

La evaluación se efectuará en un plazo máximo de dos semanas. Para agilizar el proceso con carácter previo se llevará a cabo una recopilación de la información, objeto de valoración, por parte de la dirección del centro y del responsable del proyecto.

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

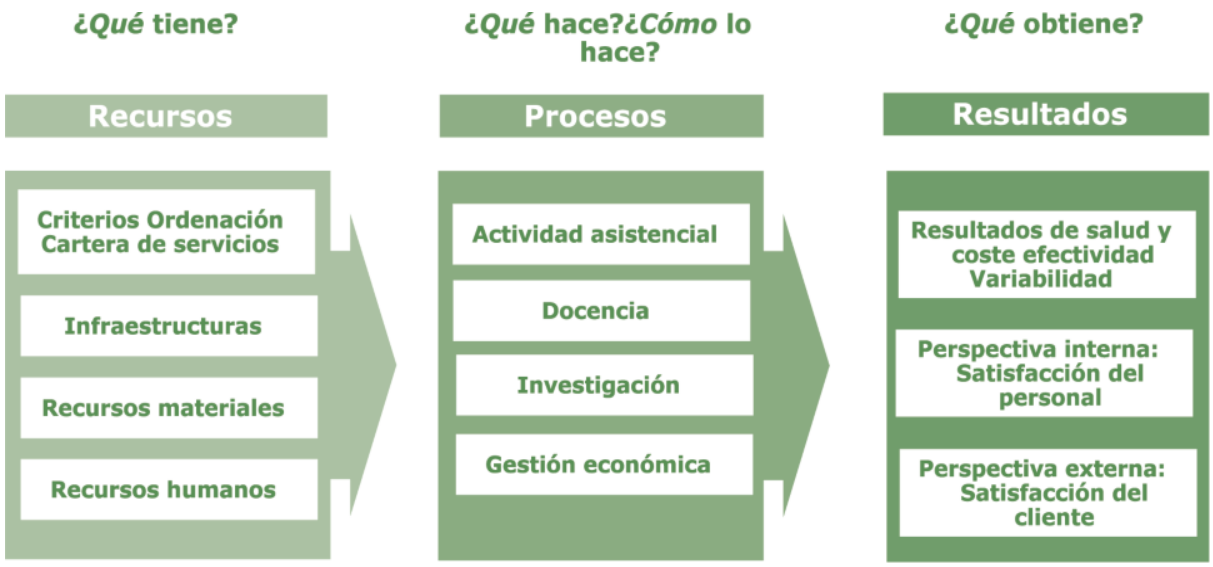
Desde un punto de vista organizativo-funcional, para conseguir un adecuado abordaje del dolor se precisa:

- **Actualizar el mapa de recursos** de las UTD en España y caracterizarlas por tipo.
- **Elaborar una estrategia de tratamiento del dolor** en el Sistema Nacional de Salud.
- **Establecer unos criterios de ordenación de los recursos** destinados al tratamiento del dolor en cada CCAA.
- **Determinar los criterios que deben cumplir los centros y servicios** de referencia (CSUR) en el campo del tratamiento del dolor.
- **Definir un modelo organizativo funciona y** desarrollar cada uno de los siguientes ejes:
  - **Planificar la cartera de servicios de las UTD y establecer un plan de inversiones** para los próximos años. Incluir en la misma los tipos de pacientes subsidiarios de ser tratados mediante las diferentes técnicas, con criterios de inclusión y exclusión.

- **Incluir el tratamiento del dolor en los contratos de gestión,** y homogenizar los sistemas de información del dolor: la codificación clínica y la agrupación por consumos de recursos de las UTD (catálogo de actividades y URV).
- **Difundir y formar a pacientes y profesionales e investigar sobre el dolor**.
- **Elaborar un cuadro de mandos con indicadores de actividad, calidad y costes**. Promover e implantar estrategias encaminadas a la reducción de los tiempos de demora y de la variabilidad de la práctica clínica.

- **Establecimiento de una hoja de ruta** para la consecución de un nuevo modelo de atención del dolor "en red" que incluya todos los dispositivos y niveles de atención. La centralización en la SED del proceso de acreditación y evaluación de la gestión clínica relacionada con las UTD permitiría la comparación entre centros, la valoración del esfuerzo realizado, el establecimiento de buenas prácticas en un "observatorio", la incentivación y el "reconocimiento de los mejores".
- **Por último una recomendación a todas aquellas UTD que deseen emplear el conocimiento adquirido en este curso para su aplicación a su quehacer habitual. Deben valorar** los recursos que requieren, la actividad que realizan y los resultados que obtienen. En estos tres últimos aspectos conviene que se planteen las siguientes preguntas:
  - ***¿Qué* tienen?,** es decir con que **recursos** cuentan. En función de unos criterios de ordenación de los recursos sanitarios basados en la eficiencia y en la calidad, la UTD tendrá una determinada cartera de servicios, y para poder proveer una adecuada atención necesitará de una infraestructura suficiente y de una serie de medios materiales y humanos.
  - ***¿Qué* hacen?, ¿Quién lo hace? y ¿Cómo lo hacen?,** es decir qué **procesos** asistenciales realizan, que tipo de profesionales los llevan a cabo, con qué calidad y que volumen de casos atienden (**actividad asistencial**).Complementariamente a dicha actividad, la UTD realizará **docencia, investigación y gestión económica.**
  - ***¿Qué* obtienen?,** es decir cuáles son sus resultados en términos de mejora de la salud y de relación coste – efectividad. Debemos incluir entre sus resultados, la disminución del dolor y el incremento de la calidad de vida de los pacientes que lo padecen, la adecuación en la utilización de los recursos, la variabilidad de la práctica clínica y la satisfacción de su personal (perspectiva interna), de sus pacientes y de los ciudadanos en general (perspectiva externa).

De una forma gráfica y sucinta:



BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Aguilar JL, March Y, Segarra M, Moyá MM, Peláez R, Fernández S, Roca P, García-Palmer F (Grupo CODO con CODO Bio-Balear). Prevalencia de dolor en un hospital con unidad de dolor agudo y unidad de dolor crónico: el paso siguiente... analgesia trasnacional. Rev Soc Esp Dolor 2009; 16 (4):209-214.

Arbonés E, Montes A, Riu M, Farriols C, Minués S y la Comisión para la Evaluación y Tratamiento del Dolor del Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS). El dolor en los pacientes hospitalizados: estudio transversal de la información, la evaluación y el tratamiento. Rev Soc Esp Dolor 2009; 16 (6):314-322.

Bassols A, Bosch F, Campillo M, Canellas M, Banos JE. An epidemiological comparison of pain complaints in the general population of Catalonia (Spain). Pain 1999; 83:9-16.

Bond, M. and H. Breivik. Pain Clin Updates 2004; 12(4): 1-4.

Camí J, Suñen-Piñol E, Méndez-Vásquez R. Mapa biométrico de España 1994-2002: biomedicina y ciencias de salud. Med Clin (Barc) 2005; 124:93-101.

CHU de Toulouse. Project d'établissement du CHU de Toulouse. Toulouse: Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse; 2004.

Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Plan Andaluz de Atención a las Personas con Dolor 2010 – 2013 (2010).

Corbella J, Escudé MM, Pujol J. Història gràfica de la Sanitat Catalana. Cent anys de Medicina. La nova Facultat i l'Hospital Clínic de Barcelona (1906-2006). Barcelona: Gimbernat; 2006.

Dag Lundberg (Chair), Susana Axelsson (Proyect Director), and al. The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (2006). Methods of treating chronic pain. A systematic Review.

De Andrés J. Tratamiento del dolor. Evolución histórica hacia la intervención multidisciplinar. Boletín de Psicología 2005; 84 Jul 11-21.

De Barutell C. "La 'Escalera analgésica de la OMS' para el tratamiento del dolor necesita actualizarse". Entrevista publicada en Rev Esp Economía Salud 2005; 4(5): 245 – 247.

De Barutell C. Unidades de dolor en España. Encuesta SED Día del Dolor 2007. Rev Soc Esp Dolor 2009; 16 (8):421-428.

De la Calle JL, Abejón D, Cid J, Del Pozo C, Insausti J, López E y el Panel de expertos de la Sociedad Madrileña del Dolor. Estándares de calidad asistencial y catálogo de procedimientos de las unidades de dolor crónico. Rev Soc Esp Dolor 2010; 17 (2):114-133; 2010.

Elliott AM, Smith BH, Penny KI, Smith WC, Chambers WA. The epidemiology of chronic pain in the community. Lancet 1999; 354:1248-1252.

Font D, Piqué JM, Guerra F, Rodés J Implantación de la gestión clínica en la organización hospitalaria. Med Clin (Barc) 2008; 130 (9):351-6.

Grupo de Consenso de Anestesia, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Consellería de Sanitat de la Generalitat Valenciana. El catálogo de procedimientos de la unidad del dolor. Una oportunidad para conocer su casuística. V Congreso de la Sociedad Española del Dolor. 2002.

Hammer M, Champy J. Reingeniería de la empresa. Barcelona: Parramón; 1997. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Pla Estratègic i d'Empresa de l'Hospital Clínic, 2006-2008. Barcelona; 2006.

Higginson IJ. Innovations in assessment: epidemiology and assessment of pain in advanced cancer. Proceedings of the 8th World Congress on pain, Progress in Pain Research and Management vol. 8, eds. T.S.Jensen, J.A. Turner and Z. Wiesenfeld-Hallin, Seattle, IASP Press, 1997, pp. 707-711.

Leboeuf-Yde C, Lauritsen JM. The prevalence of low back pain in the literature: A structured review of 26 Nordic studies from 1954 to 1993. Spine 1995; 19:2112-2118.

Linton SJ, Hellsing AL, Hallden K (1998) A population based study of spinal pain among 35-45 year olds: Prevalence, sick leave, and health-care utilization. Spine 1998; 23:1457-1463.

L. Vicente-Fatela1, Mª S. Acedo-Gutiérrez, y colbs. Codificación del dolor crónico con la clasificacióninternacional de enfermedades - 9ª revisión -modificación clínica (CIE-9-MC). Rev. Soc. Esp. Dolor 2007: 2: 95-103;

Lynch, M. E., F. A. Campbell, et al. A systematic review of the effect of waiting for treatment for chronic pain. Pain 2008; 136 (1-2): 97-116.

Lynch, M. E., F. A. Campbell, et al. Waiting for treatment for chronic pain: a survey of existing benchmarks: towards establishing evidence based benchmarks for acceptable waiting times. Pain Res Manage 2007; 12:245-248.

Maniadakis N, Gray A. The economic burden of back pain in the UK. Pain 2000; 84:95-103.

Mayorga Buiza MJ, Fernández Muñoz I, Bullón Barrera F, Morales Muñoz C, Herrera Silva J, Echevarría Moreno M . Impacto de un programa de educación sanitaria en pacientes con fibromialgia. Rev Soc Esp Dolor. 2010;17 (5):227–232.

Mínguez Martí A, Cerdá Olmedo G, Monsalve Dolz V, Valía Vera JC, Vivó A, De Andrés Ibañez J. Unidad de dolor: integración del farmacéutico de hospital en un equipo multidisciplinar. Farm Hosp. 1999; 23(5):313 – 319.

Ministerio de Sanidad y Consumo. GECLIF: Gestión Clínico-Financiera y Coste por Proceso. Instituto Nacional de la Salud. Madrid, 2001.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Unidad de Tratamiento del Dolor. Estándares y recomendaciones. Informes, estudios e investigación. Madrid, 2011.

Mintzberg H. Structure in Fives: Designing effective organizations. New Jersey: Prentince-Hall; 1983. Cap. 10. p. 189-213. Secretary of State of Health. The new NHS. London: Stationery Office; 1997.

Montes A, Arbonés E, Planas J, Muñoz E, Casamitjana M. Los profesionales sanitarios ante el dolor: estudio transversal sobre la información, la evaluación y el

Muñoz-Ramón JM, Paz J, Cerpa M, Várela A, García-Caballero J. La Gestión por Procesos en el Tratamiento del Dolor Rev. Soc. Esp. Dolor 2008; 4:241-247.

Muro Castillo I, Rodríguez Fernández I, Rivas Mateos MJ, Die Ortega MP, Marra Gracia M, Ortega Bejarano MA, López Balset MI. Organización asistencial de una Unidad del Dolor *en Extremadura.* Rev. Soc. Esp. Dolor 2008; 2:108-112.

Neira F, Ortega JL. Guías de Práctica Clínica en el Tratamiento del Dolor. Una herramienta en la práctica clínica. Rev. Soc. Esp. Dolor 2008; 6:399-413.

Ortiz Pommier A. Gestión clínica y conflicto de intereses. Acta Bioética 2009; 15 (2): 157-164.

Perez Irazusta I, Alcorta Michelena I, Aguirre Lejarcegui G, Aristegi Racero G., Caso Martínez J., Esquisabel Martínez, R, Lopez de Goicoechea Fuentes AJ., Martínez Egía B., Pérez Rico M, Pinedo Otaola S., Sainz de rozas Aparicio R., Guía de práctica clínica sobre lumbalgia. Osakidetza. GPC 2007/ 1, Vitoria-Gasteiz.

Pérez Tierno S, Martínez de la Eranueva R, Ruiz Téllez A, Aizpuru Barandiarán F, Iturgaiz Gorena MJ. Impacto sanitario, económico y social del dolor lumbar en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Osteba D-03-03. 2003.

Rodés J, Trilla A, Asenjo MA, Grau J. Evaluación del rendimiento de los permisos sabáticos: Hospital Clínic i Provincial de Barcelona (1980 - 1991). Med Clin (Barc) 104:321-8; 1995.

Rodríguez MJ, García AJ (estudio colaborativo REC: Registro Etiológico y de Costes del dolor neuropático). Costes del dolor neuropático según etiología en las Unidades del Dolor en España. Rev. Soc. Esp. Dolor 2007; 6: 404-415.

Rozman C, Rodés J. Métodos para promover la investigación biomédica en los hospitales universitarios. Med Clin (Barc) 1999;117: 460-2.

Sánchez-Monge M. Institutos clínicos, la reforma aplazada. Rev Medica 2003;10-6.

Sanz G, Pomar JL. El Instituto de Enfermedades Cardiovasculares. Proyecto de rediseño de los Servicios de Cardiología y Cirugía del Hospital Clínic de Barcelona. Rev Esp Cardiol 1998; 1:620-8.

Scally G, Donaldson LJ. Clinical Governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. BMJ 317:61 ; 1998.

Tratamiento. Rev. Soc. Esp. Dolor 2008; 2:75-82.

Van Tulder MW, Koes BW, Bouter LM (1995) A cost-of-illness study of back pain in the Netherlands. Pain 1995; 62:233-240.

http://www.ampainsoc.org/pub/cp_guidelines.htm

http://www.iasp-pain.org

http://www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/

http://www.cochrane.org/

Capítulo 4

Responsabilidad profesional en las unidades de dolor

Autor:

Javier Sanz Martín

***Javier Sanz Martín**: Socio Director de CuatrodeTres Derecho Sanitario Preventivo. Licenciado en Derecho; Licenciado en Administración y Dirección de Empresas; Licenciado en Ciencias Políticas y de la Administración, Universidad Pontificia Comillas de Madrid. Máster en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios, Universidad Pompeu Fabra de Barcelona.*

Los profesionales sanitarios que trabajan en las Unidades del Dolor, tienen que desarrollar su actividad dentro de unos estándares de calidad y seguridad que garanticen en un momento dado, un determinado nivel en la prestación de los servicios sanitarios.

Las desviaciones en los estándares de calidad y seguridad pueden provocar que al profesional se le exijan distintos tipos de responsabilidades en función de los resultados de sus acciones y de la intensidad de la desviación de sus acciones respecto de los estándares vigentes en cada momento.

1. LA RESPONSABILIDAD DISCIPLINARIA

Es la responsabilidad en la que puede incurrir un profesional por incumplir las normas que regulan su profesión, o el ejercicio de la misma en un determinado ámbito laboral.

Podemos distinguir dos tipos básicos en el caso de los médicos:

- La que pueden exigir los Colegios de Médicos por el incumplimiento de las normas deontológicas y de organización de la profesión.
- La que puede exigir la Administración, o la entidad para la que el médico trabaje por el incumplimiento de las normas que regulan su dedicación.

Las sanciones disciplinarias afectarán a su esfera laboral, pudiendo ir desde la simple apertura de un expediente informativo, a la inhabilitación para el ejercicio profesional. Las sanciones pueden recurrirse ante los tribunales ordinarios.

2. LA RESPONSABILIDAD PENAL

Es la que se deriva de la comisión de un delito o de una falta, o lo que es lo mismo, de la realización de determinados actos que produzcan determinados resultados, expresamente proscritos por la ley (Código Penal).

En el caso de apreciarse la existencia de responsabilidad se impondrá una pena (multa; inhabilitación profesional; prisión).

La responsabilidad penal es personal, por lo que el procedimiento se dirige contra el profesional sanitario (aunque también afecte a la institución en la que trabaje y a su aseguradora si se sustancia la responsabilidad civil), trabaje en la sanidad pública o en la privada.

Para que exista responsabilidad criminal, se tiene que apreciar en una sentencia que la conducta del imputado y los hechos ocurridos se corresponden con un ilícito penal de los descritos expresamente en el código penal (principio de tipicidad penal).

En el ámbito sanitario los tipos penales más comunes son cinco, tres que describen faltas y dos que describen delitos:

- ***Tipos penales a tener en cuenta:***
  - **Falta de lesiones imprudentes, artículo 621 CP:**
    1. *Los que por imprudencia grave causaren alguna de las lesiones previstas en el apartado 2 del artículo 147* (lesiones de poca gravedad), *serán castigados con la pena de multa de uno a dos meses.*
    3. *Los que por imprudencia leve causaran lesión constitutiva de delito serán castigados con pena de multa de 10 a 30 días.*

    El apartado 1 prevé que por imprudencia grave se causen lesiones leves, y el apartado 3 que por imprudencia leve se causen lesiones graves, vemos como los tipos quedan definidos por la intensidad de la conducta y la intensidad del resultado.
  - **Falta de homicidio imprudente, artículo 621 CP:**
    2. *Los que por imprudencia leve causaren la muerte de otra persona, serán castigados con la pena de multa de uno a dos meses.*
  - **Delito de lesiones por imprudencia grave, artículo 152 CP:**
    1. El que por imprudencia grave causare alguna de las lesiones previstas en los artículos anteriores será castigado:
       - Con la pena de prisión de tres a seis meses, si se tratare de las lesiones del artículo 147.1 CP (lesiones que requieran tratamiento médico o quirúrgico).
       - Con la pena de prisión de uno a tres años, si se tratare de las lesiones del artículo 149 CP (pérdida o la inutilidad de un órgano o miembro principal, o de un sentido, la impotencia, la esterilidad, una grave deformidad, o una grave enfermedad somática o psíquica).
       - Con la pena de prisión de seis meses a dos años, si se tratare de las lesiones del artículo 150 CP (pérdida o la inutilidad de un órgano o miembro no principal, o la deformidad).
    3. *Cuando las lesiones fueren cometidas por imprudencia profesional se impondrá asimismo la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión, oficio o cargo por un período de uno a cuatro años.*

    Delito de homicidio imprudente artículo 142 CP:
    1. El que por imprudencia grave causare la muerte de otro, será castigado, como reo de homicidio imprudente, con la pena de prisión de uno a cuatro años.
    3. *Cuando el homicidio fuere cometido por imprudencia profesional se impondrá además la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión, oficio o cargo por un período de tres a seis años.*

- ***Elementos configuradores de la responsabilidad penal***

Como hemos podido comprobar los tipos penales que se han de tomar en consideración en el ámbito sanitario, definen con claridad dos elementos que deben concurrir con mayor o menor intensidad para que pueda apreciarse la existencia de responsabilidad criminal.

- La actuación imprudente por parte del profesional.
- La existencia de un daño derivado de esa actuación imprudente del profesional.

La imprudencia

Debemos partir de la consideración de la actividad sanitaria como una actividad que puede generar riesgos para terceros, lo que impone a los profesionales una obligación de especial cuidado.

Atendiendo a lo anterior, podemos definir la imprudencia en el ámbito sanitario como la omisión de las precauciones que se han de adoptar a la hora de prestar asistencia.

El tipo de precauciones que no se hayan adoptado determinará la distinta calificación de un mismo resultado, por tanto la graduación de los ilícitos que estamos estudiando depende fundamentalmente de dos cuestiones, la falta de cuidado en el obrar y la previsibilidad del resultado.

El criterio que se utiliza para valorar la actuación del profesional y si ha actuado con falta de cuidado en el obrar es la lex artis ad hoc, que recoge la forma de actuar propia de la profesión en un momento dado y para un caso concreto, atendiendo a la previsibilidad del resultado (para poder conocer cuáles son las concretas precauciones se debían adoptar).

Acreditación de un daño relacionado con la conducta del profesional

Por muy imprudente que haya sido la actuación del profesional sanitario, si él no ha provocado ningún daño al paciente, no será criminalmente responsable.

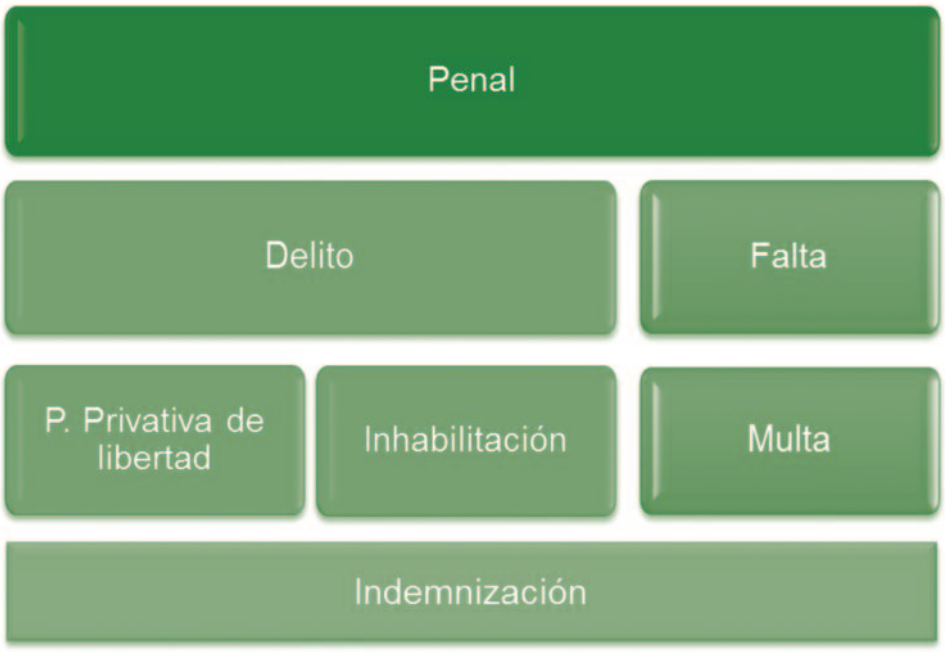
Las penas

Si un profesional es hallado criminalmente responsable se le impondrá una pena, que puede consistir en una condena de prisión y la inhabilitación para el ejercicio de la profesión (delitos), o la imposición de una multa (faltas).

Se ha de tener en cuenta que las penas de prisión no superiores a dos años suelen dejarse en suspenso por parte de los jueces, lo que implica que el condenado no ingresará en prisión si durante el tiempo de suspensión que se acuerde no delinque.

Sin perjuicio de lo anterior, una condena de prisión para un profesional sanitario le causará un importantísimo perjuicio, dado que la pena de prisión, siempre irá acompañada de la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión. Esta pena supone en la práctica que el profesional no podrá desarrollar los trabajos para los que estuviera habilitado por su formación. Por ejemplo en el caso de los médicos, la inhabilitación supone no poder desarrollar ninguno de los trabajos para los que se requiere la titulación de Licenciado en Medicina y Cirugía (Prestación asistencial, docencia, investigación, etc.).

TIPOS DE CONDENAS PENALES



3. LA RESPONSABILIDAD CIVIL

Está constituida por la obligación de reparar el daño causado a otra persona, haya nacido este daño de una relación contractual previa o fuera de ella.

En nuestro caso, cuando hablamos de reparación del daño nos estamos refiriendo a indemnizar al paciente con una cantidad económica que compense el daño que ha sufrido.

Vías de reclamación de la RC

Las vías de reclamación de una indemnización económica para los que consideren que han sufrido un daño debido a la actuación de un profesional sanitario son diferentes en función de lugar de trabajo de este.

Si el profesional presta servicios en la sanidad privada, la vía de reclamación será la civil. Si el profesional trabaja para la Administración, la reclamación de daños se dirigirá contra esta y la vía a utilizar será la administrativa.

Elementos configuradores de la responsabilidad civil (vía de reclamación civil)

Para poder apreciar que existe responsabilidad civil por un acto sanitario y por tanto que nace el deber de indemnizar económicamente un daño, deben de concurrir los siguientes elementos:

- Existencia de un daño.
- Relación causal entre el daño que se reclama y el acto médico al que se imputa.
- Una actuación inadecuada por parte del profesional sanitario.

La existencia de un daño

Es el presupuesto de cualquier petición de indemnización. Solo se indemniza si realmente se ha producido un daño. El daño ha de ser cierto y efectivo, lo que quiere decir que ante todo debe de ser verificable y debe de haberse materializado, no resultando indemnizables los daños futuros o los daños hipotéticos. Por ejemplo, si un médico receta a un paciente un medicamento al que es alérgico pero no le produce ninguna reacción, no puede existir responsabilidad alguna.

La entidad del daño determinará la cuantía indemnizatoria en caso de condena.

Los daños básicamente los podemos agrupar en:

- Daños físicos o corporales.
- Daños materiales (sobra las cosas).
- Daños morales.

La relación de causalidad entre la actuación del médico y el daño

El hecho de que el paciente haya sufrido un daño no determina la existencia de responsabilidad civil. Se precisa además que exista una relación de causalidad directa entre el daño sufrido por el paciente y la actuación del médico. En el caso de la responsabilidad civil sanitaria este elemento adquiere gran relevancia ya que la asistencia se presta a personas previamente aquejadas por un mal (enfermedad o trauma), lo que convierte en esencial diferenciar qué parte del resultado final se puede imputar a la asistencia recibida por el paciente y qué parte se debe al normal desarrollo de la patología del paciente. Por ejemplo, si un profesional yerra en el diagnóstico de una enfermedad que pro-

voca el fallecimiento del paciente, no responderá por este fallecimiento civil o penalmente si la enfermedad no tiene cura conocida por la ciencia médica y, el fallecimiento era inevitable con o sin diagnóstico.

La actuación incorrecta del médico

Puede existir responsabilidad civil por el mero hecho de que exista un daño y este guarde relación con la persona a la que se le reclama la indemnización. Este tipo de responsabilidad se denomina objetiva, ya que no requiere de ningún juicio de valor para decidir sobre la existencia de responsabilidad. Por ejemplo, será responsable civil el dueño del terreno en el que se asienta el árbol cuya rama al caer hirió a un transeúnte.

Sin perjuicio de lo anterior la mayoría de las veces para que exista responsabilidad ha de existir además de relación causal, un principio de culpa en la actuación del responsable. Por tanto no bastará simplemente con que se haya producido un daño imputable a alguien, sino que se exigirá que concurran culpa o negligencia en su actuar.

La lex artis

Está claro por tanto que no existirá responsabilidad civil por el mero hecho de que el daño que reclame el paciente derive de la actuación médica.

Se requiere por tanto la concurrencia de un criterio de imputación que nos permita afirmar que en su actuar el profesional ha actuado de manera culposa o negligente, es decir, que no ha actuado de forma diligente. Ese criterio se denomina lex artis cuando analizamos comportamientos profesionales.

En definitiva, para que pueda apreciarse la existencia de responsabilidad del médico, debe de poderse afirmar que este ha actuado de forma incorrecta, es decir, contraviniendo la lex artis ad hoc. Por ejemplo, si un paciente fallece como consecuencia de una reacción alérgica a un tratamiento prescrito por un médico, a pesar de existir relación causal clara entre la actuación del médico y el fallecimiento del paciente (daño), no se le podrá imputar responsabilidad alguna al profesional si el tratamiento pautado era el correcto, no se conocía la alergia del paciente y no estaba indicada una comprobación previa de esta posibilidad.

4. LA RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL

Cuando el origen de la reclamación de responsabilidad civil lo encontramos en la actividad desarrollada por la Administración Pública, no hablaremos de responsabilidad civil sino de responsabilidad patrimonial.

La Administración Pública cuenta con una serie de prerrogativas muy importantes en el ámbito jurídico, destacando a los efectos que nos interesan que para solicitar judicialmente una indemnización a la Administración es obligatorio haber presentado antes una reclamación ante la propia Administración y que esta la haya resuelto o que haya transcurrido el plazo que tenía para resolverla.

Además se ha de tener en cuente que en nuestro ordenamiento jurídico existe una jurisdicción específica para Juzgar los actos de las Administración Públicas, la Jurisdicción Contencioso-administrativa.

Cualquier reclamación dirigida contra la Administración Sanitaria, o contra el personal que presta servicios para ella se tramitará conforme a los procedimientos reglados de responsabilidad patrimonial previstos en la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Efectos sobre los profesionales sanitarios que prestan servicios en la Administración Pública

Hemos visto que contra un profesional que presta sus servicios en la sanidad privada se pueden dirigir dos acciones para exigirle responsabilidades por sus actos, la acción penal cuando exigimos responsabilidad criminal junto a la civil, o directamente la acción civil cuando lo único que se reclama es una indemnización económica.

Pues bien, contra los profesionales que prestan servicios para la Administración Pública, no se puede dirigir una acción civil. Si solo se pretende obtener una reclamación económica, se utilizará la acción de exigencia de responsabilidad patrimonial, acción que solo puede ir dirigida contra la Administración. Será esta por tanto la que tenga que hacer frente al procedimiento de exigencia de responsabilidad, y la que llegado el caso deberá indemnizar al reclamante.

Sin perjuicio de lo anterior, la normativa aplicable prevé que la Administración que tenga que hacer frente a la indemnización dirija una acción de repetición (exigir que le reintegre el importe que ha tenido que desembolsar) contra el profesional responsable si este actúa de forma notoriamente negligente.

Si bien la previsión legal existe, es absolutamente excepcional que la Administración repita contra el profesional, por lo que en la práctica podemos afirmar que cuando se solicitan indemnizaciones económicas a la Administración, el profesional responsable no corre ningún riesgo.

No obstante, el profesional deberá redactar el informe que sobre los hechos le exigirá la Inspección y comparecerá como testigo si así se decide.

Elementos configuradores de la responsabilidad patrimonial

Los elementos que han de concurrir para poder apreciar que existe responsabilidad civil por un acto sanitario y por tanto que nace el deber de indemnizar económicamente un daño son:

- La existencia de un daño real efectivo.
- Relación de causalidad entre el daño y la actuación de la Administración.
- Que el daño pueda ser calificado como antijurídico, tal y como prevé el artículo 141.1 de la LRJAPPAC:

  Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos.

Los dos primeros requisitos son exactamente los mismos que los que hemos visto al estudiar las reclamaciones de responsabilidad civil en vía civil.

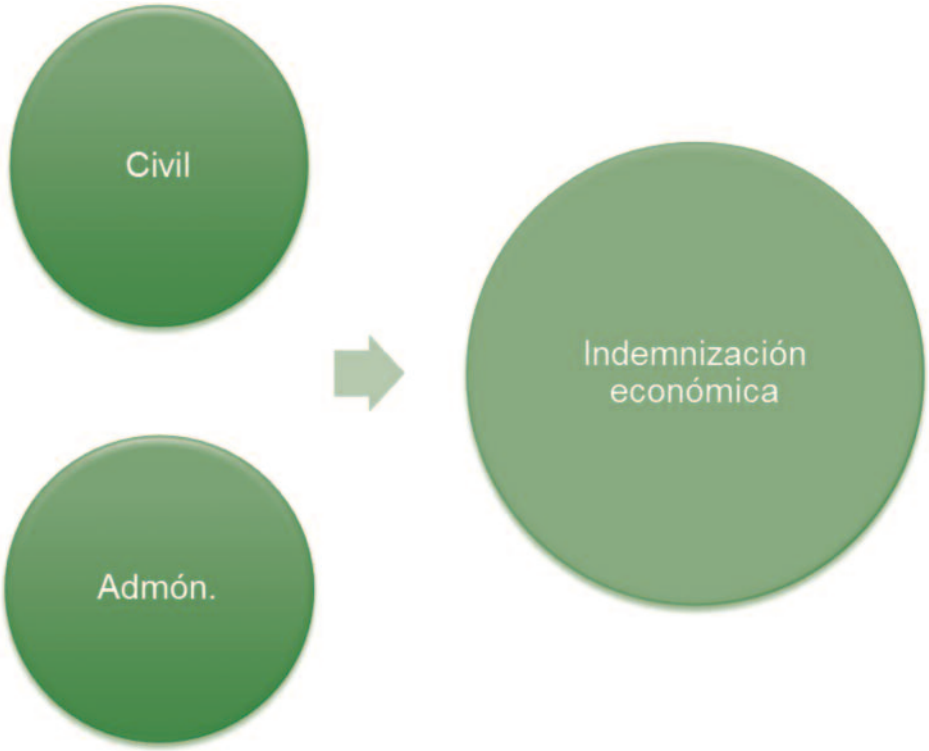
La antijuridicidad del daño

En el procedimiento administrativo no hablamos de culpa, hablamos de que el daño sufrido por el paciente sea antijurídico, o lo que es lo mismo, que el paciente no tenga el deber de soportar el daño.

De nuevo el criterio que generalmente se utiliza para analizar si un determinado daño provocado por una actuación sanitaria es o no antijurídico, es el de la lex artis ad hoc, y su valoración se reali-

zará principalmente a través del estudio de las pruebas periciales que se incorporen al procedimiento. Simplificando, el daño será antijurídico si la actuación no ha sido correcta.

CONDENAS CIVILES ADMINISTRATIVAS



5. TRABAJO EN EQUIPO Y RESPONSABILIDAD

Tras analizar lo elementos que definen la responsabilidad profesional del personal sanitario, y las distintas formas en las que se le puede exigir esa responsabilidad, vamos a estudiar brevemente cómo se configura la responsabilidad profesional cuando en un mismo proceso asistencial confluyen las actuaciones de varios profesionales de distintas especialidades, distintas capacitaciones o distinta jerarquía.

La relación entre médicos de distintas especialidades

En muchas ocasiones la atención a un paciente exige una actuación multidisciplinar con la concurrencia de médicos de distintas especialidades. En esta situación todos los profesionales suelen estar al mismo nivel jerárquico, definiéndose cada ámbito de actuación por su concreta especialización.

Pues bien, sin perder de vista que la ley establece que habrá un médico responsable del paciente en esos casos (previsión más orientada a la centralización de la relación médico-paciente y de la información que se le da, que a determinar el responsable legal de los daños que pudiera sufrir el paciente), si el paciente sufriera un daño derivado de la asistencia que se le presta podríamos distinguir dos situaciones:

1. Cuando la causa principal del daño se circunscribe al ámbito de actuación de una especialidad concreta. En ese caso responderá únicamente el responsable de esa actuación.

2. Cuando la causa del daño es la falta de coordinación entre los profesionales, o cuando no es posible determinar exactamente el ámbito de actuación responsable del resultado por haber contribuido más de uno al resultado final. En estos casos responderán todos los implicados.

La relación del médico con profesionales de otras disciplinas

La prestación sanitaria habitual comprende el trabajo de profesionales con distinto nivel de formación, médicos, DUEs, auxiliares, etc. La relación entre ellos viene fundamentalmente determinada por el principio de competencia, al disfrutar cada profesional de un ámbito de competencia específico generalmente relacionado con su distinta capacitación.

Que cada profesional disponga de autonomía para desarrollar su trabajo supone a priori que cada profesional es responsable de su trabajo.

No obstante, en muchas ocasiones los procesos asistenciales precisan de la interrelación común de todos los profesionales, lo que exige una labor de coordinación y supervisión del proceso. En esas situaciones la responsabilidad toma una forma piramidal que convierte al médico en el último responsable del proceso.

Por tanto encontramos que:

1. Si la causa del daño se puede circunscribir a un ámbito de actuación concreto, responderá el responsable del mismo.
2. Si la causa del daño no puede circunscribirse a un concreto ámbito de actuación, o claramente viene determinada por más de una actuación, podrá existir responsabilidad compartida, sin perjuicio de que el médico adquiera una posición de mayor protagonismo al ser el responsable final de la asistencia al paciente.

Las relaciones jerárquicas

Dentro una misma especialidad el trabajo suele estructurarse en torno a equipos de personas. La estructura más grande sería el Servicio, dentro de la cual se integraría unidades más pequeñas como por ejemplo las unidades especializadas en un materia concreta de la especialidad.

En ese entorno, podemos apreciar dos tipos de relaciones:

1. Relación de colaboración y confianza dentro de un grupo de personas con la misma capacitación. Responderá cada médico en función de su actuación personal.
2. Relacion jerárquica derivada del reparto de roles en un equipo. Responderán los responsable jerárquicos por los daños que se deriven del incumplimiento de las funciones de control que tengan encomendadas, y por los daños que se deriven de posibles defectos de organización del trabajo.

La supervisión del trabajo del residente

Un tipo de responsabilidad que puede incluirse dentro de este apartado, aunque además de la mera diferencia jerárquica exista diferencia en la capacitación, es la responsabilidad que corresponde al médico adjunto respecto de los actos médicos que realicen los residentes que en un concreto momento se encuentren bajo su supervisión.

Si el daño derivara de la falta de control por parte del adjunto, o de una imprudente forma de ejercer ese control, él sería el primer responsable.

La intensidad de control será acorde con los conocimientos y la experiencia del residente, siendo muy distinta la vigilancia que se ha de ejercer sobre un R5 que sobre un R1, el cual no puede hacer nada sin supervisión.

Donde más importancia tiene la supervisión de la labor del residente es en la asistencia en Urgencias, dado que en ocasiones ellos son los que se encargan de la valoración inicial de la mayoría de los pacientes, lo que supone correr el riesgo de que por falta de experiencia o capacitación se produzca un alta indebida.

6. EL ASEGURAMIENTO DE LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

Atendiendo al riesgo que supone el ejercicio de la profesión, cabe preguntarse cómo podemos delimitarlo y controlarlo.

La forma más sencilla de controlar el riesgo que asumimos consiste en realizar cada proceso de la forma más segura y adecuada posible. No obstante, siempre será conveniente contratar un seguro de responsabilidad profesional que incluya al menos las siguientes garantías:

1. Responsabilidad civil (pago de indemnizaciones económicas en cualquiera de los procedimientos que hemos estudiado). Es importante considerar si las cantidades que tenemos aseguradas son correctas para los riesgos de nuestra especialidad.
2. Defensa jurídica (costes de la defensa jurídica y designación de abogado). Por lo general el asegurado tiene derecho a nombrar al abogado que le inspire más confianza para que le defienda en un procedimiento penal. Los gastos en los que incurra serán pagados por la compañía aseguradora. Por lo anterior es importante que tengamos esta opción en cuenta y solicitemos los servicios de un abogado que esté totalmente especializado en la materia, ya que el resultado del juicio dependerá en gran medida de su actuación.

Lo que no puede cubrir ningún seguro es la responsabilidad penal. Se encargará del pago de las indemnizaciones que de ella se deriven, e incluso puede compensarnos si somos inhabilitados y por tanto perdemos nuestra fuente de ingresos, pero no podrá cubrir las penas que se impongan, que al ser personales serán soportadas íntegramente por el condenado.

En la Sanidad Privada es obligatorio disponer de un seguro de Responsabilidad Civil. En la Sanidad Pública a día de hoy, todas las Administraciones tienen contratados seguros de responsabilidad, teniendo todo el personal a su servicio la condición de asegurado. Además, casi todos los colegios de médicos ofrecen este servicio a sus colegiados.

La clave a la hora de elegir un seguro es estudiar las coberturas que nos ofrece (qué hechos están asegurados; durante qué períodos; hasta qué cantidades, etc.) ya que determinarán nuestro nivel de protección.

Puede resultar, y no es infrecuente, que tengamos un seguro contratado, y cuando lo necesitemos resulte que el hecho que ha generado el siniestro no goce de cobertura por nuestra póliza (por ejemplo hay pólizas que no cubren las condenas que se produzcan por la ausencia de consentimiento informado ya que lo excluyen expresamente).

Otra posibilidad es que a priori todo esté cubierto, y posteriormente atendiendo a la sentencia que dicten los tribunales, el seguro no cubra el siniestro y tengamos que afrontar la responsabilidad nosotros.

Del mismo modo podría pasar que nos condenaran a indemnizar al reclamante con 800.000 € y que nuestro seguro solo cubra hasta 300.000 €.

Estas circunstancias han de ser tenidas muy en cuenta cuando se ejerce la medicina en la Sanidad Privada, donde los profesionales decidirán qué seguro contratar.

Por último, hemos de resaltar que los profesionales sanitarios han de tener en cuenta las siguientes cuestiones en su relación con su aseguradora:

- Deben notificar a su aseguradora las reclamaciones que reciban a la mayor brevedad.
- Deben consultar con su aseguradora si se hará cargo del siniestro y si podrían existir problemas de cobertura iniciales o sobrevenidos.
- Deben consultar con su aseguradora sobre la posibilidad de que concurran conflictos de intereses. Aunque es poco habitual, pudiera ser que la aseguradora buscando su beneficio perjudicara su situación, por ejemplo si puede conducir el procedimiento hacia alguna exclusión de cobertura.
- En los procedimientos penales podrán designar su propio abogado. Si así lo hacen, habrá dos abogados defendiendo su posición, el que ha elegido y el de la aseguradora.

7. CUESTIONES CLAVE

- Cuando un paciente no está conforme con el resultado de su proceso asistencial o con nuestra forma de actuar, y considera que ha sufrido un daño, puede proceder de dos formas distintas:
  1. Reclamar una indemnización económica.
  2. Denunciar los hechos para que sean enjuiciados criminalmente. En ese caso lo primero que se enjuiciará será nuestra responsabilidad penal, y si se apreciara que existe, se enjuiciará acto seguido la responsabilidad civil.
- Para que exista responsabilidad por nuestra parte, además de que el paciente haya sufrido un daño producido por nuestra actuación, es necesario que hayamos actuado incorrectamente.
- Si trabajamos en la Sanidad Pública solo seremos enjuiciados si el paciente opta por utilizar la vía penal. Si opta por reclamar solo dinero, será la Administración la que afronte el proceso.
- Si trabajamos en la Sanidad Privada, seremos nosotros junto a nuestra aseguradora y puede que la institución para la que prestemos servicio, los que afrontaremos ambos procesos en su caso (civil/penal).
- Las condenas penales pueden significar que nos impongan una pena de inhabilitación profesional (con los efectos de una retirada del título de licenciado en Medicina).
- Podemos asegurar nuestra responsabilidad civil, no la penal. Es decir, podemos asegurar las indemnizaciones a las que pudiéramos tener que hacer frente, pero no podemos asegurarnos contra las multas o penas que nos impongan.
- Si trabajamos en la sanidad privada deberemos de contratar un seguro de responsabilidad civil. Si trabajamos en la pública, gozaremos de la condición de asegurados en el seguro que tenga contratado la Administración, lo que no obsta para que podamos contratar otro seguro por nuestra cuenta que aumente las coberturas que nos ofrece el de la Administración.

Capítulo 5

Gestión del Conocimiento y Medicina Basada en Evidencia

Autor:

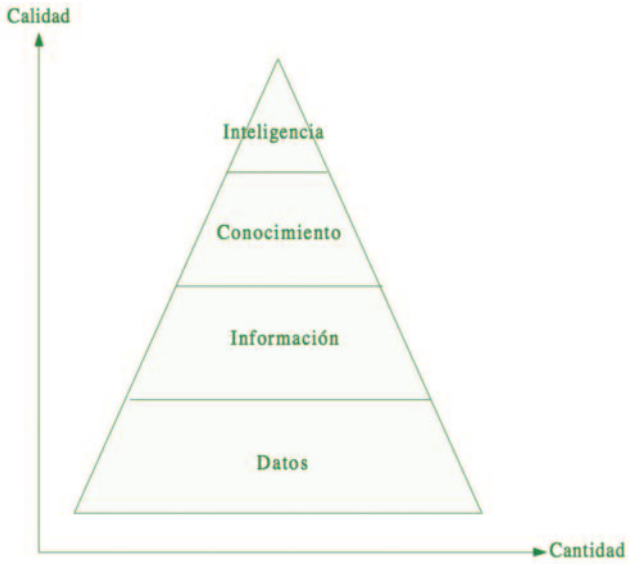
Luis Quecedo Gutiérrez

Luis Quecedo Gutierrez. *Doctor en Medicina, Universidad Autónoma de Madrid. Especialista de Medicina Interna. Especialista en Anestesiología y Reanimación. Máster en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios, ADOS y Universidad Pontificia Comillas de Madrid. Máster en Economía de la Salud y Gestión Sanitaria, Fundación Gaspar Casal y Universidad Ponpeu Fabra. European Healthcare Leadership Programme, INSEAD. Facultativo Especialista en Anestesia, Unidad de Reanimación, Hospital de la Princesa, Madrid.*

1. INTRODUCCIÓN

Ya hace cierto tiempo que las organizaciones sanitarias se dieron cuenta de que sus activos físicos y financieros no tienen por sí solas la capacidad de generar ventajas competitivas sostenibles en el tiempo, ni siquiera les permiten acometer nuevos retos, siendo sus activos intangibles los que aportan verdadero valor a la organización. Los activos intangibles son una serie de recursos que pertenecen a la organización sanitaria, pero que no están valorados desde un punto de vista contable, son activos las capacidades que se generan en la organización cuando se empieza a trabajar en grupo, en procesos o rutinas organizativas. La mayoría de los activos intangibles suelen estar basados en la información, el aprendizaje y el conocimiento. Es a través del aprendizaje individual y de procesos de captación, estructuración y transmisión de conocimiento corporativo, como podemos aumentar las capacidades y resolver problemas cada vez más complejos. La Gestión del Conocimiento tiene que ver con procesos relacionados de una u otra forma con la captación, estructuración y transmisión de conocimiento. En el trato diario del paciente se generan gran cantidad de datos. Los datos, una vez relacionados a una enfermedad y estructurados se convierten en información. La información asociada a un contexto y a una experiencia se convierte en conocimiento. El conocimiento asociado a un médico y a una serie de habilidades personales se convierte en sabiduría, y finalmente el conocimiento de los médicos asociados a una organización y a una serie de capacidades organizativas se convierte en Capital Intelectual. Este capital es el valor más importante de una organización sanitaria. La pirámide informacional mostrada por en la figura 1 explica el proceso de transformación asociado a la generación del conocimiento. En esta se indica que el nivel más bajo de los hechos conocidos son los datos. Los datos no tienen un significado por sí mismos, ya que deben ser ordenados, agrupados, analizados e interpretados para entender potencialmente lo que por si sólo nos quieren indicar. Cuando los datos son procesados de esta manera, se convierten en información. La información tiene una esencia y un propósito. Cuando la información es utilizada y puesta en el contexto o marco de referencia de un paciente o enfermedad junto con su percepción personal se transforma en conocimiento. El conocimiento es la combinación de información, contexto y experiencia. El conocimiento resumido, una vez validado y orientado hacia un objetivo genera inteligencia (sabiduría), la cual pretende ser una representación de la realidad.

Fig 1. Piramide del Conocimiento



2. BUSINESS INTELLIGENCE

Las organizaciones empresariales se dieron cuenta de que sus activos físicos y financieros no

tienen la capacidad de generar ventajas competitivas sostenibles en el tiempo, y descubren que los activos intangibles son los que aportan verdadero valor a las organizaciones. Los activos intangibles son una serie de recursos que pertenecen a la organización, pero que no están valorados desde un punto de vista contable. También son activos intangibles las capacidades que se generan en la organización cuando los recursos empiezan a trabajar en grupo, mucha gente en lugar de capacidades habla de procesos, o rutinas organizativas. En definitiva un activo intangible es todo aquello que una organización utiliza para crear valor, pero que no contabiliza. La gestión del conocimiento se cimenta en unas premisas básicas:

1. Las organizaciones son diferentes entre sí en función de los recursos y capacidades que poseen en un momento determinado. Estos recursos y capacidades no están disponibles para todas las empresas en las mismas condiciones. Esto explica sus diferencias de rentabilidad.
2. Los recursos y capacidades tienen cada vez un papel más relevante en la estrategia. La pregunta que hay que contestar es: qué necesidades puedo satisfacer, y no qué necesidades quiero satisfacer.
3. El beneficio de una empresa es función de las características del entorno y de los recursos y capacidades de que dispone.

Los Hospitales no dejan de ser empresas de servicios similares a los de otras empresas de otros sectores, con una serie de cualidades que les hacen muy especiales. Cada paciente es un proceso diferente dentro de un output común que es la producción de salud. Una característica muy acentuada en la empresas sanitarias lo constituye el hecho de que la herramienta generadora de salud lo constituyen los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales sanitarios. La generación y diseminación de conocimientos y habilidades supone una ventaja competitiva frente a otros hospitales.

La **Gestión del Conocimiento** es la gestión de los activos intangibles que generan valor para la organización. La mayoría de estos intangibles tienen que ver con procesos relacionados de una u otra forma con la captación, estructuración y transmisión de conocimiento. Por lo tanto, la Gestión del Conocimiento tiene en el aprendizaje organizacional su principal herramienta. La Gestión del Conocimiento es un concepto dinámico o de flujo.

En este momento deberíamos plantearnos cuál es la diferencia entre **dato, información y conocimiento**. Una primera aproximación podría ser la siguiente: los datos están localizados en el mundo y el conocimiento está localizado en agentes (personas, organizaciones, …), mientras que la información adopta un papel mediador entre ambos conceptos.

Hay que reconocer que, en realidad, lo que fluye entre agentes distintos nunca es conocimiento como tal, sino datos (información). Es posible aproximar el conocimiento de dos agentes que comparten los mismos datos, pero debido a sus experiencias anteriores y a las diferencias en el modo de procesar los datos (modelos mentales, modelos organizacionales), nunca tendrán las mismas tendencias para la acción, ni estados idénticos de conocimiento. Sólo podemos conseguir aproximaciones, ya que el contexto interno y externo de un agente siempre es diferente a otro. Esto es así, porque el conocimiento es información puesta dentro de un contexto (experiencia)

En definitiva, los datos, una vez asociados a un objeto y estructurados se convierten en información. La información asociada a un contexto y a una experiencia se convierte en conocimiento. El conocimiento asociado a una persona y a una serie de habilidades personales se convierte en sabiduría, y finalmente el conocimiento asociado a una organización y a una serie de capacidades organizativas se convierte en Capital Intelectual.

En definitiva la Gestión del Conocimiento de una forma más precisa consiste en el conjunto de procesos y sistemas que permiten que el Capital Intelectual de una organización aumente de forma significativa,

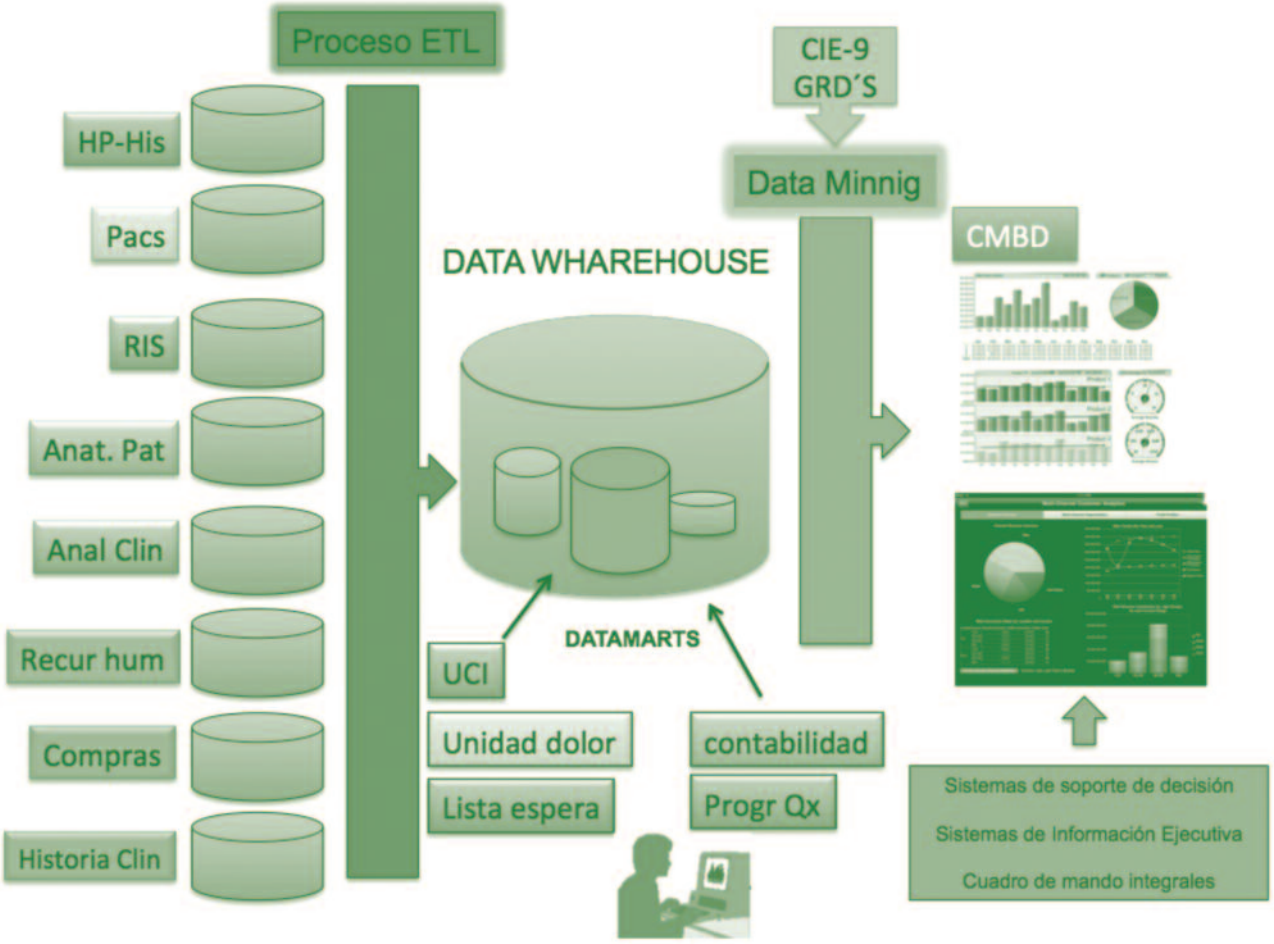
mediante la gestión de sus capacidades de resolución de problemas de forma eficiente, con el objetivo final de generar ventajas competitivas sostenibles en el tiempo.

En la actualidad con el desarrollo de las tecnologías de la información (TIC) se transforma para la gestión diaria en una herramienta útil para la toma de decisiones e implementaciones de estrategias empresariales, constituyendo la inteligencia de negocio o Business Inteligence. Su definición formal sería la habilidad para transformar los datos en información, y la información en conocimiento, de forma que se pueda optimizar el proceso de toma de decisiones en los negocios. La inteligencia de negocios actúa sobretodo como un factor estratégico para una empresa u organización, generando una potencial ventaja competitiva, proporcionando información privilegiada para responder a los principales problemas del negocio.

De una unidad de Dolor van a surgir dos tipos de información que se convertirá en conocimiento. Por un lado la experiencia clínica de sus facultativos, su adquisición de nuevos conocimientos y desarrollo de destrezas generará conocimiento científico que se plasmará en unos resultados clínicos que influirá en el posicionamiento del hospital en el mercado. Van a generar por otro lado, una serie de datos e información sobre su actividad con impronta en la codificación de procesos del hospital, como su influencia sobre la actividad del resto de servicios médicos o quirúrgicos que soliciten su intervención, estancias medias, programación de quirófanos,etc.

Habitualmente las unidades se encuadran dentro de la cadena de procesos en la generación de productos finales con resultados directos sobre la salud de los pacientes, aplicando la inteligencia de negocio en la UDO pretendemos **Observar ¿qué está ocurriendo?, Comprender ¿por qué ocurre?, Predecir ¿qué ocurriría?, Colaborar ¿qué debería hacer la UDO?, Decidir ¿qué camino se debe seguir?.** La propia unidad para su gestión precisa conocer datos e información sobre ella misma, activi-

dad, estacionalidad de la misma, resultados de las intervenciones, impacto sobre la calidad de vida de los pacientes, derivaciones de otras especialidades, consumo de recursos, tiempos de consultas, revisiones, etc.



Para ello las TIS de la organización recogen los datos primarios de los pacientes siendo el Básico la filiación del Conjunto Mínimo de datos CMBD y demás datos procedentes de servicios centrales, PACS (bases de datos de imágenes) de radiología y demás servicios, análisis, recursos humanos, compras historia clínica que componen el HIS del hospital (Hospital Information System). En él almacenan datos de la UDO, que por un proceso de ETL (extracción, transformación y carga) se recogen en datamarts (almacén de datos específicos) de la especialidad de forma que puedan ser explotados con diferentes fines. La importancia de la elaboración de estos datos en información es generar conocimiento sobre aspectos de la UDO que nos permita tomar decisiones. La generación de cuadros de mando operativos o integrales se apoyan por sistemas de soporte de decisión o sistemas de información ejecutiva que nos permiten conocer en tiempo real aspectos de la unidad, de sus logros o de sus carencias según los objetivos que nos hubiéramos impuesto.

Un ejemplo de un cuadro de mando operativo para la gestión diaria de una UDO seria el siguiente. En ellos quedaría constancia de la actividad mensual y diversos ratios o criterios de calidad que nos impusiéramos como objetivo de la unidad incluidos aspectos docentes o de investigación clínica.

		Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dec	total
RATIOS	Peso Hospitalario													
	Crecimiento consult													
	Presión consultas													
	Dimensión relativa													
	Pacientes/facultativo													
	Pctes /horas dispon													
	otros													
	DOCENTES: CURSOS IMPART													
	DOCENTES: COMUNICACIONES CONGR													
	DOCENTES: ART ORIGINALES													
	DOCENTES: TESIS DOCT													
	DOCENTES: ENSAYOS CLIN													
	COSTES CENTINELA													
	INDICADORES CALIDAD													

		Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dec	total
ACTiVIDAD	1º consulta													
	Cons sucesivas													
	TECNICAS: iontoforesis													
	TECNICAS: Bloqueos regionales													
	TECNICAS: Bloqueos axiales													
	TECNICAS: botox													
	TECNICAS: otros													
	INTERv QX: Infiltr facet													
	INTERv QX: Ganglio estrellados													
	INTERv QX: Estimulador Med													
	INTERv QX: vertebroplastia													
	INTERv QX: otros													
	ingresos													
	Estancia media													

3. MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS

El médico ejerce su profesión mediante el uso del conocimiento aprendido en sus años de formación y el uso de sus habilidades clínicas, es decir, las adquiridas a través de una larga y continuada observación y ex-

periencia. El conocimiento tácito o subjetivo se suele socializar compartiendo experiencias, aprendiendo de los más antiguos trabajando a su lado, observando e imitando sus acciones. El conocimiento tácito también es externalizado convirtiéndolo en explicito mediante artículos, informes sistematizados y su intercambio.

Algunos objetivos de la Gestión del conocimiento en el área de la Salud podrían ser:

- Formular estrategias globales de las instituciones para el desarrollo, adquisición y aplicación del conocimiento.
- Implantar estrategias orientadas al conocimiento.
- Promover la mejora continua de los procesos y asistencia sanitaria basada el utilización del mejor conocimiento disponible y enfatizando en su generación y diseminación.
- Monitorear y evaluar las mejoras alcanzadas mediante su aplicación.
- Reducir los costos asociados a la repetición de errores, aprender de los errores.

La gestión del conocimiento en el área de la salud se compone de un marco o Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) y un contenido o conocimiento. Las herramientas que nos permiten el acceso al contenido o conocimiento se basa fundamentalmente en Internet, intranets y extranets, data warehousing/mining, administración de informes, sistemas de apoyo a la toma de decisiones y la inteligencia artificial. Estableciéndose un modelo de arquitectura que distingue y nos permite enfocar nuestra atención en el mejor conocimiento disponible.

El conocimiento de conceptos adquiridos por el médico, menguan progresivamente mientras que las ciencias médicas continúan progresando exponencialmente en el tiempo. La Medicina Basada en la Evidencia constituye una cierta manera de ejercer la medicina que implica organizarse de forma diferente y con otra logística. Ante la explosión del interés de la práctica clínica basada en la evidencia en la última década del segundo milenio, se puede llegar a olvidar que esta idea no es nueva. De hecho, los orígenes de la Medicina Basada en la Evidencia se remontan a la primera mitad del siglo XIX, en esta época el médico francés Louis creó en 1834 un movimiento que denominó *"Médecine d'observation"* y mediante diversos experimentos contribuyó a la erradicación de terapias inútiles como la sangría. Sus hallazgos tuvieron gran repercusión en aquella época, tanto en Francia como en Inglaterra y EE.UU.El concepto de "*Evidence based medicine*", traducido como medicina basada en la "evidencia" (MBE) fue presentado en el año 1991 a través de un editorial en la revista ACP Journal Club. Un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos vinculados a la Universidad Mc Master, en Canadá, constituyeron el grupo de trabajo de MBE, y publicaron un artículo en JAMA. El término fue acuñado en Canadá en los años 80 para describir la estrategia de aprendizaje utilizada en la Mc Master Medical School. Con él se pretende aludir, como afirman en el mencionado artículo, a un nuevo enfoque en la docencia y práctica de la medicina, en el que se resalta la importancia del examen de las pruebas o "evidencias" procedentes de la investigación, la interpretación cautelosa de la información clínica derivada de observaciones no sistemáticas, y bajo cuyo prisma se considera que la sola comprensión de la fisiopatología de una enfermedad es insuficiente para la práctica clínica de calidad.

La puesta en práctica de la MBE precisa el desarrollo de habilidades en la realización de búsquedas bibliográficas y la aplicación de reglas formales para evaluar la literatura. Se trata de integrar la experiencia clínica personal con la mejor "*evidence*" o pruebas externas obtenidas a través de una investigación sistemática. "*Evidence*", en este contexto, se refiere a datos empíricos obtenidos a través de investigación clínica robusta, que demuestren los beneficios y perjuicios reales de las intervenciones sanitarias. Por tanto la MBE consiste en el" uso consciente, explícito y juicioso de las mejores pruebas actuales en la toma de decisiones sobre la atención de cada paciente individual, no sólo sobre su enfermedad o proceso". Ello comprende desde la realización de diagnósticos efectivos y eficientes, a la identificación y consideración de los principios, las preferencias y los derechos de los pacientes.

La MBE implica un proceso de autoaprendizaje y una actitud vital, de búsqueda y actualización permanente. Existe una enorme cantidad de conocimientos que no se aplican o utilizan en el ámbito sanitario.

Numerosas innovaciones contrastadas con rigor, que cuando son aplicadas en un lugar o contexto, se diseminan muy lentamente por lo que el desarrollo no está limitado por el ritmo de los descubrimientos, sino por el de su implantación. Esta nueva manera de hacer es posible gracias a las tecnologías de la información e Internet, y al trabajo de organizaciones como la Colaboración Cochrane, que elabora y difunde revisiones sistemáticas. La disponibilidad de acceso a las diferentes bases de datos, a revistas científicas, a páginas web de organismos e instituciones científicas, todo ello ofrece una excelente oportunidad para introducir o considerar el abordaje de las innovaciones. La lectura regular de revistas es necesaria para mantenerse al día, dado que las revistas son la principal fuente revisada de la evidencia nueva disponible para la mayoría de los médicos. La aplicación de los principios de apreciación crítica permite la definición de las revistas dentro del campo de práctica que tenga una mayor producción de artículos definitivos y posibilita la revisión regular de las mismas a un ritmo muy rápido. Sin embargo, con mucha frecuencia el estímulo para el aprendizaje más potente en la práctica diaria son los problemas no resueltos de nuestros pacientes; es lo que se denomina la búsqueda de bibliografía orientada por problemas.

La práctica de la MBE se articula en torno a una serie sucesiva de pasos que enumeramos a continuación.

1. Convertir las necesidades de información en preguntas susceptibles de respuesta. Formular la pregunta de la manera más adecuada posible a partir del problema que se nos presenta.
2. Localizar las mejores evidencias con las que responder, a través de:
   a. Bases de datos bibliográfica.
   b. Revistas científicas.
   c. Literatura secundaria o terciaria, como, Colaboración Cochrane y Cochrane Library, que contiene una base de datos de revisiones sistemáticas, un resumen de revisiones de efectividad, el registro Cochrane de ensayos controlados y la metodología de las revisiones. Bandolier y su versión española Bandolera.
   d. Guías de práctica clínica rigurosas y basadas en pruebas, que se pueden localizar a través de Internet.
3. Valoración y evaluación crítica de la evidencia. Determinar su validez y utilidad para nuestra necesidad.
4. Aplicación de las conclusiones a nuestra práctica, teniendo en consideración los riesgos y beneficios, las expectativas, preferencias de los pacientes y sus necesidades emocionales.
5. Evaluación del rendimiento de esta aplicación.

Una de las críticas más frecuentes a la práctica de la MBE es la escasa disponibilidad de tiempo de los profesionales. Aunque el dedicado a la lectura y formación es variable, aún en los mejores casos con toda probabilidad resultará escaso. Contra esta circunstancia está a nuestro favor el avance de las tecnologías, que mejoran el acceso, y la cantidad de fuentes y publicaciones que nos facilitan la búsqueda y lectura. Para ello es necesario disponer de algunos medios, como ordenadores personales y conexiones a Internet o CD- ROM con la información, además de las oportunas suscripciones. También es fundamental la formación y la adquisición de habilidades adecuadas para saber dónde y cómo encontrar la información necesaria. Podemos encontrarnos con problemas de accesibilidad, de disponibilidad de datos, de equipamiento, de equipo profesional o incluso administrativos y financieros. Por todo ello, además de la voluntad de los profesionales, se necesitan medios, compromiso, soporte y apoyos por parte de la organización.

La MBE como actividad promueve la utilización de la evidencia científica en la eficacia y efectividad de las intervenciones en la práctica clínica en combinación con la experiencia clínica individual.

La aparición del fenómeno MBE se ha visto propiciado por una serie de acontecimientos y factores que han acontecido y caracterizado la atención sanitaria los últimos 50 años:

- Desarrollo de la metodología del ensayo clínico por Bradford Hill.
- Conceptualización y desarrollo de la epidemiología clínica por Feinstein, Rothman y Sackett.

- El nacimiento de las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.
- El desarrollo de la bioética con un modelo basado en la autonomía del enfermo.
- El desarrollo de las tecnologías de la telecomunicación: internet, bases de datos…
- Incremento de la información médica.
- Incremento de los costes sanitarios.
- Mayor y más activa presencia del paciente-usuario-cliente.

Un cambio destacable en la última mitad de siglo ha sido el gran desarrollo de la información científica. Aumenta continuamente el número de revistas científicas, planteándose un nuevo problema en la práctica clínica: la sobrecarga de información. Se calcula que anualmente se publican unos 2 millones de artículos en unas 20.000 revistas, generalizándose los procedimientos de revisión de los originales por colegas revisores independientes (peer review). Los libros de texto al ser impresos ya presentan un importante retraso en la actualización sobretodo en las secciones sobre la terapéutica, por lo que se hace necesario un acceso a la información que sea rápido, actual y veraz. Algunas publicaciones minimizan dicho problema difundiendo resúmenes estructurados procedentes de otras revistas (ACP Journal Club) que simplifican el trabajo que generaría una actualización continuada individual. Por otra parte, en los últimos años se han abierto nuevas vías de acceso a la información (internet), que sobrecargan aún más de datos nuestras necesidades, e incrementan al mismo tiempo la cantidad de datos innecesarios y de escasa calidad en la que nos encontramos inmersos. La MBE en este aspecto, trata de minimizar el problema aportando la metodología precisa para la localización rápida de la información de mejor calidad científica, proporcionando una herramienta inestimable de aprendizaje y actualización de nuestros conocimientos.

Hicks define 5 pasos esenciales para una correcta práctica de la MBE:

- Formulación de los problemas clínicos en cuestiones contestables.
- Búsqueda eficiente de las mejores evidencias.
- Evaluación critica de las evidencias.
- Aplicación de los resultados en la práctica clínica.
- Evaluación del impacto obtenido.

La MBE se nutre de información que termina convirtiéndose en conocimiento. La información procede de estudios primarios y de síntesis de la misma en formato de revisiones sistemáticas. Aunque primariamente esta destinada, como herramienta de ayuda en el proceso de toma de decisión de pacientes individuales, su utilidad va tomando forma en otros escenarios como en la política sanitaria, proveedores y aseguradoras sanitarias, consumidores, etc. El trabajo de Dixon sobre el resultado de una valoración crítica de la literatura sobre 144 intervenciones propuestas a una organización demostró que en apenas un 6% existía clara evidencia, un 21% de mediana, un 38% de pobre evidencia y el resto de ninguna evidencia.

El facultativo responsable de la toma de decisiones, se ve obligado por lo tanto a desarrollar una serie de destrezas para realizar óptimamente su labor:

- Saber definir criterios de efectividad, seguridad y aceptación.
- Saber localizar artículos sobre la efectividad, seguridad y aceptación de una nueva prueba diagnóstica o un nuevo tratamiento.
- Saber valorar la calidad de la evidencia.
- Saber valorar si los resultados son aplicables a una determinada población.

Una vez identificado el problema o situación que se quiere resolver, el primer paso y origen se centra en la obtención de la información. De ellas se van a derivar las posibles decisiones tanto clínicas y de gestión y por tanto sus resultados. Es por lo tanto fundamental escoger como fuente aquellos documentos científicos existentes de la mayor calidad posible.

4. EVIDENCIA CIENTÍFICA. NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADO DE RECOMENDACIÓN

En el proceso de toma de decisiones con el que frecuentemente se enfrentan los diversos actores del sector sanitario, la información necesaria para una decisión exitosa parte de muy diversas procedencias: investigación primaria, preferencias de los pacientes, experiencias personales, creencias culturales y evidencias científicas. Los factores implicados en la toma de decisiones se van a distribuir en tres bloques fundamentales:

- las evidencias disponibles procedentes de datos de pacientes, investigación básica, ensayos clínicos, …
- Factores personales tanto de médicos como pacientes como valores personales, educación, experiencias, etc.
- Factores normativos o de obligado cumplimiento como aspectos legales, políticos, económicos, …

Es en los últimos años cuando se ha asistido a una explosión de evidencias científicas proliferando como nunca la publicación de artículos en general y de ensayos clínicos en particular, que exigen nuevas herramientas como las revisiones sistematizadas, que sumarizan las evidencias disponibles y mejoran el manejo de los conocimientos científicos hacia un objetivo determinado.

En el proceso de toma de decisiones con el que frecuentemente se enfrentan los médicos, la información necesaria para una decisión exitosa parte de muy diversas procedencias: investigación primaria, preferencias de los pacientes, experiencias personales, creencias culturales y evidencias científicas. Los factores implicados en la toma de decisiones se van a distribuir en tres bloques fundamentales:

- las evidencias disponibles procedentes de datos de pacientes, investigación básica, ensayos clínicos, …
- Factores personales tanto de médicos como pacientes como valores personales, educación, experiencias, etc.
- Factores normativos o de obligado cumplimiento como aspectos legales, políticos, económicos, …

Es en los últimos años cuando se ha asistido a una explosión de evidencias científicas proliferando como nunca la publicación de artículos en general y de ensayos clínicos en particular, que exigen nuevas herramientas como las revisiones sistematizadas, que sumarizan las evidencias disponibles y mejoran el manejo de los conocimientos científicos hacia un objetivo determinado.

Las recomendaciones respecto de la decisión para adoptar una tecnología o procedimiento médico surgen del análisis y síntesis de las evidencias disponibles en la literatura científica, así como de valoraciones de información adicional de carácter clínico, técnico y financiero. El análisis y la síntesis precisa de la valoración y clasificación precisa de la evidencia según el rigor científico y la calidad. La calidad de la evidencia indica hasta qué punto podemos confiar en que el estimador del efecto es correcto. La fuerza de una recomendación indica hasta qué punto podemos confiar en que poner en práctica la recomendación conllevará más beneficio que riesgo. Para llevar a cabo juicios acerca de la calidad de la evidencia se necesita valorar la validez de los resultados de los estudios individuales para los resultados importantes. Para llevar a cabo estos juicios se deberían utilizar criterios explícitos. Las etapas que se deben seguir en este enfoque permiten realizar juicios secuenciales acerca de:

- La calidad de la evidencia en los diferentes estudios para cada uno de los resultados importantes.
- Los resultados que son claves para una decisión.
- La calidad global de la evidencia para estos resultados clave.
- El balance entre beneficios y riesgos.
- La fuerza de las recomendaciones.

Para valorar el rigor científico se utilizan las escalas de clasificación de la evidencia, el esquema de gradación se construye a partir de la diferente capacidad de los distintos diseños existentes para valorar la evidencia. Existen diferentes escalas con algunas diferencias sustanciales. Una de las más utilizadas procede de la Canadian Task Force on the Periodic Health Examination con posteriores adaptaciones. Fig. 2.

Fig. 2. Niveles De Evidencia científica según la Canadian Task Force

I	Evidencia obtenida a partir de al menos un ensayo aleatorio y controlado diseñado de forma apropiada.
II-1	Evidencia obtenida a partir de ensayos controlados no aleatorios y bien diseñados.
II-2	Evidencia obtenida a partir de estudios de cohorte o casos control bien diseñados, realizados preferentemente en más de un centro o por grupo de investigación.
II-3	Evidencia obtenida a partir de múltiples series comparadas en el tiempo con o sin intervención.
III	Opiniones basadas en experiencias clínicas, estudios descriptivos o informes de comités de expertos.

El rigor científico de los distintos tipos de diseño los clasifican ordenadamente tal y como proponen la Swedish Council on Technology Assesment in Health Care (SBU) o la Agencia de Evaluación de Tecnología Médica de Cataluña (AATM) y que pueden ser resumidas en las Fig. 2.

Fig. 3. Niveles De Evidencia Grado de Recomendación según la ATTM

NIVEL	TIPO DE DISEÑO	CONDICIONES DE RIGUROSIDAD CIENTÍFICA
I	Metaanálisis de ensayos controlados y analizados	No heterogeneidad. Diferentes técnicas de análisis. Metarregresión. Megaanálisis. Calidad de estudios
II	Ensayo controlado y aleatorizado de muestra grande	Evaluación del poder estadístico. Multicéntrico. Calidad del estudio
III	Ensayo controlado y aleatorizado de muestra pequeña	Evaluación del poder estadístico. Calidad del estudio
IV	Ensayo prospectivo controlado no autorizado	Controles coincidentes en el tiempo. Multicéntrico. Calidad el estudio
V	Ensayo prospectivo controlado no alatorizado	Controles históricos. Calidad del estudio
VI	Estudios de cohorte	Multicéntrico. Apareamiento. Calidad del estudio
VII	Estudios de casos y controles	Multicéntrico. Calidad del estudio
VIII	Series clínicas no controladas Estudios descriptivos: vigilancia, epidemiología, encuestas, registros, bases de datos. Comités expertos.	Multicéntrico
IX	Anécdotas o casos únicos	

Es a partir del análisis y clasificación de la evidencia cuando pueden formularse las recomendaciones en torno a la idoneidad de la adopción de una tecnología o procedimiento médico. Descrita en la tabla adjunta una recomendación de grado A cuando la evidencia permite formular recomendaciones conclusivas, grado B cuando es factible emitir conclusiones no concluyentes y C cuando no se puede manifestar ningún tipo de valoración.

Se valora como estándar ideal la evidencia procedente de metaanálisis y ensayos clínicos controlados aunque con frecuencia existen circunstancias donde por problemas éticos o de otra índole es imposible su realización. Esta circunstancia no impide que se puedan llegar a una serie de recomendaciones a pesar de no ser los más idóneos para comparar beneficios, riesgos o costes de una intervención. En algunos casos nuestro problema se va a circunscribir en conocer el grado de aceptación, de satisfacción o las preferencias de los pacientes, medidas difícilmente cuantificables que no pueden investigarse con los métodos científicos cuantitativos. Las ciencias sociales aportan en estos casos los instrumentos necesarios mediante entrevistas, grupos de consenso, encuestas y demás métodos cualitativos, que nos ayuden a solucionar los problemas.

Las diferentes organizaciones sanitarias como vemos utilizan sistemas similares pero distintos y, dependiendo del sistema empleado, una misma evidencia y recomendación podría clasificarse como II-2 y B;

C+ y 1, o evidencia sólida y fuertemente recomendada. Esto resulta confuso e impide una comunicación efectiva. El grupo de trabajo de GRADE desde el año 2006 comenzó como una colaboración informal entre personas interesadas en abordar las deficiencias de los actuales sistemas de clasificación. El Grade es esencia un consenso internacional sobre la calidad de la evidencia y fuerza de la recomendaciones y se han ido adheriendo publicaciones de elevado impacto que solicitan la inclusion de dicha metodología en productos de síntesis evidencia como las guías de práctica clínica (Fig. 4).

Fig. 4. Nivel de evidencia según GRADE

Calidad de la evidencia	Diseño de estudio	Disminuir si*	Aumentar si*
Alta	ECA	Importante **(-1)** o muy importante **(-2)** **limitación de la calidad** del estudio **Inconsistencia** importante **(-1)** Alguna **(-1)** o gran **(-2)** incertidumbre acerca de la que **evidencia** sea **directa** Datos escasos o imprecisos **(-1)** Alta probabilidad de sesgo de notificación **(-1)**	**Asociación:** evidencia de una **fuerte** asociación: RR > 2 ó < 0,5 basado en estudios observacionales sin factores de confusión **(+1)**. Evidencia de una **muy fuerte** asociación RR > 5 ó < 0,2 basada en evidencia sin posibilidad de sesgos **(+2)** Gradiente dosis respuesta **(+1)** Todos los posibles factores confusores podrían haber reducido el efecto observado **(+1)**
Moderada			
Baja	Estudio observacional		
Muy baja	Cualquier otra evidencia		
* En el caso de los ensayos clínicos aleatorizados (ECA) se puede disminuir la calificación de la calidad de la evidencia y en el caso de los observacionales se puede aumentar. (-1) (-2) (+1) (+ 2):			

La graduación de la fuerza de las recomendaciones en este sistema es más simple que en otros sistemas, ya que sólo considera dos categorías: recomendaciones fuertes y débil (ambas pueden ser a favor o en contra de una determinada intervención). En el caso de una recomendación fuerte el grupo elaborador confía en que los efectos beneficiosos superan a los perjudiciales. En el caso de una recomendación débil concluye que los efectos beneficiosos de llevar a cabo la recomendación probablemente superan a los perjudiciales, aunque no está completamente seguro.

Para establecer el grado de recomendación el GRADE tiene en cuenta una serie de factores que les diferencian de los grupos hasta ahora establecidos:

1. Balance entre beneficios y riesgos: por ejemplo, los corticoides inhalados en el asma moderado a grave presentan importantes beneficios en términos de una reducción del número y gravedad de las exacerbaciones junto con bajo riesgo de efectos secundarios sistémicos. En pediatría su utilización ha sido ampliamente cuestionada y el uso se recomendó individualizarlo a cada infante. En el primer ejemplo sería más adecuada una recomendación fuerte (a favor) y en el segundo una débil (a favor o en contra, en función de una valoración individualizada del balance riesgo beneficio).
2. Calidad de la evidencia: antes de formular una recomendación es necesario conocer nuestra certeza sobre la estimación del efecto observado. Si la calidad de la evidencia no es buena, a pesar de que la magnitud sea importante, disminuirá nuestra confianza y por tanto la fuerza con la que llevamos realizamos una recomendación.

3. Valores y preferencias: Los valores y preferencias de la población a la cual va dirigida la guía es otro de los factores a tener en cuenta. Dado que siempre habrá beneficios y riesgos que sopesar es importante si se han tenido en cuenta a la hora valorarlos y de formular las recomendaciones. Más aún, si estos valores reflejan los de los médicos o los de los individuos o la sociedad en general.
4. Costes: a diferencia de otras variables de resultado, son mucho más variables en el tiempo, según el área geográfica, así como sus implicaciones. Así, aunque un coste elevado disminuye la probabilidad de graduar una recomendación como fuerte el contexto será crítico para decidir. Las recomendaciones altamente influenciadas por aspectos de costes pueden cambiar en el tiempo en la medida en que las implicaciones de los recursos varíen.

5. FUENTES DE INFORMACIÓN BIOMÉDICA Y BASES DE DATOS

Clásicamente, las fuentes de información Biomédica (FIB) se clasificaban en primarias (revistas), secundarias (bases de datos) y terciarias (libros). Actualmente, el escenario de las FIB en biomedicina es mucho más complejo, debido principalmente al desarrollo de las nuevas tecnologías de la información y a la medicina basada en pruebas o evidencias, generando múlltiples recursos biomédicos de forma que la clasificación y sistematización se hace difícil si se utilizan los conceptos clásicos. Recientemente Haynes, ha propuesto un nuevo modelo de clasificación denominado **modelo de las "5 S"** (Fig. 5), que con una estructura piramidal, clasifica las fuentes de información cualitativa y cuantitativamente. Así, en la base de la pirámide, se incluyen los artículos originales o estudios (antiguas fuentes primarias) y en la parte superior los sistemas denominados inteligentes o informatizados para la toma de decisiones, que responden a preguntas clínicas con información analizada, sistematizada y sintetizada según la metodología de la medicina basada en pruebas.

Fig. 5. Pirámide de Haynes

Haynes definió el modelo pyramidal de las 5s, donde se clasifican las diferentes Fuentes de información. Partiendo desde un nivel inferior a superior encontraríamos:

- **Estudios**. Se incluyen aquí los estudios originales: ensayos clínicos y artículos originales.
- **Síntesis**. Revisiones sistemáticas y metanálisis.

- **Sinopsis**. Resúmenes estructurados de artículos originales.
- **Compendios** (Summaries). Resumen colectivo de varios estudios sobre un tema y guías de práctica clínica.
- **Sistemas**. Sistemas de ayuda en la toma de decisiones.

De forma práctica y siguiendo el modelo Haynes podríamos agrupar la información médica de la siguiente forma:

A. ESTUDIOS

- **PubMed:** base de datos en inglés que indexa múltiples revistas en diferentes idiomas, pero básicamente en inglés, con el resumen del artículo. Gratuita.
- **PubMed Clinical Queries:** herramienta de PubMed que permite realizar búsquedas dirigidas a estudios clínicos y revisiones sistemáticas. Gratuita.
- **Embase:** base de datos en inglés del editor ELSEVIER, más amplia que PubMed, que indexa múltiples revistas en diferentes idiomas con el resumen del artículo. Se necesita suscripción con pago.
- **Ovid:** plataforma del editor Wolters Kluwer que incluye PubMed y otros recursos propios que indexan revistas con el resumen de los artículos. Se necesita suscripción con pago.
- **Cinhal (The Cumulative Index to Nursing & Allied Health):** base de datos en inglés del Editor EBSCO, que indexa múltiples revistas, sobretodo de enfermería, en diferentes idiomas con el resumen del artículo. Se necesita suscripción con pago.

B. SÍNTESIS

- **Cochrane Plus:** base de datos con ensayos clínicos, revisiones sistemáticas y metaa-análisis. Acceso gratuito parcial a una parte del contenido, traducido al español y financiado por el Ministerio de Sanitad.
- **PubMed:** parte de PubMed que incluyte exclusivamente revisiones sistemáticas: linkar a Clinical Queries, introducir el término Find Systematic Reviews.
- **Ovid:** parte de Ovid que incluye exclusivamente revisiones sistemáticas y metanálisis: acceder a la base de datos CDRS (Systematic Reviews) o introducir y seleccionar en límites “Systematic Reviews”. Se necesita suscripción con pago.
- **Embase:** parte de Embase que incluye exclusivamente revisiones sistemáticas y meta-análisis. Considerar los límites de MBE: Cohrane review o Systematic Reviews o Meta-analysis. Se necesita suscripción con pago.
- **Portal de Evidencias:** portal de la Biblioteca Virtual en Salud de la OMS, que incluye: revisiones sistemáticas, evaluaciones económicas en salud y guías de práctica clínica (GPC). En español y gratuito.
- **Guía de Práctica Clínica (GPC):** enlace de la página web de Rafael Bravo, que indexa múltiples entradas a GPC. En español y gratuito.
- **Informedhealthonline:** portal de evidencia para pacientes del “Institute for Quality and Efficiency in Health Care” que pertenece al Sistema sanitario alemán. Es un organismo independiente. En inglés y gratuito.

C. SINOPSIS

- **EPC Reports- Agency for Healthcare Research and Quality:** Portal del Departament of Heatlh and Human Services de EEUU que incluye resúmenes de evidencia en biomedicina. En inglés y gratuito.
- **Evidence Updates:** Portal de evidencia del BMJ. En inglés y gratuito.
- **Evidence-Based Medicine:** Enlace a la revista del mismo título, en inglés que requiere suscripción de pago.

- **ACP Journal Club:** Revista de evidencias dirigida a pacientes del American College of Physicians. En inglés y con pago.
- **Bandolier:** Portal independiente, británico sobre evidencias. En inglés y gratuito.
- **Informes de evaluación de centros autonómicos y hospitales:** Enlace del Grupo GENESIS (Grupo de Evaluación de Novedades, Estandarización e Investigación en Selección de medicamentos) que indexa a diferentes informes de evaluación de medicamentos. En español y gratuito.
- **EPARs for authorised medicinal products for human use:** portal de la EMEA (European Medicines Agency). Acceso a informes de evaluación. En inglés y gratuito.
- **Center for Drug Evaluation and Research (CDER):** Portal de la FDA de evaluación de medicamentos. En inglés y gratuito.
- **Boletines farmacoterapéuticos:** Enlace que indexa a diferentes boletines nacionales independientes de las distintas comunidades autónomas. Gratuito.

D. BOLETINES INTERNACIONALES

- **WeMerec (Welsh Medicines Resource Centre):** Boletin británico, independiente que revisa patologias. En inglés y subscripción i gratuita.
- **NPS RADAR:** Boletín independiente de evaluación de fármacos del National Prescribing Service australia. En inglés con pago.
- **RDTC (Regional Drug & Therapeutics Centre):** Noletín del NHS de fármacos. En inglés y gratuito.
- **New Zealand Evidence-based Health Care Bulletin:** Boletín independiente de Nueva Zelanda. En inglés y gratuito.
- **Prescrire:** Revista francesa independente con revisiones críticas de fármacos. En francés y pago.

E. SUMARIOS

- **UpToDate:** Base de datos que revisa patologías (epidemiología, diagnóstico, tratamiento)con la metodología de la medicina basada en la evidencia. En inglés y se necesita subscripción con pago.
- **Tripdatabase:** Base de datos que revisa patologías y medicamentos, sin subscripción. En inglés y con acceso libre.
- **DynaMed:** Base de datos que revisa patologías (epidemiología, diagnóstico, tractamiento). En inglés y se necesita subscripción con pago.

F. LIBROS ELECTRÓNICOS

- **Harrison online:** Enlace libre, sin subscripción. En inglés y gratuito.
- **Merck manual:** Enlace libre, sin subscripción. En inglés y gratuito.

G. RECURSOS ESPECÍFICOS

- **Interacciones de medicamentos.**
- **Lactancia y medicamentos:** Portal de fármacos y lactancia. En castellano y gratuito.

H. SISTEMAS

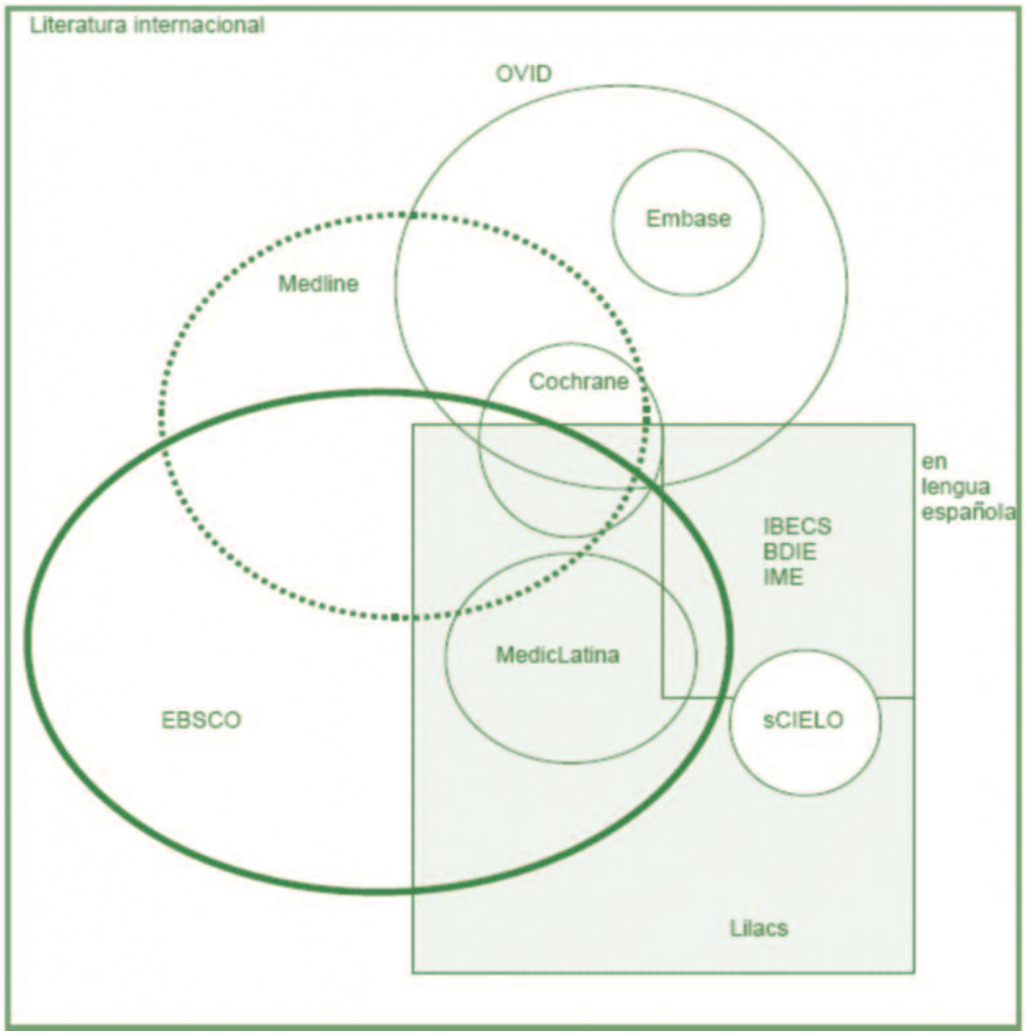
- **ATTRACT:** Portal británico. Índex de preguntas con su respuesta. En inglés y gratuito.
- **Clinical Knowledge:** Compendio de evidencias sobre los efectos de las intervenciones clínicas. Subscripción con pago.
- **Health Services Technology Assessment Texts (HSTAT):** Recurso electrónico con utilidad a la toma de decisiones sanitarias. En inglés y gratuito.
- **PIER (Physicians' Information and Education Resources):** Recurso de l´American College of Physicians, con resumenes de la evidencia actual. En inglés y gratuito.

- **CedimCat:** Centro d'Informació de Medicaments de Catalunya. Preguntas terapéuticas. Resolución de consultas de forma activa. En catalán y español . Part de acceso libre y parte de acceso amb previa subscripción. Gratuito.
- **Fisterra:** Portal de atención primaria. Preguntas clínicas y consultas resueltas. Parte gratuita y parte de contenidos con subscripción.

Bases de datos Bibliográficas

Hasta mediados de los años 90 la localización de trabajos científicos se realizaba mediante la utilización del index medicus. A través de el se obtenían los títulos de aquellos artículos relevantes sobre un tema indexado según unas palabras claves o descriptores. Con el gran avance y extensión de la informática se establecen buscadores o motores de búsqueda rápida que adaptan aquellas palabras claves ofreciendo la oportunidad de mayor rapidez y accesibilidad. Desde ese instante no han dejado de proliferar Bases de datos biomedicos que recogen bibliografia, libros, comunicaciones a congresos, tesis doctorales, circulares y demás información científica. El grado de solapamiento de la información que incluyen es elevado, sin poderse establecer una única que abarque al menos la mitad de la información disponible. Fig. 6.

Fig. 6. Solapamiento entre las distintas Bases de Datos Biométricas



Medline

Producida por la *Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos.* En realidad es una versión automatizada de tres índices impresos: *Index Medicus*, *Index to Dental Literature* e *International Nursing Index*, recoge referencias bibliográficas de los artículos publicados en unas 4.800 revistas médicas desde *1966*. Actualmente reúne más de 15.000.000 citas y está en marcha un proceso para la carga paulatina de citas anteriores a 1966. Cada registro de MEDLINE es la referencia bibliográfica de un *artículo científico* publicado en una revista médica, con los datos bibliográficos básicos de un artículo (*Título, autores, nombre de la revista, año de publicación*) que permiten la recuperación de estas referencias posteriormente en una biblioteca o a través de software específico de recuperación. Tiene dos motores de búsqueda: GratefulMed y PubMed. PubMed es el portal de entrada más conocido a la base de datos Medline http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/. Permite el acceso a aproximadamente 12 millones de citaciones desde Medline. Incluye en sus resultados de búsqueda el acceso a muchos artículos disponibles a texto completo (*full-text*). PubMed incluye lo que llama *out-of-scope*, que en esencia es el acceso a muchos artículos antes de la fecha de indexación en Medline.

Las principales diferencias con Embase es su gratuidad, y que indexa revistas sobretodo del área anglosajona. Esta disponible desde el año 1966 hasta la actualidad. El otro gran motor de búsqueda grateful med hace poco que ha sido desconectado. Existen gran número de servidores y motores d búsqueda que ofrecen acceso a Medline Fig. 7.

Fig. 7. Acceso a Medline

Distribuidores que ofrecen acceso a Medline via Internet

DIMDI (gratuito)
Knowledge Finder
OVID
Paper Chase
Silver Platter

Servidores médicos que dan acceso a Medline gratuitamente

Nombre	*Proveedor*
Avicenna (dado de baja)	Propio
BioMednet	Propio
Body-Mind QueenDom	Healthgate
CME-CE.COM	Infotrieve
Family residents	Infotrieve
The Doctors	PubMed
Med Conect	Infotrieve
Medscape	Propio
Healtg Gate	Propio
HealthWorks	Infotrieve
Health World	Infotrieve avanzado
Medicine Australia	Knowledge Finder
Obgyn	Knowledge Finder

Desarrollos específicos de MEDLINE para Internet

Community of Science Medline
Infotrieve
en servidores médicos
BioMednet
Health Gate
Medscape
Bireme

Embase (Excerpta Medica data BASE)

Es una base de datos bibliográfica producida por la empresa Elsevier versión electrónica del conocido índice:" Excerpta Médica". Embase es la primera "competidora" de Medline y contiene más de 8 millones de referencias, desde 1974 hasta la actualidad, de unas 4.000 revistas científicas de 70 países. El crecimiento anual es de unas 445.000 nuevas citas. El 80 % de las referencias incluyen el resumen de los autores (abstracts).

La base de datos recoge información de todo el ámbito de la medicina:

1. Investigación farmacológica, farmacología y toxicología, farmacia, farmacoeconomía.
2. Medicina (Clínica y experimental).
3. Investigación biológica básica.
4. Vigilancia sanitaria y Medicina Legal.
5. Salud pública, ocupacional y medioambiental.
6. Psiquiatria y Dependencia y abuso de sustancias.

Biblioteca Virtual en Salud (http://bvs.isciii.es)

La Biblioteca Virtual en Salud (BVS) representa fundamentalmente, un instrumento de difusión del conocimiento científico que surge a partir de la preocupación de los Organismos Públicos nacionales e internacionales por ofrecer desde Internet una información científica de calidad garantizada. BVS-España cuenta entre sus bases de datos con la primera versión del ***Indice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS)***. IBECS es una base de datos que recoge literatura sobre ciencias de la salud publicada en España. Ha sido diseñada para incluir contenidos de las publicaciones periódicas de diferentes campos de las ciencias de la salud, tales como medicina (incluyendo salud pública, epidemiología y administración sanitaria), farmacia, veterinaria, psicología, odontología y enfermería. Otro de los contenidos de la BVS española es *SciELO-España (Scientific Electronic Library Online)* que constituye un modelo de publicación electrónica de revistas científicas en Internet.

Índice Médico Español (IME)

La elabora el Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la Ciencia de la Universidad de Valencia y el CSIC. Contiene información de artículos de revistas sanitarias españolas desde 1971. El retraso actual es de un año si se consulta a través de Internet. Disponible desde Directorio de Bases de Datos en español en:

- http://www.fisterra.com/.

Organizaciones

- **Cochrane Collaboration:** La biblioteca Cochrane constituye una herramienta fundamental de revisiones sistemáticas y ensayos sobre intervenciones sanitarias, contiene cuatro bases de datos: la "Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas", la "Base de datos de resúmenes de revisiones de la evidencia", el "Registro Cochrane de ensayos clínicos controlados", y la "Metodología Cochrane de revisión".
  - **Cochrane Database of Systematic Reviews** (Cochrane Reviews):
    - 'Gold Standard' de las revisiones sistematizadas.
    - Cochrane Reviews incluye completas las revisiones y los protocolos.
    - Aparecen en el Pubmed abtracts de las revisiones.

- **Database of Abstracts of Reviews of Effects** (DARE):
  - Preparado por el National Health Service Centre for Reviews and Dissemination, University of York.
  - Abstracts estructurados pero no en formato full-text
  - Los artículos originales están indexados en PubMed.
- **Evidence Based Resource Center** procedente de la New York Academy of Medicine y la American College of Physicians, New York.
- **McMaster University's Health Information Research Unit**.
- **Centre for Evidence-Based Medicine** de la (U.K.) NHS Research and Development de Oxford.
- **Centre for Evidence Based Nursing** de la Universidad de York.
- **U.S. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).**
- **U.S. Preventive Services Task Force.**

Herramientas y filtros metodológicos

- **Evidence-based Nesbit Filters for Ovid Medline** – Manual de la Librería Miner con un archivo de filtros para búsquedas por medline on-line que permite desglosar los resultados según diversos campos: etiología, tratamiento, diagnóstico, pronóstico o meta-análisis.
- **Expanded Filters for PubMed** – La Universidad de Yale pone a disposición los filtros de Rochester para Pubmed.
- **PubMed Clinical Queries** – filtros de elevada sensibilidad y especificidad para las áreas de tratamiento, etiología, diagnóstico y pronóstico para Medline. Basados en los artículos de Brian Haynes de la McMaster University.
- **Bayesian Analysis Model** – Calculadora de sensitbilidad, especificidad y valores predictivos procedente del Medical College of Wisconsin.
- **The CATbank** – Bases de datos que recoge los CAT (Critically Appraised Topics) procedentes del Oxford Centre for Evidence-based Medicine.
- **Using Numerical Results from Systematic Reviews in Clinical Practice** – Articulo del *Annals of Internal Medicine* que revisa los NNT y sus aplicaciones en las toma de decisiones.

Revisiones Sistematizadas, Critically Appraised Topics y otros recusos: Cochrane Database of Systematic Reviews, ACP Journal Club, DARE, Clinical Evidence, InfoPOEMs/InfoRetriever, UpToDate etc

- **Bandolier** – revista mensual on line que hace comprensibles los resultados de las revisiones sistematizadas y ensayos clínicos.
- **Campbell Collaboration** – Revisiones Sistematizadas de los efectos sobre la sociedad, políticas educacionales y prácticas.
- **Evidence Based Consumer Health Web Sites** – procedente de la Medical Library Association.
- **Journal Watch** – De los redactores del New England Journal of Medicine.
- **PEDro - Physiotherapy Evidence Database** – Del Centre for Evidence-Based Physiotherapy.
- **PedsCCM Evidence-Based Journal Club** – Colaboración cuyo resultado es la revisión Crítica de de ensayos Clínicos pertinentes a la práctica de pacientes críticos pediátricos.
- **TRIP Database (Turning Research into Practice)** – Motor de búsqueda que incluye 60 webs evidence-based a lo largo del mundo.

Guías de Práctica Clínica

- **U.S. Health Services/Technology Assessment Text (HSTAT)** – Incluye documentos completos de la AHRQ con guías de práctica clínica evaluaciones de tecnologías.

- **(U.S.) National Guideline Clearinghouse** – Recursos sobre guías de práctica clínica patrocinados por la Agency for Healthcare Research and Quality y la American Medical Association.
- **U.S. Centers for Disease Control Recommends: The Prevention Guidelines System**.
- **CMA Infobase: Clinical Practice Guidelines** – De la Canadian Medical Association.

Revisiones críticas sobre Investigación Clínica

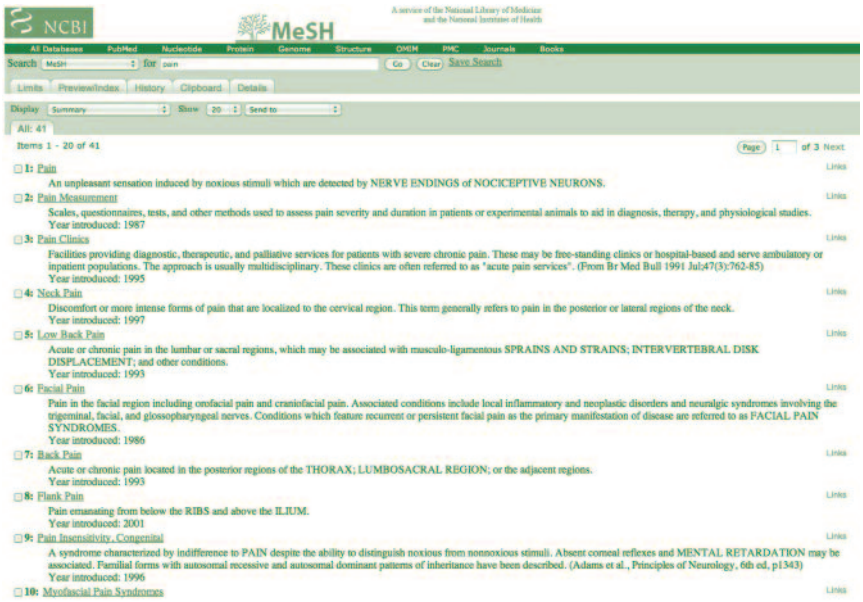
- **ACP Journal Club** *www.acpjc.org*
- American College of Physicians – American Society of Internal Medicine (ACP-ASIM).
- **POEMS (Patient Oriented Evidence that Matters)** – *www.infopoems.com/infopoems/main.cfm*
- Abstracts estructurados del *Journal of Family Practice*.

6. EVIDENCIAS EN DOLOR

Localización en bases de datos de investigación primarias

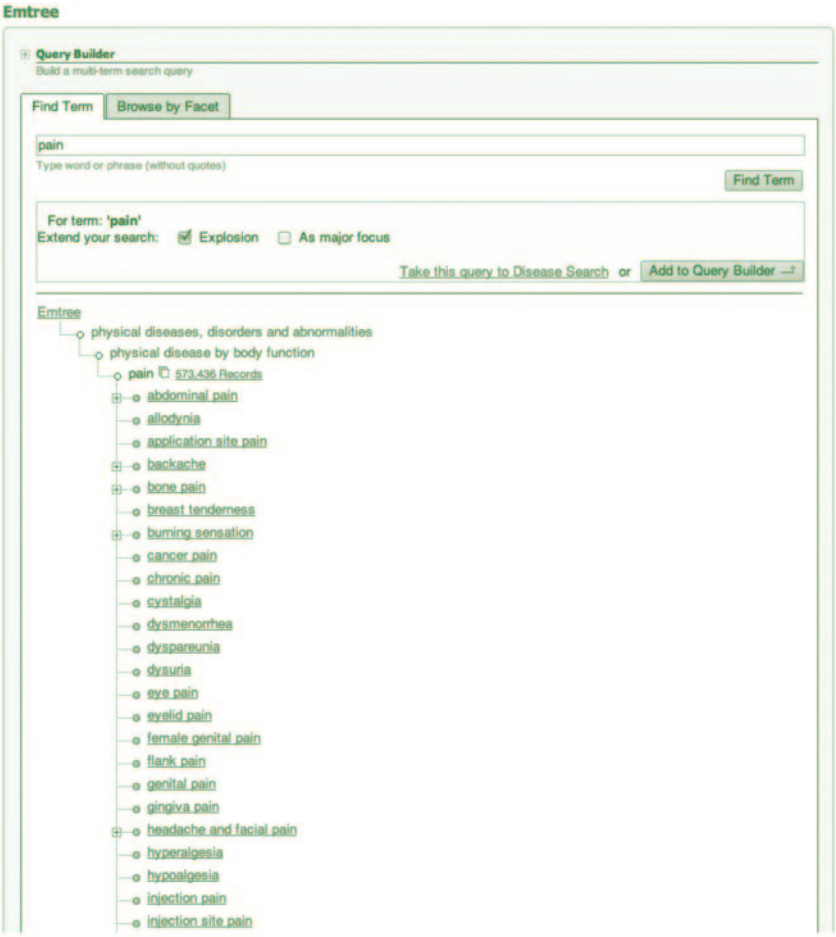
Una buena revisión o localización de evidencias científicas se inicia al formularse claramente la pregunta o cuestión clínica sobre la que va a pivotar toda la acción. Una vez que hemos seleccionado la población que buscamos, el tipo de intervención o patología, y los resultados que queremos evaluar, debemos seleccionar por una lado las bases de datos que vamos a utilizar y los descriptores con los que van a trabajar las bases de datos. Los descriptores son los elementos de un tesauro que constituyen términos indizantes. Los descriptores se pueden utilizar en los lenguajes controlados y libres para comunicarse con las bases de datos. En Medline estos descriptores se denominan Mesh (Major subject headings), en Embase.com se utiliza el tesauro Emtree y sus descriptores se denominan Major Medical Descriptors (DEM). Si no conocemos los Mesh adecuados se pueden consultar en las bases de datos del tesauro que nos mostrará un árbol de términos donde escoge el mas adecuado. Una vez seleccionado y con intención de acotar aún más la búsqueda, nos ofrece la posibilidad de seleccionar subheadings relacionados con diversos aspectos sanitarios, epidemiológicos, terapéuticos, éticos, económicos,… En la Fig. 8 se recoge la indización en Medline de descriptores en Dolor.

Fig. 8. Descriptores Mesh relacionados con el Dolor



En la base de datos de Embase.com el tesauro es distinto al de Medline aunque con un alto grado de concordancia entre ambos (60%). Más centrado en el área de la farmacología dispone de 56.000 términos indexados de los cuales 27.000 corresponden a drogas y fármacos.

Fig. 9. Descriptores en Emtree para dislipemia



En los ejemplos Figs. 8 y 9 anteriores se seleccionaron dos palabras Mesh y Dem representativas del tema a estudio, cuanto más alejado del principio más acotada y específica será el resultado de la búsqueda. El resultado se compone de un listado heterogéneo de estudios de variable nivel de evidencia que debemos de cribar para poder discernir sobre el problema con la mejor evidencia que dispongamos. Por ello es útil efectuar una lectura crítica de los artículos disponibles, reduciéndose el tiempo necesario con las listas de comprobación (checklist) disponibles sobre la calidad de los distintos tipos de estudios, Ensayo Clínicos, evaluaciones económicas, etc… Para acotar y recoger aquellos artículos útiles y no tener que recoger citas no pertinentes, se pueden utilizar filtros metodológicos que son en esencias comandos de búsqueda que limitan diferentes aspectos: edad, sexo, tipos de estudios, años, autor, publicación, etc…

Localización de evidencias estructuradas y sistematizadas en Dolor

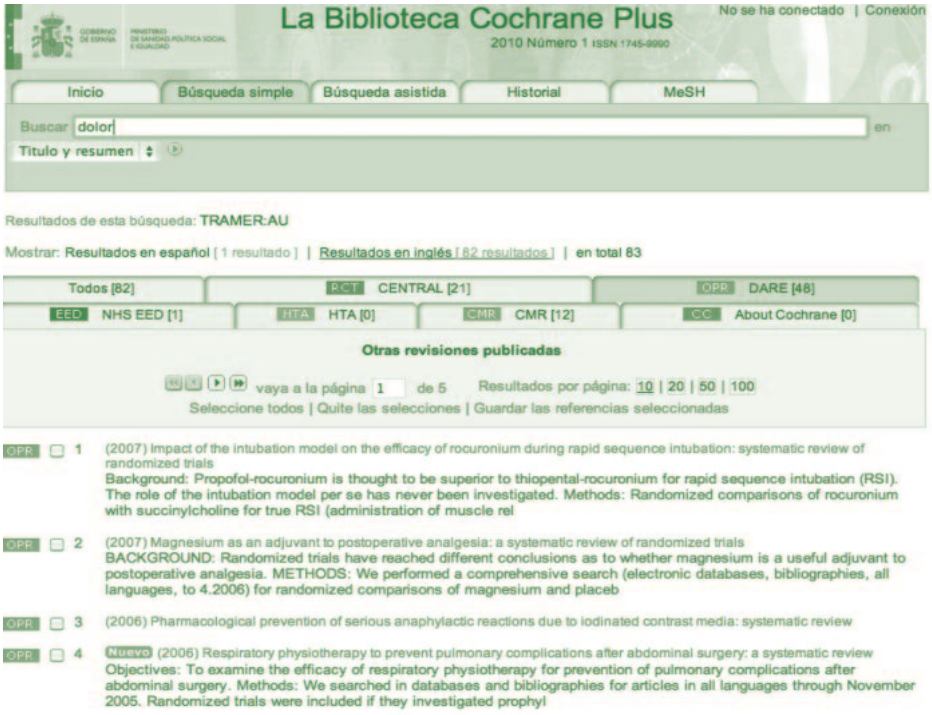
La solución de nuestras necesidades de información pasa con frecuencia por la solución más rápida y eficiente. Buscar en resúmenes de evidencias, bases de datos de productos sistematizados o estructurados basados en materia prima de primera calidad y elaborados por entidades de prestigio.

La mayoría de las autoridades de los distintos servicios de salud han puesto a disposición de los facultativos y de los pacientes portales donde se dispone de información, actualizada y de la mejor calidad sobre cuestiones de manejo de enfermedades. Con ello se pretende que los facultativos tengan una ayuda inestimable para la toma de decisiones, rápida y veraz, las autoridades consiguen disminuir la gran variabilidad de la práctica clínica y los pacientes información de los servicios óptimos que deberían recibir.

La información disponible se suele presentar en resúmenes cortos de evidencias como los CAT (critically appraisal topics), revisiones sistemáticas de la literatura o guías de práctica clínica. En aquellos casos que no existen evidencias sobre un tema asistencial, los documentos de consenso mediante focus Group o método Delphy pueden ser las únicas recomendaciones disponibles en un momento determinado.

Toda revisión de la literatura debe al menos recoger las referencias existentes en Medline, Embase.com y las bases de datos de la Cochrane. La colaboración Cochrane (Fig 10) recoge varias bases de datos una de ellas centradas en los ensayos clínicos y la otra en revisiones sistematizadas de la literatura. De carácter privado y altruista, la asociación esta libre de la injerencia de terceros por lo que sus trabajos gozan de gran prestigio y credibilidad.

Fig. 10. Portal de Colaboración Cochrane



Su base de datos se maneja de manera similar al medline con un tesauro propio pero más sencillo. La gran ventaja es que su motor de busqueda incluye bases de datos de las diferentes Agencias de Evaluación de Tecnologias Sanitarias y de resúmenes de evidencia como la Bandolera.

En España dos plataformas recogen los mejores productos elaborados de la MBE; Guía Salud y Excelencia Clínica.

Guía Salud (fig.11) recoge aquellas guías de práctica clínica comunicadas en nuestro País. Valida además, aquellas guías emitidas por sociedades o patrocinadas por grupos de opinión.

Fig. 11. Portal Guia Salud

Excelencia Clínica es un metabuscador que incialmente se basó en el motor de búsqueda de TRIP database, herramienta de referencia en la búsqueda de información basada en la evidencia creada en 1997 para superar la dispersión de la información sanitaria de calidad. Con el propósito de mejorar el buscador original, y el convencimiento que los gestores sanitarios por un lado, y los pacientes y ciudadanos por el otro, también se enfrentan a los mismos problemas para acceder a información de calidad, se decidió extender el alcance de EXCELENCIA CLÍNICA a estos destinatarios (Fig.12). Integra el acceso a los contenidos a la Biblioteca Cochrane Plus, revistas secundarias solventes, alertas sanitarias, repositorios de guías de práctica clínica, informes técnicos, entre otros, lo que permitirá a los usuarios realizar sus consultas de información desde un único punto que enlace con los mejores recursos a su alcance.

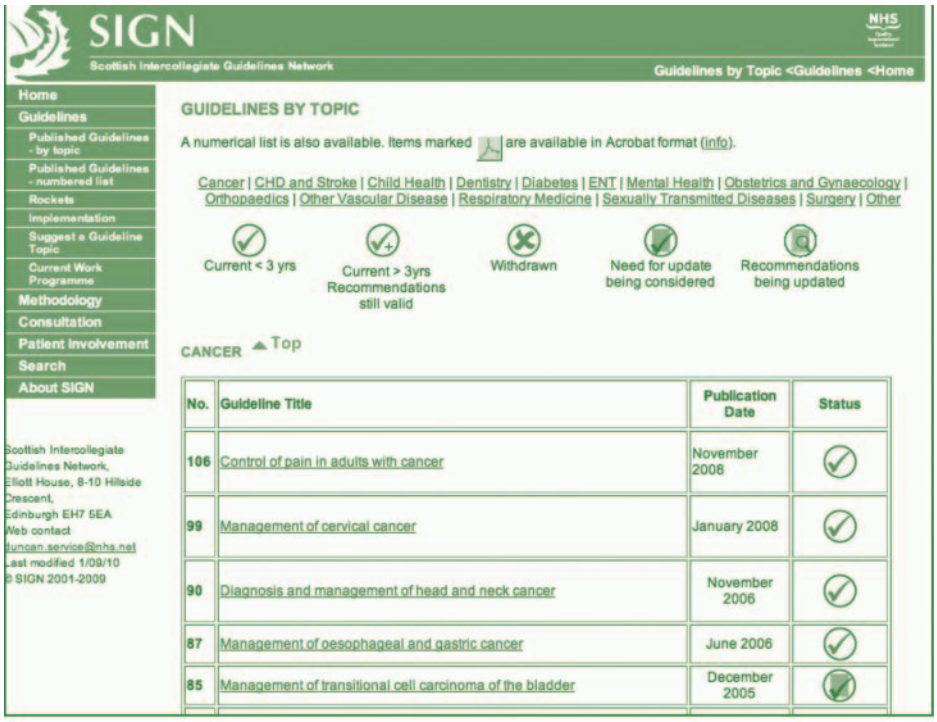
Fig. 12. Fuente de información de Excelencia Clínica

Es por tanto, una herramienta que permite ejecutar desde un punto único una búsqueda en distintas bases de datos en diferentes idiomas, traduciendo automáticamente la búsqueda al inglés para consultar simultáneamente las mejores fuentes de información en este idioma. El acceso es gratuito y su mayor interés radica en proporcionar la mejor información disponible en la menor cuantía de tiempo.

Redes de acceso internacionales

En Gran Bretaña coexisten dos grandes empresas cuyo fin es la divulgación e implementación de guías de práctica clínica. El Sign dependiente de la Sanidad Escocesa fue creada en 1993, con el objetivo de incrementar la calidad de la asistenca mediante la reducción de la variabilidad de la práctica clínica mediante el desarrollo de recoemndaciones en formato de Guías de Práctica Clínica basadas en evidencias científicas (Fig. 13).

Fig. 13. Portal de Sign



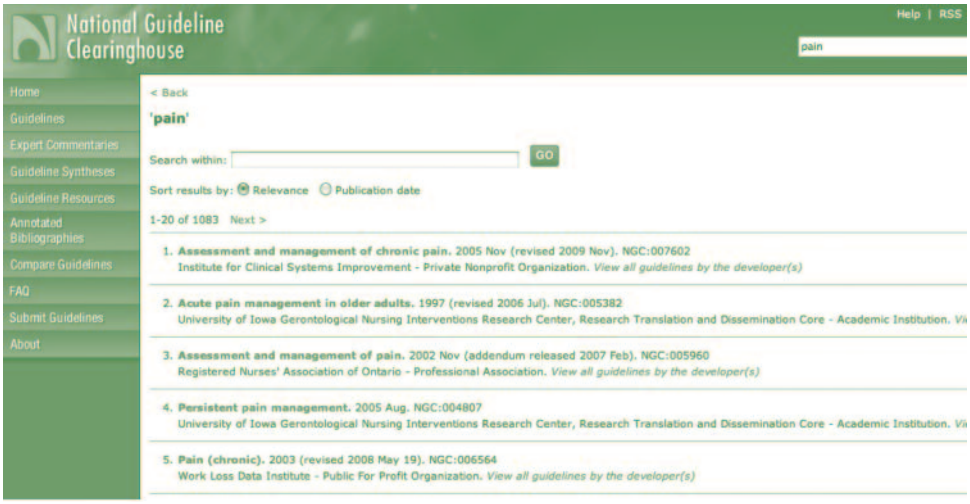
Otra iniciativa, el NICE tomo forma en 1999 con el fin de asegurar la equidad en el acceso a los tratamientos médicos de los pacientes. Con un campo de acción mayor que el SIGN, emite informes tanto en formato de guías de práctica clínica, como evaluaciones de fármacos o de tecnologías sanitarias. Establece además, los estándares de calidad de los centros y unidades clínicas del Reino Unido (Fig. 14).

En los EEUU con un mayoritario sistema sanitario no dependiente de las administraciones públicas existen iniciativas similares a otros países anglosajones, Inglaterra, Canada o Australia donde una entidad estatal controla, genera, disemina los productos elaborados procedentes de las mejores evidencias científicas como las guías de práctica clínica.

La entidad Americana provee además de recursos para el desarrollo de las guías, materiales educativos y la posibilidad de comparar varias guías de diferentes autores, rápida y sistemáticamente Fig. 15.

Fig. 14. Portal de NICE

Fig. 15. Guidelines sobre Dolor. AHRQ



Sociedades Científicas

Las distintas sociedades científicas relacionadas con el Dolor proveen de información por lo general de buena calidad. Muchas de ellas relacionadas con sociedades de otras especialidades colaboran en documentos conjuntos de alto valor. En la web de dicha sociedad están recogidos los links de las distintas sociedades existentes en Europa. Fig. 16.

En España la Sociedad Española del Dolor cumple diversos objetivos promocionando y alentando distintos tipos de investigación necesarios para avanzar en el conocimiento de los mecanismos fisiopatogé-

nicos y de los posibles sistemas de prevención o tratamiento. Abarca aspectos docentes y de comunicación, ofreciendo a los profesionales, tanto los que se dedican a la investigación científica como a la práctica clínica, exponiendo resúmenes bibliográficos, informes y guías clínicas.

Fig. 16. Diversas sociedades relacionadas con el Dolor

- Alliance of State Pain Initiatives: www.aspi.wisc.edu
- American Academy of Hospice and Palliative Medicine: www.aahpm.org
- American Academy of Pain Management: www.aapainmanage.org
- American Academy of Pain Medicine: www.painmed.org
- American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation: www.aapmr.org
- American Academy of Physician Assistants: www.aapa.org
- American Academy of Physician Assistants/Pain Resource Center: www.aapa.org/clinissues/pain/
- American Board of Pain Medicine: www.abpm.org
- American Chronic Pain Association: www.theacpa.org
- American Headache Society: www.americanheadachesociety.org
- American Medical Association: www.ama-assn.org
- American Nurses Association: www.ana.org
- American Pain Foundation: www.painfoundation.org
- American Pain Society: www.ampainsoc.org
- American Pharmacists Association/Pain Management Partnership: www.pharmacist.com/pain_management/pmp.cfm
- American Society for Addiction Medicine: www.asam.org
- American Society for Pain Management Nursing: www.aspmn.org
- American Society of Anesthesiologists: www.asahq.org
- American Society of Pain Educators: www.paineducators.org
- American Society of PeriAnesthesia Nurses: www.aspan.org
- American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine: www.asra.com
- Association of American Medical Colleges/MedEdPORTAL: www.aamc.org/mededportal
- Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics: www.cdc.gov/nchs/hus.htm
- Center to Advance Palliative Care: www.capc.org
- Department of Pain Medicine and Palliative Care/Beth Israel Medical Center: www.stoppain.org
- Hospice and Palliative Nurses Association: www.hpna.org
- Institute for Healthcare Improvement: www.ihi.org
- Institute for Safe Medication Practices: www.ismp.org
- International Association for Hospice & Palliative Care: www.hospicecare.com
- International Association for the Study of Pain®: www.iasp-pain.org
- The Joint Commission*: www.jointcommission.org
- The Mayday Pain Project: www.edc.org/painlink (archived information) and www.painandhealth.org
- National Association for Healthcare Quality: www.nahq.org
- National Association of State Controlled Substance Authorities: www.nascsa.org
- National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention: www.nccmerp.org
- National Foundation for the Treatment of Pain: www.paincare.org
- National Headache Foundation: www.headaches.org
- National Hospice and Palliative Care Organization: www.nhpco.org
- National Pain Education Council: www.npecweb.org
- National Pain Foundation: www.nationalpainfoundation.org
- Pain and Palliative Care Resource Center/City of Hope: www.cityofhope.org/prc
- Pain and Policy Studies Group/Wisconsin University: www.painpolicy.wisc.edu
- Pain & The Law/St. Louis University: www.painandthelaw.org
- Pain.com/Dannemiller Memorial Educational Foundation: www.pain.com
- Pain Treatment Topics: www.pain-topics.org
- Painmanagement Web: www.painmanagementweb.com
- Promoting Excellence in End-of-Life Care: www.promotingexcellence.org
- Shaare Zedek Cancer Pain and Palliative Care Reference Database: www.chernydatabase.org
- Society for Pain Practice Management: www.sppm.org
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration: www.samhsa.gov
- United States Pharmacopeia: www.usp.org
- Wisconsin Pain Initiative: www.aspi.wisc.edu/wpi

BIBLIOGRAFÍA

Sackett DL, Rosenberg WMC, Muir Gray JA, Haynes RB. Evidence-Based Medicine: What it is and what it isn´t. BMJ 1996;311:71-2.

Westerman CG, Brooks GJ, Longmore JM. Information overload. BMJ 1993:307:679.

Hicks N. What are the policy implications of the evidence-based medicine? WHO Meeting on Reshaping Health systems toward Health Outcomes. Celle, Germany, !997.

Dixon S, Booth A, Perret K. The application of evidence based priority setting in a District Health Authority. J Publ Health Med 1997;19:307-12.

Canadian Task Force on the Periodic Heath Examination. The periodic Examination. Can Med Ass J 1979;121:1193-254

U.S. Preventive Task Force. Guide to clinical preventive services: an assessment of the effectiveness of 169 interventions. Baltimore: Williams and Wilkins. 1989.

Goodman C. Literature searching and evidence interpretation for assesment health care practices. Estocolmo: The Swedish Council on Technology Assesment in Health Care, 1993.

Jovell AJ, Navarro-Rubio MD. Evaluación de la evidencia científica. Med Clin (Barc) 1995;105:740-43.

Westerman CG, Brooks GJ, Longmore JM. Information overload. BMJ 1993:307:679.

Dixon S, Booth A, Perret K. The application of evidence based priority setting in a District Health Authority. J Publ Health Med 1997;19:307-12

Haynes RB. Of studies, syntheses, synopses, summaries, and systems:the "5S" evolution of information services for evidence-based health care decisions. ACP J Club. 2006:145(3):A8.

7. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA Y REVISIONES SISTEMATIZADAS EN EL ÁMBITO DEL DOLOR

Los profesionales sanitarios, durante su consulta habitual, se enfrentan a un elevado número de problemas de forma simultánea. Por ejemplo, ante un paciente con una lesión herpética se pueden presentar varias dudas: ¿Es realmente herpética? ¿Se trata con aciclovir? ¿Se añaden corticoides al tratamiento? Disminuyen la neuralgia postherpética?. Los conocimientos que se tienen pueden no estar actualizados o corresponderse con la mejor evidencia. En el desarrollo de la profesión lo habitual es tener que tomar múltiples decisiones en poco tiempo y bajo la presión de las numerosas fuerzas implicadas en el proceso asistencial. Esto es válido en la toma de decisiones sobre problemas bien estudiados y con soluciones establecidas. Pero además existen muchos temas donde los clínicos pueden tener diferentes opiniones sobre el valor relativo de las diversas opciones de tratamiento o las estrategias diagnósticas de un proceso.

Por lo tanto es fácil que ante un mismo problema varios profesionales opten por soluciones muy diferentes.

El origen de las diferencias en la toma de decisiones puede encontrarse en una de las siguientes opciones:

- Incertidumbre: no existe buena evidencia científica sobre el valor de los posibles tratamientos o de los métodos diagnósticos.
- Ignorancia: existe evidencia científica, pero el clínico la desconoce o no la tiene actualizada.
- Presiones externas: el profesional conoce el valor de las pruebas o tratamientos, pero emplea otras pautas.
- Recursos y oferta de servicios: Al no disponer de la técnica diagnóstica o del tratamiento recomendado se utiliza una alternativa. Una disponibilidad elevada puede inducir a un uso excesivo.
- Preferencias del paciente: en la mayoría de los casos la decisión última la tiene el paciente o su familia y sus valores y preferencias también cuentan de forma que pueden hacer que las acciones varíen significativamente de un paciente a otro.

Si tratamos de analizar estas variaciones en cuanto a la frecuencia de uso en un centro de un procedimiento o terapéutica, se nos planteará el problema de definir cuáles son los límites de un uso adecuado, tanto mínimos como máximos. Para paliar estos problemas parece lógico que tanto los diferentes servicios de salud como las sociedades científicas y los responsables de la política sanitaria se preocupen por generar y publicar recomendaciones sobre cómo actuar en determinadas circunstancias.

La definición de las GPC que más comúnmente podemos encontrar en la literatura científica es la propuesta por el Institute of Medicine, en 1990 y que las define como: "el conjunto de recomendaciones

desarrolladas de manera sistemática, para ayudar a los clínicos y a los pacientes en el proceso de la toma de decisiones, sobre cuáles son las intervenciones más adecuadas para resolver un problema clínico en unas circunstancias sanitarias específicas". Su finalidad primordial consiste en ofrecer al clínico una serie de directrices con las que poder resolver, a través de la evidencia científica, los problemas que surgen diariamente con los pacientes.

Entre los objetivos más importantes que se buscan con las GPC están los de mejorar la práctica clínica, en el sentido de que dan un soporte científico para ello, educar a los profesionales y a los pacientes ofreciéndoles las mejores evidencias científicas disponi- bles, disminuir la variabilidad profesional, mejorar la calidad asistencial y en definitiva la salud de la población.

Una Guía de Práctica Clínica (GPC) es un conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática, para ayudar a los clínicos y a los pacientes en el proceso de la toma de decisiones (Institute of Medicine).

Podemos distinguir diferentes tipos de GPC dependiendo del método que se ha utilizado para su elaboración:

- Basadas en la opinión de expertos.
- Basadas en el consenso.
- Basadas en la evidencia.

En estas últimas la metodología empleada en su elaboración (tanto en la búsqueda de la literatura científica como en la síntesis de la evidencia para construir las recomendaciones finales) se realiza de forma sistemática, explícita y reproducible, siguiendo unos determinados pasos. Son estas últimas las de mayor valor en cuanto que son avalas por evidencias científicas. En ausencia de evidencias concluyentes los consensos y la opinión de los expertos adquieren protagonismo con las razonables limitaciones que presentan en la fuerza de sus recomendaciones.

A pesar de la amplia proliferación que tienen las GPC en la actualidad, la mayoría de las publicadas siguen sin tener las principales características que se acaban de mencionar, propias de las que están basadas en la evidencia y en algunos casos poca credibilidad por no objetivar los posibles conflictos de interés. No es infrecuente que las recomendaciones emitidas difieran según la Sociedad Médica que las avala.

Existen otros instrumentos orientados a ayudar al clínico que adoptan diferentes denominaciones, como son los protocolos y las vías clínicas. Todos estos términos tienen en común ser elaborados para mejorar la calidad asistencial y facilitar el trabajo diario en la toma de decisiones, pero son herramientas distintas y las diferencias estriban fundamentalmente en lo siguiente:

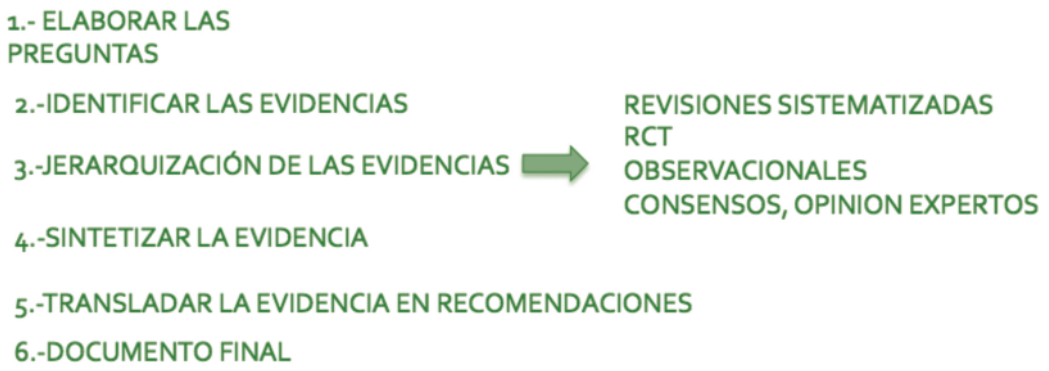
- Los protocolos suelen ser documentos que señalan los pasos a seguir convenidos entre los interesados ante un problema asistencial, con carácter normativo y sin presentar las alternativas. Idealmente, deben ser desarrollados por equipos multidisciplinares y formar parte de iniciativas de mejora de la calidad o de estrategias de implementación de guías, adaptándolas localmente de acuerdo con los recursos disponibles y las posibilidades de gestión. Se realizan habitualmente de forma poco rigurosa, dando más peso a criterios de autoridad que fundamentados en la evidencia.
- Las vías clínicas se elaboran con el objeto de ofrecer también las distintas directrices que deben seguirse para operativizar las actuaciones ante situaciones clínicas determinadas en pacientes que presentan patologías con un curso clínico predecible. En la vía quedan establecidas las secuencias en el tiempo de cada una de las actuaciones que deberán realizarse por todos los profesionales que van a intervenir en el cuidado de estos pacientes (anestesistas, cirujanos, enfermeras…).

Las GPC tienen algunos aspectos en su contra:

- Son costosas de elaborar por el gran esfuerzo de análisis de la práctica, sistematización de las decisiones que necesitan ser guiadas y síntesis de evidencias que requieren.
- A veces no dan la respuesta a las dudas principales que surgen en la práctica clínica diaria, especialmente cuando no hay suficientes evidencias como para responder a todas las situaciones en las que podría ser necesaria una GPC. Puede ser necesario realizar un proceso de adaptación local en guías producidas a nivel nacional.
- No todas las GPC están elaboradas con las mejores evidencias y a veces el clínico puede tener dificultades para elegir la mejor opción encontrada.
- Tampoco son reglas fijas de actuación, sino que las recomendaciones que propone la GPC, deberán integrarse en la práctica con las preferencias tanto de los clínicos como de los pacientes y con las circunstancias de cada lugar de trabajo y esto requiere habilidades en la adaptación local y en la comunicación con los usuarios.
- La decisión final sobre cuál es el procedimiento clínico más apropiado puede resultar incierto a pesar de la GPC, porque tendrá que tener en cuenta la situación clínica concreta en la que ha surgido el problema, considerando el contexto en el que se plantea y las preferencias del paciente.

La estructura de una guía de práctica clínica sigue habitualmente los siguientes pasos en su construcción, recogidos en la Fig. 1.

Fig. 1. Pasos en la elaboración de Guías de Práctica Clínica



Para evitar la dispersión de clasificaciones sobre los niveles y calidades de la Evidencia Científica existentes se desarrolló en el 2006 el Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) system, al que se están adhiriendo la mayoría de las publicaciones de prestigio.

El GRADE hace dos aportaciones importantes: establece unos niveles de evidencias Fig. 2 y las recomendaciones emitidas resultantes Fig.3 no solo dependientes del nivel de evidencia sino dependiente de otros factores adicionales: certidumbre sobre el balance de los efectos beneficiosos e indeseables, preferencias de los pacientes y efectos sobre el consume de recursos o costes.

Las Revisiones Sistemáticas de la literatura (RSs) son estudios pormenorizados, selectivos y críticos que tratan de analizar e integrar la información esencial de los estudios primarios de investigación sobre un problema de salud específico, en una perspectiva de síntesis unitaria de conjunto.

Por su metodología estructurada, explícita, sistemática y multidisciplinar en la recogida de la información, la valoración crítica de los estudios, y la síntesis de los mismos, se diferencian metodológicamente de las revisiones clásicas de la literatura científica sobre un tema, en las que un experto revisa los estudios publicados, decide cuáles son relevantes y resalta sus resultados, sin que se describa habitualmente el pro-

ceso seguido hasta llegar a las conclusiones. Las RSs se consideran estudios secundarios, pues su población de estudio la constituyen los propios estudios primarios.Aunque a veces se utilizan los vocablos revisión sistemática y meta-análisis indistintamente, el término meta-análisis debe aplicarse únicamente cuando los trabajos incluidos en la revisión a juicio de los investigadores "se pueden combinar razonablemente" efectuando una síntesis estadística cuantitativa de sus resultados para obtener una estimación combinada de los efectos descritos en los estudios individuales. Por tanto, la revisión sistemática constituye un proceso de investigación más amplio, que va desde la formulación del objetivo hasta la interpretación de los resultados, incluyendo la fase de análisis estadístico cuando haya sido posible la agregación cuantitativa de los datos.

Fig. 2. Niveles de evidencia según GRADE

Grado de Evidencia

ALTA	Ensayos Aleatorizados
BAJA	Estudios Observacionales
MUY BAJA	Cualquier otra evidencia

Disminuir grado	
Limitación de la calidad	
importante	-1
Muy importante	-2
Inconsistencia importante	-1
Incertidumbre evidencia directa o indirecta	
alguna	-1
maxima	-2
Información imprecisa o escasa	-1
Alta probabilidad de sesgo información	-1

Aumentar grado	
Evidencia de asociación fuerte	
RR>2 (0,5)	
2 o + estudios observacionales sin factores de confusión	+1
Evidencia de asociación muy fuerte	+2
RR>5 (0,2)	
evidencias directas sin amenazas para la validez	
Evidencia de gradiente dosis respuesta	+1
Todos los factores plausibles habrían reducido el efecto	+1

Fig. 3. Grados de recomendación según GRADE

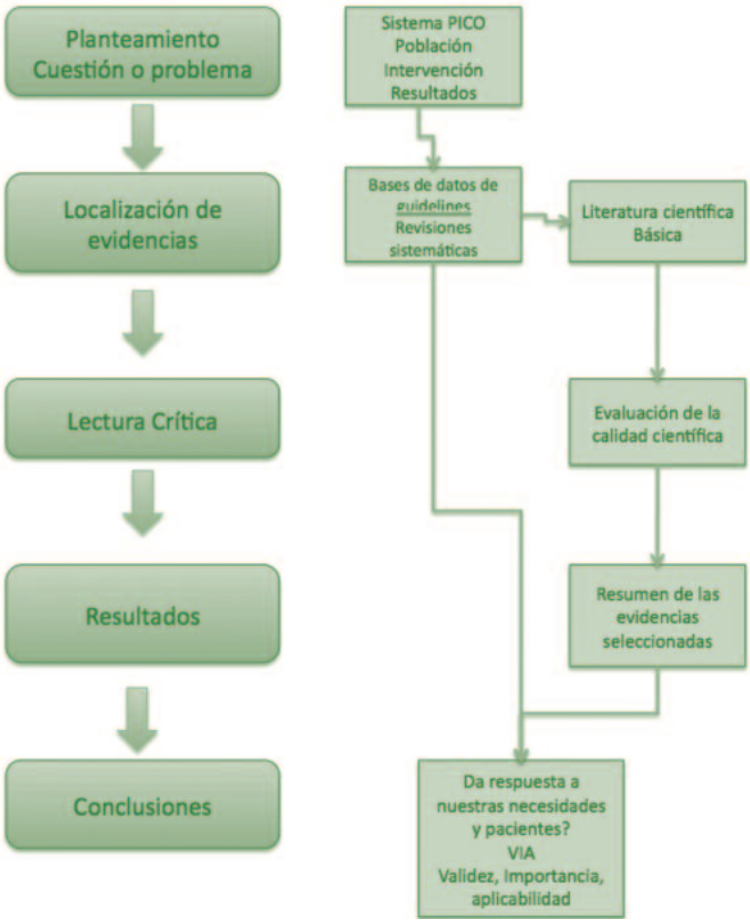
RECOMENDACIÓN FUERTE	
PARA LOS PACIENTES	La mayoría de los pacientes desearían la acción recomendada
PARA LOS CLÍNICOS	La mayoría de los pacientes recibirían la recomendación
PARA LOS GESTORES	La recomendación se convierte en criterio de calidad. Su no utilización debería estar justificada
RECOMENDACIÓN DEBIL	
PARA LOS PACIENTES	Muchos de los pacientes desearían la acción recomendada otros no
PARA LOS CLÍNICOS	Examina las evidencias y permite discutirlas con los pacientes teniendo en cuenta sus valores y preferencias
PARA LOS GESTORES	Podria utilizarse como criterio de calidad
No recomendación específica	Ventajas y desventajas equivalentes La población diana no ha sido identificada Insuficiente evidencia sobre la que formular una recomendación

Pueden pasar años desde que se publica que una intervención es efectiva hasta que se aplica de forma rutinaria por los clínicos. En situaciones en las que existe urgencia por conocer la respuesta a una pregunta y no se dispone de tiempo o medios suficientes para realizar nuevos ensayos y donde los estudios primarios publicados no han contestado definitivamente dicha pregunta, es siempre **más rápido y menos costoso** realizar una RS. De la misma forma, si se precisa una investigación con una muestra o una duración amplias en situaciones donde ya existen estudios con efectos pequeños pero relevantes, una RS puede ser también una alternativa muy rentable.

Los estudios que incluyen las RSs pueden haber abordado diferentes poblaciones, con diferentes criterios de selección, diferentes pautas de tratamiento, diferente medida de efectos, etc, que limitan **la interpretación y generalización** de los resultados. Las RSs permiten obtener un efecto global y más estable, y además con ellas son posibles los análisis de subgrupos para estimar el beneficio relativo entre distintos elementos de población (según edad, sexo, etc). Durante la fase de análisis puede valorarse **la consistencia** de los diferentes resultados de los estudios, así como la calidad y el rigor metodológico de los mismos, permitiendo llegar a conclusiones claras que expliquen el porqué de las discrepancias.

Las RSs y en particular los meta-análisis, permiten aumentar **la precisión** en la estimación del efecto, su **magnitud promedio** y la potencia estadística de un conjunto de estudios que detectan un efecto modesto pero clínicamente relevante; al combinarlos aumenta el tamaño de la muestra y la potencia estadística, evitando así un error beta o de tipo II. Permiten también abordar cuestiones que no se pueden analizar desde los estudios individuales, como el **estado global del conocimiento** científico en ese campo, descubrir errores, lagunas de información y generar nuevas hipótesis. N**o se deben utilizar** los meta-análisis para aprobar o no un fármaco nuevo, hacer que un efecto pequeño e irrelevante se haga significativo al combinar varios estudios con efectos irrelevantes o de baja calidad, frenar le realización de las investigaciones originales, o con el único fin de aumentar el número de publicaciones sin una necesidad y un objetivo claro para responder una pregunta de investigación relevante.

Fig. 4. Estructura de una Revisión Sistemática



La estructura de las RS es compleja y su elaboración incluye una seria de etapas recogidas en la Fig. 4.

Un paso previo antes de comenzar la realización de una RS es constituir un equipo investigador con experiencia en el tema objeto de estudio y en la realización de RSs por lo que debe incluir epidemiólogos, bioestadísticas, documentalistas, clínicos, etc. El equipo deberá elaborar un protocolo de investigación que resuma los antecedentes del tema de estudio, los objetivos, y las preguntas e hipótesis del mismo, a partir de los cuales se definirán los criterios de búsqueda de estudios relevantes, las palabras clave, la población diana, la intervención (estudios de tratamiento) o asociación (estudios de pronós-

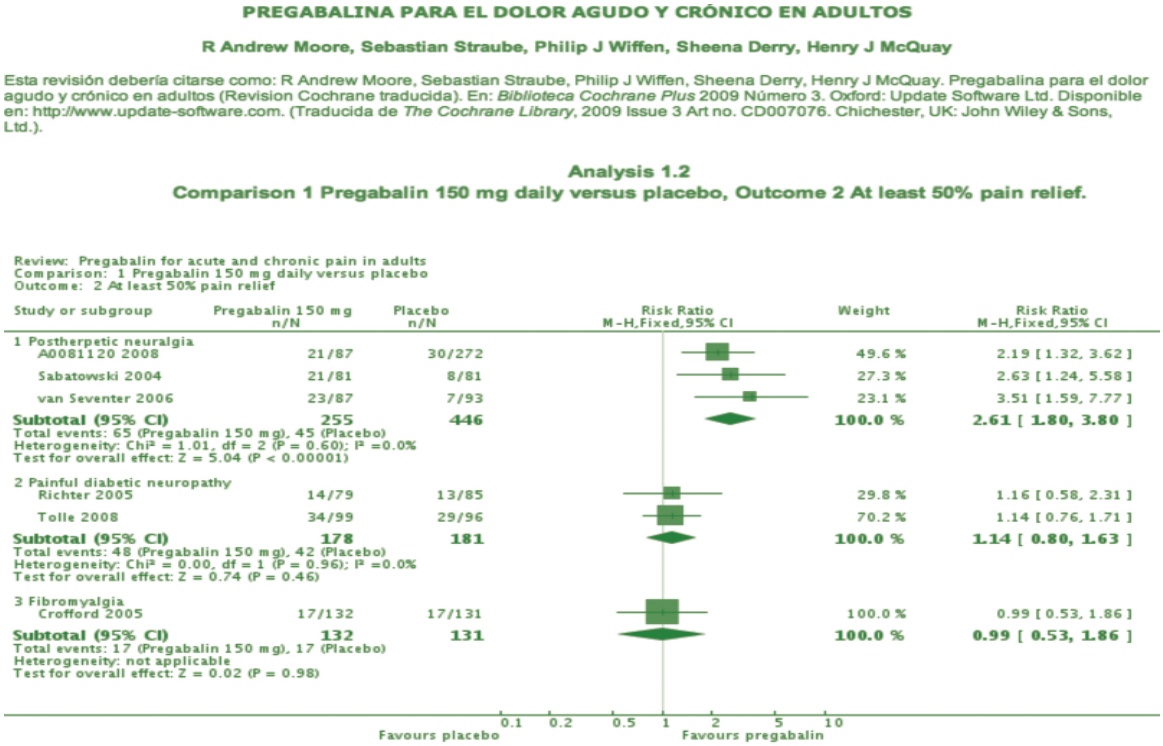
tico) objeto del estudio y las variables de interés, los métodos para seleccionar los trabajos que se van a incluir en la revisión partiendo del conjunto de estudios que se han recuperado en la búsqueda, cómo se va a realizar la evaluación de la calidad de los artículos, si se prevee hacer análisis de subgrupos, el método de análisis que se va a utilizar, el cronograma, la distribución del trabajo entre los miembros del equipo y el presupuesto.

A continuación nos referiremos a los apartados más relevantes dentro de la elaboración de una RS.

El número de revisores (al menos dos independientes para cada estudio y a ser posible que desconozcan los autores, los resultados y la revista que publica el artículo), las posibles discordancias entre ellos (y el modo de resolverlas) y la utilización de escalas cualitativas (ej. Guías JAMA) o cuantitativas (ej. Chalmers, Jadad) para la valoración de la calidad subjetiva de los estudios deben estar especificados.

La RS debe recoger el procedimiento de análisis de los datos si es oportuno, el meta-analisis es el método cuantitativo de análisis estadístico de las RSs. En la Fig 5 se recoge un ejemplo de meta-análisis. En ocasiones pueden incluirse análisis de subgrupos, para determinar si los resultados son consistentes en diferentes segmentos de población con determinadas características demográficas y clínicas. Finalmente, es conveniente realizar un análisis de sensibilidad para comprobar la influencia de los estudios individuales (se repite el análisis incluyendo y excluyendo estudios) en la estimación del efecto y comprobar la robustez de la medida obtenida y de las conclusiones.

Fig. 5. Ejemplo de gráfica de resultado de un meta-análisis



Otra propuesta elaborada por un grupo de epidemiólogos, clínicos, editores de revistas e investigadores, en Chicago en 1996, con el objetivo de mejorar la calidad de la publicación de los meta-análisis es la propuesta **QUORUM** (Quality of Reporting of Meta-analyses, Lancet 1999), que consiste en una lista de ítems que describe la forma en que deben presentarse las diferentes secciones de un artículo de meta-

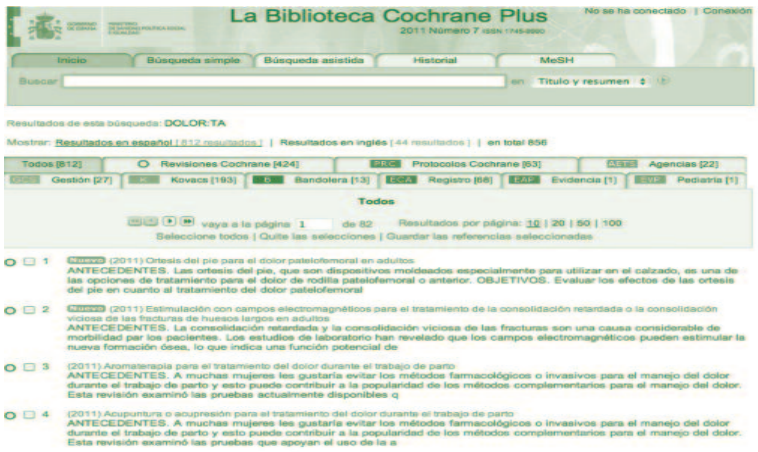
análisis y un diagrama de flujo con información sobre número de ensayos identificados, excluidos, incluidos y las razones para las exclusiones.

La búsqueda inicial de guías de práctica clínica o revisiones sistematizadas sobre dolor debería realizarse en aquellas bases de datos de acceso más rápido, en muchas ocasiones la utilización de buscadores inespecíficos como Google es suficiente y puede ahorrarnos mucho tiempo. La simple utilización de los keywords ***guidelines pain*** nos proporcionan 160 millones de hits que pre ordenados por importancia nos dirigen a webs como ***pain treatments topics*** que recogen las guías de práctica clínica y revisiones sistematizadas de las organizaciones más importantes y ordenadas según antiguedad Fig. 6. Si necesitamos mayor precision la consulta de las sociedades científicas de los países de mayor producción científica y calidad asistencial seria la segunda elección. Por último y más significativamente más laborioso es la consulta de aquellas instituciones ya descritas en este capítulo dedicadas a la producción y actualización de guías.

Fig. 6. Web especializada en la recogida de guidelines y Revisiones Sistemáticas sobre dolor

Las revisiones sistemáticas son fácilmente accesibles en la base de datos de la Colaboración Cochrane, cerca de 400 hits resultan de la utilización del keyword pain. Refinando con otras palabras claves se obtienen trabajos específicos sobre el tema a tratar. Fig. 7.

Fig. 7. Resultados de una búsqueda de la Base Cochrane plus



Bibliografía

Centre for Reviews and Dissemination. Undertaking Systematic Reviews of Research on Effectiveness. CRD Report Number 4 . 2nd ed. Marzo 2001

Critical Reviews Advisory Group (CRAG). ScHARR Introduction to systematic reviews. School for Health And Related Research (ScHARR), Sheffield; 1996.

Oxman AD (ed). Section VI: Preparing and Maintaining Systematic Reviews: The Cochrane Collaboration Handbook. Oxford: Cochrane Collaboration, 1994.

8. EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS PARA LA TOMA DE DECISIÓN EN UNIDADES DE DOLOR

A lo largo de las dos últimas décadas, la Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS) está siendo cada vez más utilizada para ayudar en la toma de decisiones del personal sanitario y en la formulación de políticas en el sector sanitario de los gestores. El objetivo de la ETS es constituir una herramienta útil para aquellos implicados en la toma de decisiones, jefes clínicos, gerentes o políticos, en contraposición a la Medicina Basada en la Evidencia (MBE), que tiene un enfoque eminentemente clínico y está orientada a la utilización en la práctica clínica de la mejor evidencia disponible.

Así la MBE se define como el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia existente en la toma de decisiones en la atención a los pacientes individuales. Por su parte podemos definir la ETS como aquel proceso de análisis e investigación, dirigido a estimar el valor y contribución relativos de cada tecnología sanitaria a la mejora de la salud individual y colectiva, teniendo además en cuenta su impacto económico y social.

Por tanto, la ETS es un proceso más amplio, que implica, además de la búsqueda y síntesis de la información disponible en la literatura científica, la toma en consideración de otros elementos del contexto donde se realiza la evaluación tales como datos epidemiológicos, demográficos, económicos o de utilización de tecnologías y servicios de salud. Ahora bien, el objetivo final es proporcionar respuesta a preguntas que se plantean los diferentes actores que operan en el escenario sanitario a nivel macro, meso y micro. Por tanto, no sólo es útil a los clínicos, sino que también sirve a los poderes públicos, aseguradores y administradores (públicos y privados) y ciudadanos.

La evaluación de tecnologías sanitarias aparece como concepto y disciplina a mediados de los ochenta como probable respuesta a un triple problema que se presenta en la mayor parte de los países desarrollados: el fuerte incremento del gasto sanitario; la constatación de la variabilidad inexplicada de la práctica clínica y la incertidumbre acerca de los resultados finales y globales de la utilización de muchas tecnologías médicas. La coincidencia, a mediados de los ochenta, de estos tres fenómenos, motivó que los diferentes decisores que operan en un sistema sanitario reclamasen una mayor y mejor información sobre el nivel de eficacia real de las tecnologías sanitarias, así como sobre su impacto económico y social, para así poder decidir más racionalmente, generándose las diferentes iniciativas de ETS.

En el momento actual existen en el mundo alrededor de 400 organizaciones públicas o privadas, gubernamentales, académicas o consultoras, dedicadas de modo específico a realizar evaluación de tecnologías, incluyendo o no la evaluación económica de las mismas. Todas ellas producen documentos o publicaciones de mayor o menor extensión y rigor, cuyo pretendido objetivo es ayudar a la toma de decisiones a los clínicos, administradores, aseguradoras y poderes públicos en el terreno de la introducción y uso apropiado de tecnologías médicas nuevas y establecidas.

En la actualidad existen en España 8 Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AAETS), siendo la agencia catalana la más antigua, ya que nace en 1991 como Oficina Tècnica d'Avaluació de Tecnologia Mèdica (OTATM), para convertirse en 1994 en la Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATRM) y cambiar su denominación y funciones en 2010 y pasar a denominarse Agència d'informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS). En 1992 se crea OSTEBA, como el primer servicio de Evaluación de

Tecnologías Sanitarias y dos años mas tarde se crea la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) en el seno del Instituto de Salud Carlos III. Este proceso culmina con la creación en el año 2002 del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Hay que señalar que la labor de las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias ha sido ingente a lo largo de este tiempo. Basta señalar que según la HTA database de la INAHTA en el período 2000-2005, las 31 AAETS existentes habían realizado 1.799 informes de evaluación, mientras que la producción de las 57 AET mundiales en ese mismo periodo alcanzó los 3.624 informes de evaluación. De esta producción, las agencias españolas existentes hasta dicha fecha, seis en concreto, habían realizado 186 informes de evaluación lo que suponía el 10,3% de los informes europeos, en segundo lugar detrás del Reino Unido, y el 5,1% de los informes mundiales, 4º lugar tras EEUU, R.U., Canadá y Australia.

Esta ingente actividad se ha concentrado sobre todo en tecnologías sanitarias, aunque existe alguna evaluación sobre medicamentos éstas son muy escasas en términos relativos. Sin embargo, todo indica que el papel de las AAETS en la evaluación de medicamentos va a ser mucho más central. En este sentido, el acuerdo alcanzado en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de 18 de marzo de 2010 sobre Acciones y medidas para promover la calidad, la equidad, la cohesión y la sostenibilidad del sistema nacional de salud propone dentro del aparatado de medidas y actuaciones que “se considera conveniente que la incorporación de nuevos medicamentos en la cartera de servicios del SNS ha de basarse en criterios de coste efectividad, así como trabajar de manera conjunta para desarrollar Guías farmacoterapéuticas que ayuden a que las decisiones clínicas se fundamenten en criterios de evidencia y coste-efectividad”, para ello el documento propone “reforzar el papel de la Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Se trabajará para reforzar las garantías y la seguridad en el procedimiento de autorización de las nuevas tecnologías en el SNS, mejorando la disponibilidad de evidencias científicas y de coste-efectividad como base para la toma de decisiones, mediante la creación de un modelo organizativo en red con las Agencias estatal y autonómicas”. El marco legislativo y organizativo de las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias en España.

La estructura organizativa depende en gran medida del tamaño de la agencia en cuestión, ya que son las agencias con mayor personal –la AETS, la AIAQS y la AETSA– las que tienen una organización por áreas bien definidas, mientras que las agencias de menor tamaño tienen una organización más jerárquica y menos horizontal, sin la división en distintas áreas o servicios, estando todos ellos integrados.

El objetivo común se centra en facilitar información útil, basada en el conocimiento científico, para promover la correcta introducción, adopción difusión y utilización de las tecnologías sanitarias. Por ello, todas las agencias presentan como publicación los informes de evaluación de tecnologías sanitarias. Las funciones básicas entre las que destacan:

- Seleccionar las tecnologías sanitarias, jóvenes o en uso, susceptibles de evaluación, por su repercusión.
- Diseñar estudios específicos de investigación en evaluación de tecnologías.
- Promover la investigación específicamente dirigida a obtener la información necesaria para la evaluación de tecnologías fomentando la colaboración entre las universidades, los centros, unidades de investigación, las empresas y otras instituciones.
- Analizar y revisar la información científica relacionada con la evaluación de las tecnologías sanitarias y su difusión entre los profesionales y los servicios sanitarios.
- Analizar la difusión y los patrones de utilización de las tecnologías médicas de mayor impacto, en términos de salud o económicos, en el sistema sanitario, principalmente en relación con su accesibilidad, demanda potencial y utilización apropiada.
- Promover la utilización apropiada de las tecnologías médicas mediante diseño, elaboración y difusión de guías de práctica clínica, recomendaciones y participación en la aplicación de las tecnologías sanitarias, en los distintos enfoques: prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
- Colaborar y participar asesorando en la creación y desarrollo de programas de evaluación de tecnologías sanitarias, en los diferentes niveles de decisión.

- Recomendar el desarrollo de sistemas de información dirigidos a obtener la documentación necesaria para la evaluación de tecnologías.

8.1. Concepto y características de la Evaluación Económica

La evaluación económica en el ámbito de los cuidados sanitarios consiste en el análisis comparativo y sistemático de dos o más alternativas sobre la base de sus costes y sus resultados –beneficios–. Por tanto, para que un estudio sea considerado una auténtica evaluación económica debe cumplir dos requisitos:

1. Analizar tanto los costes como los resultados o consecuencias del programa o tratamiento.
2. Considerar dos o más alternativas y llevar a cabo una comparación entre ambas.

Se pueden encontrar ejercicios de evaluación que se limitan a describir los efectos o resultados de un tratamiento (descripción de resultados), o a identificar y valorar sus costes (descripción de costes), o ambas cosas a la vez (descripción de costes planificación y diseño del estudio y resultados), pero sin que exista un término de comparación en forma de tratamiento o programa alternativo cuyos costes y/o resultados igualmente se evalúen. No se niega el interés que pueda tener este tipo de ejercicios en otros ámbitos, pero su aportación a la toma decisiones sobre asignación de recursos es nula.

En ocasiones encontramos en la literatura comparaciones de los resultados entre dos o más tratamientos (evaluación de la eficacia o evaluación de la efectividad), pero este tipo de estudios, que son descriptivos, no son útiles para la toma de decisiones, como no lo es la mera comparación de los costes de programas alternativos (análisis de costes), pues no se debe elegir la alternativa menos costosa por el hecho de serlo sin medir y valorar adecuadamente los beneficios que proporcionan los diferentes opciones.

El término evaluación económica se reserva a aquellos estudios que evalúan comparativamente dos o más alternativas a través de la medición y valoración sistemática de los costes y resultados de cada una de ellas. Las modalidades de evaluación económica se pueden agrupar en dos grandes categorías, dependiendo de la forma en que se midan y valoren los resultados o beneficios derivados de las alternativas objeto de análisis. Si se opta por cuantificar los resultados en unidades monetarias –igual que los costes– nos encontramos ante un análisis coste-beneficio. Si, por el contrario, la medida y valoración de los resultados se realiza en unidades no monetarias, el tipo de evaluación desarrollado será un análisis coste-efectividad que, en el caso de utilizar AVACs como unidad de medida de los resultados, se considera en ocasiones una modalidad de evaluación con identidad propia: el análisis coste-utilidad–. Los estudios de minimización de costes parten de grupos cuya eficacia es idéntica, por lo que la decisión recaerá únicamente en los costes de cada opción.

8.1.1. El Análisis Coste-Beneficio

En un análisis coste-beneficio (ACB) los resultados se valoran en unidades monetarias. Todos los efectos de un tratamiento o tecnología sanitaria se expresan en una unidad común que es el dinero. Este método permite la comparación directa de los resultados con los costes, pudiendo determinarse el valor neto del programa por diferencia entre ambas magnitudes. Así, cuando los beneficios de un programa superen 30 Métodos para la evaluación económica de nuevas prestaciones a los costes –es decir, el valor neto sea positivo–, estará económicamente justificada su adopción. En caso contrario, será preferible buscar un destino alternativo a los fondos. Las reglas de decisión en el ACB son, como se ve, muy claras, lo que dota a esta técnica de evaluación de un indudable atractivo. A ello se ha de añadir el hecho de que el ACB encuentra un sólido referente teórico en la economía del bienestar. Sin embargo, el principal problema radica en las dificultades existentes a la hora de reducir todos los efectos relevantes de un programa sanitario a una magnitud monetaria, de ahí que los estudios de este tipo aplicados al ámbito sanitario no abunden en

la literatura. Existen dos enfoques a la hora de valorar los resultados en dinero: el enfoque del capital humano, centrado en las ganancias de productividad derivadas de las mejoras en la salud, y el enfoque de la valoración contingente, que estima los beneficios de los tratamientos sanitarios a través de la disposición a pagar revelada por los sujetos sometidos a una encuesta (estudios willingness to pay). Entre estos destaca un estudio sobre preferencias del paciente a la hora de abonar por evitar las náuseas y vómitos postoperatorios y el dolor. En concreto los pacientes estaban dispuestos a pagar una prevención por el dolor de 35$ y por las nausea de 17$.

El análisis coste-beneficio (ACB) valora los beneficios de los programas en unidades monetarias, permitiendo una comparación directa entre los costes y los resultados de la que resulta el cálculo del beneficio neto.

8.1.2. El Análisis Coste-Efectividad

Bajo la denominación análisis coste-efectividad (ACE) se incluyen todos aquellos estudios de evaluación económica que optan por valorar los resultados en unidades no monetarias –unidades físicas o naturales–. Estas unidades van desde medidas de resultados intermedios de carácter clínico –milímetros de mercurio de presión arterial, miligramos por decilitro de tasa de colesterol en sangre– o más genéricas –casos detectados en un programa de cribaje–, hasta medidas de resultado final tales como muertes evitadas, años de vida ganados, etcétera. El objetivo final es la obtención de una ratio coste-efectividad que exprese el coste por unidad de resultados asociado a cada programa –coste por año ganado, coste por caso detectado, etcétera–.

Se ha dicho que la evaluación económica implica la comparación de dos o más alternativas, de ahí que las ratios coste-efectividad hayan de ser calculadas de manera incremental, esto es, por cociente entre la diferencia en los costes de los tratamientos y la diferencia en los resultados. En consecuencia, las ratios coste– en decidir cuándo “merece la pena” aplicar una tecnología sanitaria nueva –en el sentido de no haber sido puesta en práctica antes– a la vista de su ratio incremental coste-efectividad. Esto es particularmente evidente en el caso –en general no recomendable– de utilizar como medida de los beneficios unidades de valoración de los resultados intermedios.

La respuesta es complicada, pues, para empezar, se ignora el efecto que una disminución unitaria del EVA –resultado intermedio– tendrá sobre la esperanza y la calidad de vida de los pacientes –resultado final. Lo mismo es aplicable al caso en que los resultados de diferentes estrategias o técnicas de diagnóstico se midan en forma de casos detectados: ¿Es “valioso” para la sociedad un nuevo sistema de detección precoz de una enfermedad que supone un coste adicional de 500 € por cada nuevo caso detectado en relación con el sistema actualmente en uso? Incluso en el supuesto de que los beneficios se valoren a través de medidas de resultado final, la interpretación de las ratios coste-efectividad en el ámbito de la toma de decisiones no es fácil: ¿Se debe aplicar un programa sanitario que incrementa la esperanza de vida cuando el coste incremental por cada año de vida es de 5.000 €? ¿Es tal vez demasiado 5.000 €? ¿Cuál es el coste que a la sociedad le resulta razonable pagar por ganar un año de vida en un paciente?

8.1.3. El Análisis Coste-Utilidad

Dado que la mayor parte de las intervenciones en el ámbito de la salud producen efectos no sólo en términos de mejora en la esperanza de vida –cantidad de vida–, sino también en relación con las condiciones en que se disfruta de dicha vida –calidad de vida–, las medidas de resultados citadas en el apartado anterior pueden no captar en su totalidad los beneficios asociados a un programa sanitario. Los años de vida ajustados por la calidad (AVACs) constituyen una medida de los resultados comprehensiva, pues incorporan en una única medida las dos dimensiones relevantes del beneficio de un tratamiento: la mejora en la supervivencia y las ganancias en calidad de vida.

Los valores que se utilizan para ponderar o ajustar los años de vida ganados en función de la calidad reflejan las preferencias de los individuos en relación con los diferentes estados de salud y pueden medirse directamente o bien tomarse de otros estudios en caso de que esta opción se considere metodológicamente consistente. Los estudios que utilizan los AVACs como unidad de medida de los beneficios reciben indistintamente la denominación específica de análisis coste-utilidad (ACU) o bien la genérica de análisis coste-efectividad con la particularidad de que las ratios costeefectividad se concretan en la expresión: costes adicionales por AVACs ganados.

El análisis coste-utillidad (ACU) es una modalidad del ACE que utiliza como unidad de valoración de los resultados los años de vida ajustados por la calidad (AVACs), una medida compuesta que conjuga las dos principales dimensiones de los resultados de un tratamiento sanitario: las ganancias en cantidad de vida y las ganancias en calidad de vida.

La utilización de AVACs y la consiguiente obtención de ratios coste/AVAC supone una ventaja a la hora de interpretar los resultados, en la medida en que permite una mayor comparabilidad entre diferentes estudios. Si bien no existe un criterio a priori para determinar cuál es el coste "razonable" de un AVAC, sí es posible comparar el coste por AVAC obtenido en nuestro estudio con los calculados y publicados en otros ejercicios de evaluación económica, lo que puede ayudar al responsable de tomar la decisión a valorar si la ratio coste/AVAC es comparativamente baja o alta. De hecho, algunos autores se han atrevido a sugerir valores concretos de coste/AVAC para orientar la toma de decisiones que se sitúan, en el caso de los Estados Unidos, en torno a los 50.000 US$ y, en el caso de Canadá, entre los 20.000 y los 100.000 Can$, considerada esta última cifra el tope más allá del cual la adopción de la tecnología sanitaria evaluada no estaría socialmente justificada. En el caso de España Sacristán y colbs determinan un punto de corte alrededor de los 30.000 €.

8.1.4. Otras técnicas de Análisis

En la literatura sobre evaluación económica –particularmente en las guías elaboradas en algunos países para orientar los estudios de evaluación– es habitual encontrar referencias a otras modalidades de evaluación diferentes de las citadas hasta ahora. En concreto, se suele incluir entre las técnicas analíticas el análisis de minimización de costes (AMC) así como el análisis coste-consecuencia (ACC).

El AMC es un caso particular del análisis coste-efectividad en el que los resultados o beneficios de las alternativas que se consideran son esencialmente idénticos. Es casi imposible encontrar dos tecnologías cuyos efectos sean exactamente los mismos, aunque el supuesto de que los resultados son esencialmente iguales puede constituir una aproximación razonable en determinadas ocasiones. En el caso de que se considere plausible dicho supuesto, el AMC sería la técnica adecuada, y la decisión únicamente atenderá a las diferencias en costes.

En el supuesto –poco frecuente– de que la tecnología evaluada y la utilizada como término de referencia para el análisis incremental proporcionen resultados esencialmente idénticos, puede resultar apropiado realizar un análisis de minimización de costes (AMC), limitando la comparación a los recursos empleados o consumidos por cada programa. El análisis coste-consecuencia (ACC) cumple las características exigidas a un ejercicio de evaluación económica en la medida en que estudia tanto los costes como los resultados de los programas, y analiza comparativamente al menos dos alternativas. Sin embargo, el output final del ACC no es una medida del beneficio neto de los programas objeto de comparación–como en el ACB– ni una ratio coste-efectividad –como en el ACE o el ACU–. En este tipo de estudios, los costes y las consecuencias de diferentes alternativas se presentan de manera desagregada, dejando en manos del usuario del análisis la asignación de ponderaciones a los distintos resultados de los programas (complicaciones evitadas, efectos secundarios principales, etcétera) y la decisión relativa a la utilización de una regla de agregación de tales efectos.

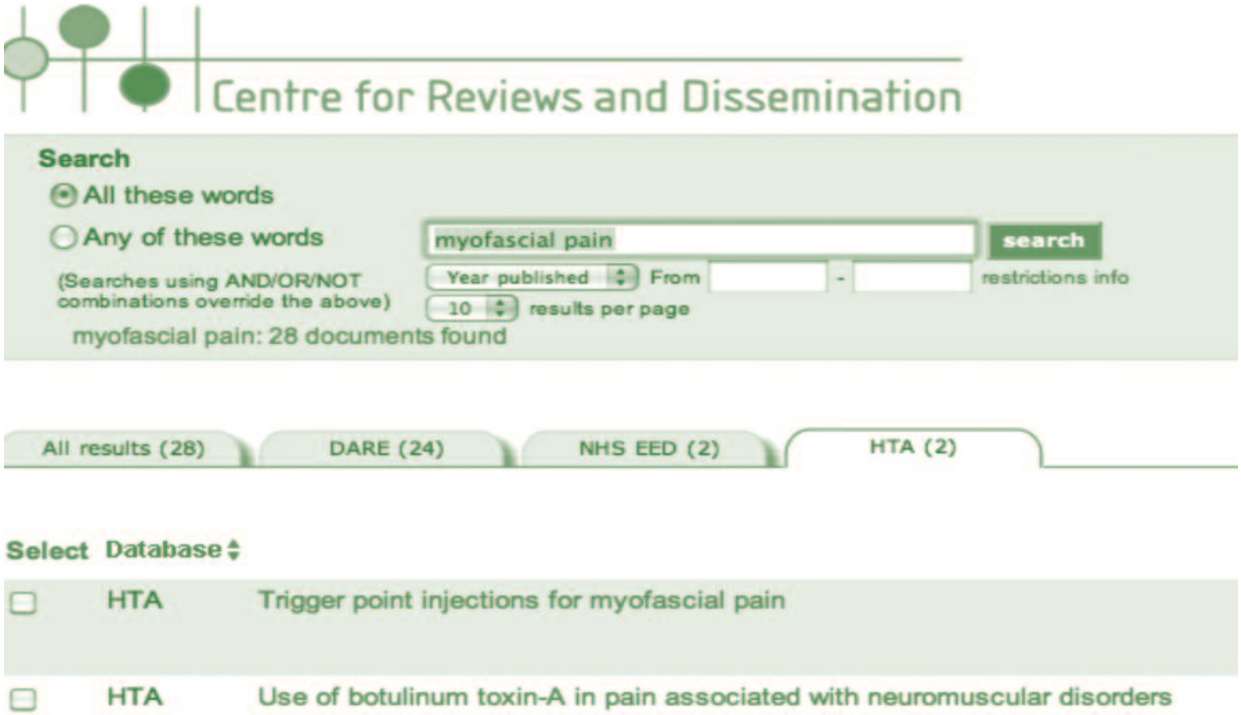
Se puede considerar que el ACC es, de hecho, una fase intermedia en la realización de un ACE –la identificación y medición de los costes y resultados de los programas– cuya conclusión requiere la introducción de juicios de valor que permitan la agregación de dichas magnitudes, tarea que se deja en manos del destinatario del estudio, típicamente el responsable de la toma de decisiones.

Por ello resulta aconsejable llevar a cabo un análisis coste-beneficio (ACB) cuando se estime oportuno y factible valorar todos los resultados del programa en unidades monetarias, y/o un análisis coste-efectividad (ACE) que utilice una medida lo más comprehensiva posible de los resultados, preferentemente AVACs –es decir, un análisis coste-utilidad (ACU)–. El análisis coste-consecuencia (ACC) puede resultar un útil paso intermedio hacia la realización de cualquiera de los dos anteriores.

Las Unidades del Dolor son centros de importantes compras de tecnologías cuya eficacia está aún por demostrar, tal es el caso de la ozonoterapia que tiene todavía en la actualidad que demostrar con algún ensayo o estudio de calidad sus efectos beneficiosos. La adquisición de equipos aún sin demostrar su eficacia responde a consideraciones más de tipo político o social que al estrictamente científico. Diversas publicaciones y evaluaciones por organismos estatales denotan tales deficiencias.

Al ser el tratamiento del dolor una disciplina que abarca diferentes especialidades, los estudios y trabajos que avalan su adopción difieren de sus unidades y dependen del área de conocimiento específico, neurología, reumatología, odontología. Es por ello que algunas de las mejores revisiones sobre la potencia de diversos analgésicos se basen en su capacidad para disminuir el dolor odontológico, establecido como gold standard, como en el trabajo de McQuay.

La localización de trabajos de evaluación debe llevarse a cabo en las bases de datos de las agencias estatales, coordinadas todas bajo el auspicio de la INHATA. En ella y en el NHS eed podemos encontrar la mayoría de los trabajos de evaluación de las agencias con cierto nivel y reconocimiento mundial. La colaboración Cochrane ofrece en su motor de búsqueda la posibilidad de localizar tanto en la INHATA como en el NHSeed, tal y como se expone en la fig.



Bibliografía

Van den Bosch JE, Bonsel GJ, Moons KG, Kalkman CJ, Effect of postoperative experiences on willingness to pay to avoid postoperative pain, nausea, and vomiting. Anesthesiology. 2006 May;104(5): 1033-9.

Sacristán JA, Oliva J, Del Llano J, Prieto L, Pinto JL. [*What is an efficient health technology in Spain?].* Gac Sanit. 2002 Jul-Aug;16(4): 334-43

Métodos para la evaluación económica de los programas de asistencia sanitaria. Drummond, Michael F. Diaz de Santos 2001

9. TOTAL QUALITY MANAGEMENT EN DOLOR CRÓNICO. CRITERIOS Y ESTÁNDARES DE CALIDAD. BENCHMARKING

El concepto de "calidad" nace durante los años veinte del mundo de la industria en los EE .UU . en el momento en que la complejidad de la fabricación hace que sea necesario verificar el producto final con el original establecido, Es al final de la segunda guerra Mundial cuando expertos americanos son requeridos para la reconstrucción del imperio Nipón cuando adquiere la trascendencia que presenta hasta nuestros días.

En la industria, la calidad de los productos finales se interpreta por una serie de variables ligadas a la conformidad con el proyecto previo, a la satisfacción de las necesidades y también al servicio prestado a clientes y consumidores.

Las organizaciones sanitarias, al igual que otras organizaciones, están formadas por elementos que interactúan entre sí. Pero existe una peculiaridad fundamental en el sector sanitario: es un servicio y, como veremos a continuación, tiene una serie de características concretas que puede hacerlo diferente de otros productos:

- Los servicios son producidos y consumidos en el mismo momento.
- El servicio sanitario difícilmente se puede reprocesar o reciclar.
- El servicio difícilmente puede ser ensayado.
- Las deficiencias de calidad no pueden eliminarse antes de la ejecución.
- El servicio es intangible aunque involucre productos tangibles.
- Los servicios son personalizados y producidos por demanda.
- El servicio no puede ejecutarse antes de su entrega.

Todas estas peculiaridades hacen pensar que como primer esfuerzo, a la hora de gestionar, vamos a tener que poner una especial atención en la primera fase de la gestión de la calidad: la planificación.

En la prestación de servicios, la probabilidad de que el error no se pueda subsanar, o lo que es peor, que sea detectado por el cliente, es mucho mayor que en otros sectores o tipos de productos, por lo que tendremos que luchar mucho para evitar estos hechos.

Además, la gran pelea de la gestión en el sector servicios y, más concretamente en el sector sanitario, es la variabilidad de los procesos y actividades, ya que las variables que rodean a nuestros productos son innumerables y en muchos casos impredecibles.

A la hora de definir la calidad del producto, las dificultades se agravan cuando se transporta esta idea al mundo sanitario, ya que en éste el producto final, la salud, es un término más abstracto y difícil de precisar.

Todos, profesionales de la salud y usuarios, tenemos una idea clara de lo que quiere decir estar sano o tener salud; también qué asistencia debemos considerar de calidad, aunque hay muchos matices al hablar de calidad asistencial, y todos ellos son legítimos en su contexto. El concepto de "asistencia" engloba tanto

aspectos relativos al tratamiento técnico como a las relaciones interpersonales, además de los aspectos hoteleros y de organización que se producen durante la asistencia prestada al enfermo.

Por lo tanto, una asistencia de calidad vendrá dada al garantizar una calidad en la aplicación del tratamiento técnico en unas condiciones hoteleras y de organización óptimas, con unas relaciones interpersonales agradables.

El desarrollo de un Programa de Mejora de la Calidad en una unidad de un hospital es un proceso lento que supone, necesariamente, un cambio en la forma de hacer las cosas, se ha de involucrar a todos los profesionales impulsando el espíritu de equipo y compartiendo metas comunes.

Desde nuestro punto de vista, el programa de calidad de un servicio clínico debe enmarcarse en el plan estratégico de calidad del hospital, ha de tener como norte la orientación al paciente, y fundamentarse en la consideración de tres pilares esenciales:

- *Calidad Científico-Técnica o Física*, que hace referencia a la asistencia que el paciente realmente está recibiendo, de acuerdo con la *Lex Artis*. Representa el punto de vista de los profesionales y se establece basándose en evidencias científicas. Sus jueces son pues, los avances técnicos y el juicio profesional.
- *Calidad Funcional o Interactiva*, que se refiere al componente interpersonal del proceso asistencial (cómo se produce la interacción paciente-profesional). En este caso sus jueces son el propio paciente y su familia.
- *Calidad Corporativa*, que se corresponde con la imagen que los pacientes, los profesionales y aún la población general, tienen de ese servicio/hospital. Sus jueces serán el cliente interno y externo.

Estas diferentes perspectivas de la calidad permiten, sin embargo, abordajes metodológicos comunes: monitorización de indicadores, evaluaciones ad hoc, gestión de procesos y grupos de mejora.

De las tres, la perspectiva científico-técnica de la calidad es la más familiar para los profesionales. Estamos habituados a elaborar protocolos, a monitorizar aspectos esenciales de la práctica clínica o a discutir pormenores de la misma en las Comisiones Clínicas. Su desarrollo exige la elaboración de criterios e indicadores de acuerdo con las recomendaciones ya mencionadas.

La segunda empieza a ser considerada en el ámbito profesional. Es relativamente común encontrar mención a la satisfacción de los pacientes en el planteamiento de los objetivos asistenciales de los servicios clínicos. La calidad percibida, que en nuestro medio inició su andadura con la práctica de encuestas de opinión a los pacientes ingresados en los hospitales, en la actualidad se considera más adecuado valorar el diferencial entre las expectativas y las percepciones de los pacientes atendidos, para identificar oportunidades de mejora de la calidad percibida.

La calidad corporativa sin embargo, todavía no aparece contemplada en los programas de calidad asistencial, aunque no se discute que ésta condiciona la valoración de la calidad técnica y funcional, dado que la imagen del servicio *colorea* todas las percepciones del mismo. Cuidar la imagen es importante porque tiene un efecto globalizador para los pacientes y es costoso modificar. Una buena imagen facilita un crédito que perdona o limita (al menos durante algún tiempo) las impresiones, y a veces las experiencias, insatisfactorias de los pacientes. Y a la inversa, una mala imagen contamina tanto las percepciones que ha tenido el paciente tras su paso por el hospital como las expectativas con que pueda afrontar posteriores encuentros. Así pues, la imagen corporativa del hospital/servicio y su análisis debe estar incorporado en las acciones de garantía de calidad que se lleven a cabo.

Los estudios de calidad asistencial comparan el índice obtenido con los estándares, analizan las discrepancias y sus causas y proponen las soluciones de mejora. Para poder hablar de un estudio de garantía de calidad es esencial hacer la comprobación de la efectividad de las soluciones una vez aplicadas.

Para evaluar la calidad asistencial necesariamente se la ha de cuantificar y medir. Como unidades de medida se utilizarán unos indicadores de calidad que, una vez medidos, se compararán con unos valores previamente establecidos y que se denominarán estándares.

Los *Criterios* son aspectos de la función asistencial que queremos medir. El criterio es lo que nos permite evaluar de una manera más relevante la calidad de la asistencia. Un ejemplo de criterio a medir en una UDO sería la falta de la firma del Consentimiento informado médico en las intervenciones programadas.

El *Estándar* es el Valor que ha de conseguir un criterio o variable para obtener un nivel que se denomina o consideramos óptimo de calidad. Los estándares se expresan generalmente de forma numérica. En nuestro ejemplo, el estándar tendría que hallarse alrededor del 95%. El Estándar óptimo tiene en cuenta el medio en que nos encontramos. Se trata de los valores que toman las variables denominadas criterios, y que consideramos correctos en nuestro medio y con nuestras posibilidades. Estándar óptimo del criterio escogido en el ejemplo sería el 99,9%.

El *Estándar máximo* es el valor máximo que puede conseguir un criterio en las mejores condiciones y posibilidades. El estándar máximo de nuestro ejemplo sería del 100%. El Indice es el valor observado en un estudio y que comparamos con el valor estándar.

9.1. Métodos de análisis

A pesar de las dificultades en la definición de la “salud”, el año 1966. A. Donabedian publica un trabajo en que clasifica por primera vez los métodos para la evaluación de la calidad asistencial, esquema que ha servido de punto de referencia del tema y que continúa en vigor. Donabedian define los métodos de evaluación de la calidad asistencial en:

- Método de análisis de la estructura.
- Método de análisis del proceso.
- Método de análisis de los resultados.

9.1.1. Método de análisis del proceso

Para profundizar más en los métodos de calidad asistencial tenemos los métodos de análisis del proceso. En el caso del proceso asistencial, estos métodos estudian y evalúan las actuaciones dirigidas a restablecer y mejorar la salud, es decir, están encaminadas a la asistencia a los enfermos.

Uno de los métodos más tradicionales y válidos del análisis del procedimiento asistencial son las denominadas “sesiones clínicas”, que se basan en un cambio de impresiones entre los propios profesionales. En las “comisiones clínicas” hospitalarias, los propios profesionales evalúan su actuación al analizar una serie de variables relacionadas con la calidad asistencial con una periodicidad determinada.

Los métodos de evaluación del proceso son también métodos indirectos, aunque estudian la parte activa del proceso asistencial. Dado que el proceso asistencial queda reflejado en la documentación clínica, ésta es esencial para llevar a cabo estos métodos.

9.1.1.1. Método de análisis del proceso aplicado en una Unidad o Servicio

El análisis del proceso de una Unidad hace referencia al análisis de todo tipo de actuaciones realizadas para conseguir los objetivos principales de este Servicio, es decir:

- Administración de medicamentos.
- Información sobre el fármaco al personal del centro sanitario.
- La revisión de las Interconsultas que llegan a la UDO.
- El circuito establecido en la información del medicamento.
- El registro de los pedidos Logísticos efectuados.
- El control de stocks de medicamentos y dispositivos.
- La comprobación de la cantidad recibida con la solicitada al laboratorio suministrador.
- Tiempo de espera del paciente…

9.1.2. Método de análisis de los resultados

Finalmente, los métodos de análisis de los resultados evalúan la calidad asistencial mediante el análisis del producto. Son, de los tres, los métodos que más directamente evalúan la calidad de la asistencia prestada, ya que estudian directamente el producto final o salud.

Son también los más difíciles de llevar a cabo, por la misma dificultad de definir el término salud, el concepto diferente de salud que tienen los diversos individuos y colectivos y la dificultad en demostrar que ésta ha sido mejorada.

Un ejemplo de este método serían los estudios de mortalidad y morbilidad, válidos para una aplicación global, pero insuficientes si tratan de evaluar un producto asistencial determinado. La evaluación por parte de la administración del tratamiento adecuado para la patología que presentan los enfermos, con un costo más bajo, y también el seguimiento y detección de los posibles efectos secundarios y colaterales, velando en todo momento para que éstos presenten una incidencia mínima y de menor gravedad.

La dinámica de mejora continua se desarrolla mediante un proceso cíclico de cuatro fases conocido como ciclo PDCA o Rueda de Deming. El ciclo PDCA (Plan, Do, Check, Act) es un proceso que, junto con el método clásico de resolución de problemas, permite la consecución de la mejora de la calidad en cualquier proceso de la organización. Supone una metodología para mejorar continuamente y su aplicación resulta muy útil en la gestión de los procesos. Deming presentó el ciclo PDCA en los años cincuenta en Japón, por lo que también se le denomina “ciclo de Deming”. En Japón, el ciclo PDCA ha sido utilizado desde su inicio como una metodología de mejora continua, aplicándose a todo tipo de situaciones.

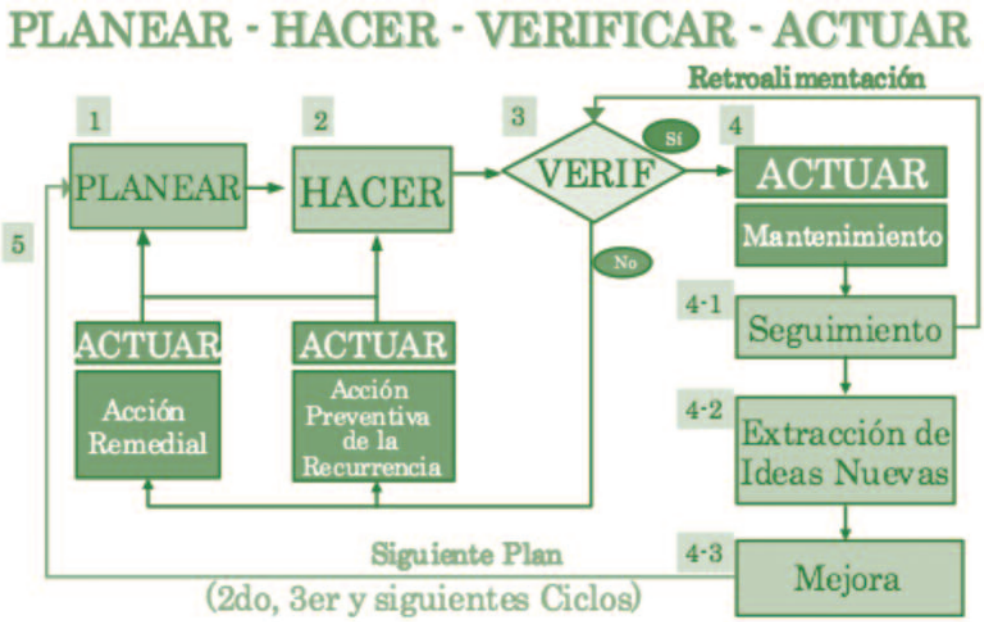
Con la puesta en práctica de este ciclo en Japón, se detectaron insuficiencias relacionadas con las acciones preventivas, aspecto importante a considerar si se desea la mejora continua. Por tanto, se modificó. Ahora, la dirección formula planes de mejora utilizando herramientas estadísticas, como por ejemplo, diagramas de Pareto, diagramas de espina, histogramas, etc. Los operarios aplican el plan a su área de trabajo concreta, aplicando el ciclo PDCA completo. La dirección y los inspectores comprueban si se ha producido la mejora deseada y por último, la dirección hace correcciones si es necesario y normaliza el método exitoso con fines preventivos. Este proceso continúa, de manera que, siempre que aparezca una mejora, el método se normaliza y es analizado con nuevos planes para conseguir más mejoras.

Ishikawa, uno de los máximos expertos japoneses en calidad, afirmó que la esencia de la Calidad Total reside en la aplicación repetida del proceso PDCA hasta la consecución del objetivo. Para él, el ciclo PDCA al que denominó “ciclo de control”, se compone de cuatro grandes etapas, y su implantación supone la realización de pasos que se van repitiendo sucesivamente. Fig 1.

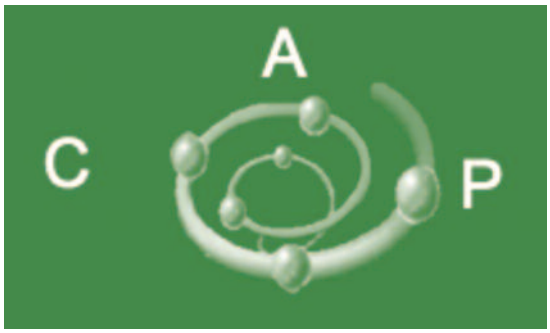
Planificar	Identificar el problema Analizar el problema Identificar las causas Planificar la solución adecuada

Do (Realizar)	Implantar la solución
Check (Evaluar)	Confirmar los resultados
Act (Actuar)	Estandarizar la solución

Fig. 1. Ciclo PDCA



En el año 2010 la Sociedad Española del Dolor establece un catalógo de estandares de calidad asistencial y de procedimientos relativas a las Unidades de Dolor Crónico. En ellas se recoge el trabajo del comité de expertos que relñizan un exhaustivo trabajo en la realización de unos estandares enfocados en la estructura y procesos de la unidad. De esta manera se establecen unos mínimos recomendables que las unidades deben establecer o intentar implementar para generar una atención de calidad que tiende a la excelencia. Fig. 2.



La Control Total de la Calidad es el conjunto de actividades sistemáticas realizadas por toda la organización con el fin alcanzar de manera efectiva y eficiente los objetivos de la compañía de modo que pueda ofrecer productos y servicios con un nivel de calidad tal que satisfaga a los clientes, en el momento idóneo y al precio adecuado. Los círculos de calidad son un grupo pequeño de empleados de primera línea quienes controlan y mejoran continuamente la calidad de su trabajo, productos y servicios; operan de manera autónoma y utilizan los conceptos, herramientas y técnicas del control de calidad. Sus objetivos son:

- Establecer un ambiente de trabajo agradable.
- Establecer un estado de control.
- Mejorar la moral (motivación).
- Establecer relaciones humanas sanas.
- Mejores ingresos, si los hubiere.
- Mejor Aseguramiento de Calidad.

Fig. 2. Ejemplos de criterios y standares sobre la estructura de una UDO según SED

ANEXO I Unidad de dolor crónico (UDC)

Sección I. Estándares generales
I.1. Estándares de estructura
I.1.1. Estructura: instalaciones, material y equipamiento

N.º de ítem	Descripción	Media	IC del 95%
La UDC debe disponer de los elementos dotacionales siguientes:			
1	Espacio físico propio de la unidad	8,94	8,83-9,06
2	Zona de recepción y sala de espera	8,44	7,96-8,93
3	Despachos para consultas externas	8,89	8,73-9,05
4	Archivo documental propio	7,61	6,64-8,58
5	Historias informatizadas y accesibles para el resto del hospital	7,94	7,12-8,77
6	Acceso telefónico directo	8,67	8,18-9,15
7	Acceso a internet	8,67	8,33-9,01
8	Área administrativa propia: secretaría, archivos, documentación y área de informatización	8,22	7,55-8,89
9	Sala para sesiones clínicas/reuniones/biblioteca y estudio	7,56	6,72-8,40
10	Hospital de día propio, para la aplicación de tratamientos especiales, preparación y recuperación del paciente antes y después de la realización de los procedimientos	8,00	7,18-8,82
11	Camas de hospitalización disponibles en la unidad	8,29	7,45-9,14
12	Salas de bloqueo	8,39	7,93-8,84
13	Quirófano asignado, al menos, 2 días semanales	7,89	6,91-8,87
14	Quirófano de la unidad con dotación material e instrumental convencional (similar a cualquier otro de la institución), incluidos sistema de monitorización y respirador	7,82	6,91-8,74
15	Quirófano de la unidad con radioscopia con intensificador de imágenes	7,67	6,52-8,81
16	Quirófano de la unidad con sistemas de protección radiológica según regulación vigente	8,24	7,39-9,08
17	Almacén propio para materiales específicos de la unidad	7,81	6,84-8,79
18	Aseos y vestuarios para el personal y visitantes	7,44	6,51-8,38
19	Informatización de la unidad, idealmente en red, para el registro normalizado de la actividad	7,83	7,12-8,54
20	Salas de bloqueo con mesas y lámparas quirúrgicas, y monitorización básica (ECG, pulsioximetría de pulso y TA no invasiva)	8,44	7,93-8,96
21	Hospital de día con material de monitorización básica (ECG, pulsioximetría de pulso y TA no invasiva), al menos en una de las camas disponibles	8,67	8,29-9,05
22	Material de resucitación cardiopulmonar (ambú, tubos intratraqueales, mascarillas laríngeas, tubos de Guedel, laringoscopio y fármacos específicos) en las salas de bloqueo/hospital de día	8,89	8,73-9,05
23	Material para bloqueos nerviosos, incluidos estimulador de nervios periféricos y agujas específicas	8,94	8,83-9,06
24	Material para técnicas de radiofrecuencia, incluidos aparato de radiofrecuencia y agujas específicas	8,41	8,00-8,82
25	Bombas de infusión tipo PCA en número suficiente según pacientes atendidos	8,41	7,86-8,96
26	Programador para bombas de infusión implantadas	8,29	7,64-8,94
27	Programador para estimulador eléctrico (medulares/periféricos)	8,18	7,47-8,89
28	Ecógrafo para la realización de técnicas intervencionistas	8,00	6,80-9,20
29	Sistema de medida de flujo vascular periférico, como el teletermógrafo o láser doppler	3,89	2,76-5,02
30	Instrumentos de exploración del umbral del dolor, como el termotest	5,11	3,97-6,25
31	Instrumentos de exploración neurológica como los pelos de Von Frey, martillos y diapasones	8,28	7,74-8,81
32	Sistemas de doble manguito de isquemia con manómetro	4,44	2,88-6,01
33	Sistemas de estimulación eléctrica transcutánea	8,33	7,92-8,75
34	Sistemas para la realización de iontoforesis	8,39	7,93-8,84
35	Sistemas de crioanalgesia para el tratamiento del dolor	2,56	1,43-3,68
36	Sistemas de biorretroalimentación	3,89	2,73-5,04
37	Aparatos para la aplicación de magnetoterapia	2,50	1,53-3,47
38	Disponer de laboratorio diagnóstico específico para la unidad del dolor	6,61	5,15-8,07

9.2. Benchmarking en una UDO

Se define el Benchmarking (BM) como uno proceso continuo y sistemático de evaluación de los productos, servicios o procesos de las organizaciones, que son reconocidas por ser representativas de las mejores prácticas para efectos de mejora de nuestra organización. El BM un proceso de “aprendizaje”. Tiene como objetivos fundamentales el aprendizaje de algo nuevo y el aprovechamiento de nuevas ideas para la organización, convirtiéndose en una herramienta para que los componentes de una organización analicen el exterior en busca de ideas e inspiración, en esencia una herramienta para la organización que aprende.

Las organizaciones emplean el BM con diferentes fines: mejorar la organización, para mantenerse actualizadas en las prácticas más modernas, para la Planificación estratégica, el Desarrollo de planes a corto y a largo plazo o la adquisición de nuevas ideas.

Prácticamente cualquier cosa que se pueda observar o medir puede ser objeto del Benchmarking, en una Unidad Clínica no son solo los resultados clínicos, medidos cuantitativamente o cualitativamente mediante criterios de calidad, se pueden comparar estructuras físicas, procesos y consumos de recursos (eficiencia).

9.2.1. Etapas del Benchmarking

Primera etapa

- Comienza con una pregunta fundamental: ¿Quién es el cliente para la información de BM?, cliente significa paciente, una vez que se conozca las necesidades básicas del paciente.

Segunda etapa

- Formar un equipo de benchmarking.
- Una vez que se conozcan las necesidades del cliente para el BM, puede comenzar el proceso.
- ¿Quién está involucrado en el proceso de benchmarking?
- Lo normal es que las conclusiones del BM que se puede obtener solo importen a la unidad en sí y sus componentes, La dirección del centro aunque interesado en que el Hospital sea líder en ciertas materias, difícilmente aportará recursos humanos o materiales para su realización. Es el jefe de la sección el que liderará el ejercicio.

Tercera etapa:

- Identificar los socios del benchmarking.
- La tercera etapa del proceso de BM comprende la identificación de los socios del BM. La definición de un socio es: Cualquier persona u organización que proporciona información relacionada con la investigación de BM. Tiene que ser fuentes confiables y validas. Normalmente son otras unidades de prestigio o datos procedentes de las sociedades científicas las que nos proporcionan información para compararnos. Otras menos fiables pero de ayuda no despreciable, son los medios de comunicación, informes profesionales, o instituciones independientes y menciones y premios concedidos.

Cuarta etapa:

- Recopilar y analizar la información de benchmarking ya identifico los clientes, las necesidades de éstos y los factores críticos de éxito (fce) específicos que constituirán el punto central de la investigación.
- Las unidades de dolor difícilmente van a obtener datos nacionales e internacionales de la estandarización de procesos que sirvan para poder establecer un benchmarking. Muchas veces sus círculos continuos de calidad tomaran como estándares de sus criterios datos previos existentes de su propia unidad con los objetivos de una mejora continua de estos. Mientras existen datos sobre la tasa de dehiscencia tras cirugía intestinal, o infección del sitio quirúrgico, no hay criterios con sus estándares aplicables a las unidades de dolor. Si existen sin embargo como hemos comentado descripción de criterios y estándares de la estructura y de los procesos de una UDO avalados por la Sociedad Científica Española correspondiente.

BIBLIOGRAFÍA

de la Calle, J.L.; Abejón, D.; Cid, J.; del Pozo, C.; Insausti , J.; López , E. Estándares de calidad asistencial y catálogo de procedimientos de las unidades de dolor crónico. Rev Soc Esp Dolor. 2010; **17(2)**: 114-133.

Gestión sanitaria. Innovaciones y desafios. Del Llano J, Ortún V. Masson 1998.

Manual de Calidad Asistencial. SESCAM Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. 2009.

Gestión estratégica de la calidad en los Servicios Sanitarios. Jaime Varo. Diaz de Santos.1994.

Capítulo 6

Gestión Clínica. Economía de la salud

Autor:

Indalecio Corugedo de las Cuevas

Indalecio Corugedo de las Cuevas *es Catedrático del Departamento de Fundamentos del Análisis Económico I de la Universidad Complutense de Madrid. MSc in Economics (London School of Economics). Profesor invitado por las universidades: LSE y Leeds (UK); Pau, Dijon y Lille (Fr); Bayreuth (D) Boston (US). Profesor de Economía de la Salud del Máster de Administración y Dirección de Servicios Sanitarios, Fundación Gaspar Casal y Universidad Pompeu Fabra.*

1. INTRODUCCIÓN A LA ECONOMÍA DE LA SALUD. FUNDAMENTOS

Una simple aplicación del sentido común nos indica que, si en un momento determinado disponemos de una serie de recursos y se trata de cubrir una serie de necesidades, deberemos encontrar el procedimiento más adecuado para satisfacer con los recursos disponibles el mayor número posible de aquellas necesidades. La escasez supone el problema económico principal y deberemos de encontrar un mecanismo de asignación de los recursos escasos tal que sea óptimo. Ese es el objetivo principal del análisis económico.

Supongamos el caso de un hospital. Existen una serie de recursos disponibles, unos materiales y otros humanos. El análisis económico tratará de encontrar una asignación óptima de los recursos para ofrecer el mayor número posible de servicios y satisfacer así un mayor número de necesidades sanitarias.

Existen mecanismos alternativos para obtener una óptima asignación de los recursos escasos. Diríamos, en un principio, que existen dos posibilidades claramente antagónicas: El mercado, definido como un mecanismo que supone una descentralización total de decisiones tal que el sistema de precios se obtiene por las decisiones libres de oferentes y demandantes, y el plan, que supone la existencia de un organismo que toma todas la decisiones sobre precios y cantidades de una manera totalmente centralizada. Entre el mercado y el plan existirán toda una serie de combinaciones intermedias.

En este capítulo dedicado a la Economía de la Salud se tratará de estudiar cómo se realizaría una asignación óptima de recursos sanitarios a través del mercado. Es decir, se trataría de hacer un estudio de la demanda y la oferta de atención sanitaria en una economía privada de mercado. El análisis del equilibrio del mercado permitirá la determinación de un sistema de precios que permita una óptima asignación de los recursos sanitarios. Sin embargo para hablar de un mercado capaz de realizar tal asignación se requieren una serie de requisitos que no se cumplen en numerosas ocasiones. Por ello, tras el estudio de la oferta y la demanda de recursos sanitarios pasaremos a ver la existencia de los fallos que pueden existir en un mercado, indicando las soluciones que se pueden adoptar para corregir tales irregularidades. A ello se dedicará la parte titulada mercados imperfectos y fallos en el mercado.

Finalmente todo ello tendrá una serie de aplicaciones prácticas, que englobaremos bajo el epígrafe de la evaluación económica, que supondrá el establecimiento de unos mecanismos de priorización en las tomas de decisiones sobre la inversión sanitaria. El planteamiento anterior se incluye en lo que llamaríamos Análisis Microeconómico de la Salud.

Antes de comenzar con un breve resumen del análisis al que nos hemos referido anteriormente, es de destacar que existen aquí dos bienes, llamados *Salud* y *Atención Sanitaria.* Cuando se habla de la Atención Sanitaria nos estamos refiriendo al conjunto de bienes y servicios generados en las unidades hospitalarias, hospitales y centros de atención primaria, que son consumidos por los pacientes de una determinada enfermedad para mejorar su estado de salud. La Atención Sanitaria, desde el punto de vista económico, es

un flujo que se genera a lo largo de un período de tiempo. La Salud, por el contrario, forma parte del capital humano de un individuo. La salud se deteriora mediante las enfermedades y se recupera mediante la atención sanitaria. Esta diferenciación entre salud y atención sanitaria es fundamental para una comprensión básica de los epígrafes siguientes.

2. LA DEMANDA DE LA SALUD Y LA ATENCIÓN SANITARIA

Comenzaremos por el análisis de la demanda de atención sanitaria. Supongamos que un paciente se plantea el tratamiento de una enfermedad renal mediante la diálisis hospitalaria. Se trata de estudiar aquí la disponibilidad a pagar por ese paciente por el tratamiento, teniendo en cuenta que existen otras alternativas, como la diálisis domiciliaria, el trasplante o simplemente no hacer nada. El precio de la diálisis tratará de acercarse a la disponibilidad a pagar por los pacientes. El precio será entonces una variable fundamental en la decisión del paciente de someterse a la diálisis. Otras variables relevantes serán la renta del individuo, sus preferencias de una diálisis hospitalaria frente a las otras alternativas y los precios de tales alternativas.

Si tratamos de expresar matemáticamente lo anterior una demanda de diálisis hospitalaria vendría dada por la función:

$$D = f\,(P_D, R, G, P_A) \qquad (1)$$

En donde D, la demanda de servicios de diálisis, puede venir medida por el número de visitas al hospital y P_D sería el precio de los servicios, pues en un principio se supone que se trata de una sanidad privada. Este precio, si el mercado fuese perfecto, se acercaría a los valores de la disponibilidad a pagar por el paciente, la cual ha de reflejar el auténtico coste de oportunidad de acudir al hospital. Una variación en los costes del transporte al hospital o del tiempo empleado en la diálisis alteraría la disponibilidad a pagar por el servicio de diálisis por parte de los pacientes y, como consecuencia de ello, de la demanda de los servicios de diálisis. Entonces P_D = costes directos de la diálisis (precio de mercado) + coste de oportunidad o costes indirectos (tiempo, transportes, etc). La relación entre las variables D y P_D es, por lo tanto, inversa. Un aumento de los precios disminuye la cantidad demandada de servicios de diálisis hospitalaria.

Todo lo anterior conduce a definir generalmente curvas de demanda decrecientes entre precios y cantidades demandadas de una cierta atención sanitaria. Estas curvas son inestables ante variaciones en la renta de los individuos *(R)*, en las preferencias por los servicios alternativos *(G)* y los precios de tales servicios *(P_A)*. La curva de demanda de los servicios de diálisis hospitalaria se desplazaría hacia la derecha si existe un aumento de las rentas individuales, mejoran las preferencias hacia este tipo de diálisis o aumentan los precios de los servicios de diálisis domiciliaria, sustitutos en la demanda de diálisis. Una variación en sentido contrario de los elementos anteriores determinaría un desplazamiento hacia la izquierda de la curva de demanda de los servicios de diálisis hospitalaria.

Es de una gran utilidad la estimación de curvas de demanda de servicios de atención sanitaria. Todo lo anterior es igualmente válido para la demanda de medicamentos. Existiría igualmente una relación inversa entre las variaciones de los precios de los medicamentos y las cantidades demandadas de éstos. Las variaciones en los precios de medicamentos sustitutivos del que se está considerando, variaciones en las preferencias y variaciones en el precio del medicamento en estudio determinan las modificaciones en las cantidades demandadas en términos análogos al caso general de la demanda de atención sanitaria. En el caso de la demanda de medicamentos es importante analizar quién es el agente que está decidiendo sobre el consumo. En aquellos fármacos que no necesitan receta las decisiones sobre la demanda las realiza el propio paciente, cosa que no ocurre con aquellos otros fármacos dispensados con receta. En este caso es el médico el agente que realiza la demanda a través de la receta farmacéutica. Si la marca de un fármaco tiene un genérico con el mismo principio activo, el médico tiene la obligación económica de recetar el genérico, que se supone conserva la efectividad y es más barato. En este caso en la fórmula *(1)* se daría una disminución en P_A que determinaría una disminución en el consumo de la marca *(D).*

Tanto para el caso de la demanda de atención sanitaria como para el caso de la demanda de medicamentos sería muy importante determinar la sensibilidad de la variación de la demanda con respecto a la variación de su propio precio. Es lo que se define por *elasticidad de la demanda* y viene representado matemáticamente por

$$\varepsilon = \partial D/\partial P_D \times P_D/D \qquad (2)$$

La expresión anterior nos mide las tasas de variación de la demanda de un servicio sanitario (medicamento) ante las tasas de variación del precio de tal servicio (medicamento). Es inmediato inferir aquí que si se calcula la elasticidad de la demanda de una marca de medicamento con una aplicación muy específica a una determinada enfermedad, los valores para la elasticidad son muy pequeños, ya que su curva de demanda de mercado sería prácticamente vertical.

Otra aplicación de gran interés de la teoría de la demanda de atención sanitaria (medicamentos) es el cálculo de las variaciones en el bienestar de los pacientes cuando consumen un cierto servicio sanitario (medicamento). El término económico para estas variaciones en el bienestar es el de *excedente del consumidor*, que se define como la diferencia entre lo que los pacientes estarían dispuestos a pagar y lo que realmente pagan. Supongamos que un laboratorio farmacéutico trata de introducir un nuevo medicamento en el mercado. Se plantean aquí dos cuestiones. ¿Se introduce con el nuevo medicamento una mejora social en el sistema? ¿Cuál es el precio de lanzamiento económicamente eficiente para el medicamento? La respuesta a la primera pregunta viene dada por la determinación del excedente del consumidor derivado de la entrada en el mercado del medicamento. Sólo si este excedente es positivo, la introducción del medicamento en el mercado sería socialmente deseable. El precio del medicamento, en la segunda pregunta, no debe ser mayor que la disponibilidad a pagar por el medicamento por parte del público.

Vemos así que tanto la determinación de elasticidades de demanda como el cálculo de variaciones en el bienestar son dos motivos que ya justifican sobradamente un análisis riguroso de la demanda de atención sanitaria (medicamentos).

La última parte de este epígrafe se refiere a la relación entre salud y atención sanitaria. Hemos señalado ya que la demanda de atención sanitaria (flujo) permite a un paciente mejorar su stock de capital humano en salud. La relación funcional viene dada por la expresión siguiente:

$$H = H\,(D,S,Z) \qquad (3)$$

H = salud; D = atención sanitaria; S = educación; Z = otras variables exógenas que indican hábitos de vida del individuo. La expresión (3) representa el proceso de formación de capital humano de un individuo. El término *capital humano* fue acuñado por primera vez por Th. Schultz (1960) y representa el incremento de productividad que se genera en un individuo cuando se realizan inversiones en sanidad y educación. Una valoración económica de este incremento de capital humano se hace generalmente a través del incremento de los salarios en los individuos que aumentan sus niveles de salud y cultura. Así, los términos *atención sanitaria* y *educación* son equivalentes desde un punto de vista económico, pues ambos incrementan la productividad del individuo. Una aplicación empírica de (3) permitiría explicar un incremento de la salud en términos de un incremento salarial cuando el individuo está realizando una cierta demanda de servicios de atención sanitaria junto a una cierta formación educativa (S). El término dado por la variable Z puede expresar ciertos hábitos del individuo (tabaquismo, alcoholismo, etc.) que igualmente influyen sobre la salud.

3. LA PRODUCCIÓN DE ATENCIÓN SANITARIA

Producir significa combinar adecuadamente una serie de recursos bajo una cierta tecnología con el fin de obtener una serie de bienes y servicios finales aptos para el consumo. El término combinación adecuada es equivalente aquí al de eficiencia. La expresión matemática sería la llamada *función de producción*,

$$D = D(K_F, K_H, L) \qquad (4)$$

En donde D = Flujo de bienes y servicios sanitarios; K_F = capital físico; K_H = capital humano y L = horas de trabajo empleadas por el personal sanitario. Esta función de producción dada por (4) está expresando el *máximo* nivel de producción que se puede obtener dados los factores capital y trabajo disponibles y dada una cierta tecnología. Las situaciones dadas por la función de producción nos están indicando una producción *eficaz* en términos clínicos y eficiente en términos tecnológicos, es decir no existe derroche físico alguno de los factores.

Una vez definido un proceso productivo es necesario establecer la unidad de producción en la que se realiza. El hospital es en un principio la unidad de producción sanitaria. Sin embargo hay que matizar una serie de cosas. Un hospital se estructura en una serie de unidades clínicas con una configuración económica muy diferente. El funcionamiento de la unidad de dermatología es muy diferente, por ejemplo, al de la unidad de cardiovascular. Para un trabajo empírico habría que definir entonces como unidad de producción económica una de estas unidades sanitarias. Si queremos estimar funciones de producción hospitalarias tendremos que considerar muestras relativas a unidades clínicas de diferentes hospitales de características semejantes.

Los hospitales pueden ser públicos o privados. Los primeros funcionan con recursos públicos o son gestionados por el Estado o las Comunidades Autónomas. Su objetivo económico es la maximización del bienestar social. Los centros privados, por el contrario, tienen como objetivo la maximización del beneficio privado. Dentro del sistema hospitalario público hay que distinguir la atención primaria y la atención especializada. La primera supone el primer contacto que tiene el paciente con el sistema. El caso puede finalizar al nivel de este tipo de atención o ser trasladado para su tratamiento al hospital. En España existe en estos últimos años una notable controversia sobre el papel que está desempeñando la atención primaria en el sistema.

Por último cabe definir igualmente una consulta privada como unidad de decisión empresarial. Aquí hay que destacar las dos actividades que puede tener un médico en el proceso productivo sanitario. El médico puede ser un factor productivo en un hospital (centro de salud) o puede ser un pequeño empresario, como ocurre en el caso de un odontólogo que trabaja con su propia consulta privada. La teoría general de la empresa puede ser aplicada aquí al caso de hospitales y consultas privadas. A diario se observan procesos de fusión empresarial en economías que buscan la reducción de costes. Las ventajas de la fusión empresarial han sido aplicadas desde el sector aeronáutico (fusiones de compañías aéreas) al sector bancario (fusiones de Cajas de Ahorro). En el sector sanitario podemos observar también la tendencia a la fusión de consultas odontológicas privadas en pequeños centros médicos. En todos estos casos el término económico que define estos procesos de reducción de costes por fusión empresarial es el de *aprovechamiento de las economías de escala.*

Una vez definido el término *función de producción* pasamos ahora a establecer la diferencia que existe en economía entre el *corto plazo* y el *largo plazo.* Una planificación en el corto plazo supone la consideración de un período de tiempo en el cual existen factores o recursos que no son adaptables, a no ser que se incurra en unos costes extraordinarios muy elevados. Por ello, en el corto plazo existirán factores fijos de capital (K_F y K_H) y factores variables de trabajo (L). A corto plazo no es posible realizar la ampliación de un hospital o la construcción de otros nuevos. Un proceso gripal estacional determina la necesidad de contratación de personal sanitario temporal, pero no suscita la necesidad de ampliar la dotación hospitalaria ya existente. La expresión matemática de una función de producción a corto plazo sería del tipo

$$D = D(L) \qquad (5)$$

Definida para un capital dado. Una especificación a corto plazo de la producción hospitalaria permite calcular las productividades media o unitaria (D/L) y marginal ($\partial D/\partial L$) del personal laboral sanitario. La pri-

mera nos identifica la productividad de cada trabajador y la segunda la productividad de una hora de trabajo o de un trabajador adicional, según se mida L en horas de trabajo o en número de trabajadores.

En el largo plazo todos los factores productivos son variables y se nos presentan dos tipos de análisis, llamados de *sustitución* o de *escala.* El primero define las posibilidades técnicas de sustitución que existen entre factores y viene recogido por el término *Relación Marginal de Sustitución Técnica (RMST)*

$$RMST = \partial D/\partial L/\partial D/\partial K \qquad (6)$$

Que nos indica el valor tecnológico de un factor en términos de unidades del otro. Si una unidad hospitalaria se informatiza totalmente estaríamos hablando del valor del personal administrativo ahorrado por cada inversión informática.

El análisis de *escala* a largo plazo establece el grado de incremento en la producción de bienes y/o servicios hospitalarios cuando se incrementan los factores en una cierta proporción. Se definen así tres tipos de expansión o de crecimiento en el proceso productivo. Los rendimientos a escala *crecientes, decrecientes* y *constantes*, según que las tasas de crecimiento del output sea mayor, menor o igual que la de los factores.

Si la eficacia o la eficiencia técnica de un proceso productivo está dada por la función de producción, la eficiencia económica viene dada por los costes, que se exigirá que sean mínimos. Existe en todo proceso productivo una diferenciación de los costes en tres grupos diferentes.

- Directos.
- Indirectos.
- Intangibles.

Los *costes directos* están reflejados por los desembolsos monetarios que se realizan en un proceso productivo. Se miden directamente en unidades monetarias (€). Los *costes indirectos* se refieren al coste de oportunidad de la elección que se está evaluando. Generalmente se refieren al tiempo que se está empleando en la actividad productiva. En sanidad existen muchos procesos para los que los costes indirectos totales superan claramente a los costes directos. Finalmente en los procesos sanitarios últimamente se están valorando los efectos del dolor y el sufrimiento en términos de *costes de intangibles.* La suma de los tres tipos de costes se conoce generalmente como el *coste generalizado.* Atendiendo al carácter público o privado de la actividad se diferencian los costes privados y los costes sociales. Los primeros recaen únicamente en el individuo que realiza la actividad, mientras los segundos los soporta la sociedad en su conjunto, es decir los costes sociales incluyen también las *externalidades.*

Una expresión matemática de los costes sería

$$C = P_L L + P_K K \qquad (7)$$

Siendo P_L y P_K los precios del capital y el trabajo.

Pero si hallamos las inversas de las funciones de producción del K y el L.

$K = K^{-1}(D)$; $L = L^{-1}(D)$ tenemos definida una función de costes

$$C = C\,(D) \qquad (8)$$

Que representa una función de costes mínimos en que se incurre para producir cada una de las unidades del bien o servicio (D). A partir de (8) se pueden definir igualmente los costes medios o unitarios y los

costes marginales, que suponen el incremento del coste derivado de la producción de una unidad adicional del bien o servicio.

Las curvas de costes más interesantes desde el punto de vista empírico son las de costes medios a largo plazo, que suelen presentar una forma de U. La zona decreciente, llamada de *economías de escala*, nos indica que generalmente a medida que vamos aumentando la escala de la producción los costes unitarios decrecen hasta un mínimo, en donde se considera que hemos alcanzado la *planta óptima.* Un ejemplo sería la elaboración de curvas de costes que reflejen actividades en hospitales. Supongamos que el output D estuviera reflejado por el número mensual de menisceptomías que se realizan en la unidad de traumatología de una muestra de hospitales. Si estimamos una función de costes y hallamos su mínimo, éste nos indicaría el número eficiente de intervenciones a realizar durante un mes. Sería un resultado muy interesante para buscar criterios de eficiencia en la utilización de cierto tipo de quirófanos. La zona creciente de las curvas de costes medios, por el contrario, nos indican que, después del óptimo si tratamos de aumentar la escala de producción pueden surgir ineficiencias de tipo administrativo que nos disparen los costes.

4. MERCADOS COMPETITIVOS. ¿SON POSIBLES EN SANIDAD? MERCADOS NO COMPETITIVOS Y OTROS FALLOS

Cuando hablamos del mecanismo de mercado en la asignación óptima de recursos escasos estamos pensando en un mercado perfecto, al que se le exigen una serie de características:

1. Está formado por empresas precio-aceptantes. Esto significa que cada empresa del mercado no puede influir sobre el precio, dado su pequeño peso en el conjunto. Se dice también que el mercado está atomizado.
2. No hay barreras a la entrada ni a la salida de empresas en el mercado. Hay total libertad para el establecimiento de nuevas empresas.
3. El producto que se intercambia en el mercado es homogéneo, todas las empresas son iguales.
4. La información es completa para todos los oferentes y demandantes del mercado.

Existen muy pocos mercados reales que cumplan con estas características y, en el área sanitaria se puede afirmar que no es posible la existencia de mercados perfectos, dadas las características de los agentes y los productos que se intercambian.

Se dice que un mercado perfecto garantiza la existencia de *precios-sombra,* que serían los que estarían determinados por unos oferentes y unos demandantes actuando en un contexto con las características señaladas anteriormente. Los precios-sombra o precios óptimos del mercado han de reflejar la disponibilidad a pagar por parte de los pacientes y los costes de la producción de bienes y servicios productivos.

El mercado de medicamentos genéricos se acercaría a la idea expuesta aquí de un mercado competitivo, siendo los precios-sombra los *precios de referencia* de estos genéricos.

Los mercados sanitarios se caracterizan por ser no competitivos, pues existen *fallos* en las cuatro características exigidas a los mercados perfectos. Vamos a señalar aquí los principales fallos que se producen en los mercados sanitarios. Todo ello puede interpretarse como una justificación microeconómica de la intervención del Sector Público en el sector sanitario.

4.1. Monopolios

Los hospitales y los centros de salud son unidades de decisión con importantes costes fijos, por lo que es impensable la consideración aquí de empresas precio-aceptantes. El mercado farmacéutico in-

curre en elevados costes en la producción de los diferentes productos. Existe una inversión en I+D muy importante que tiene que ser protegida en el lanzamiento del medicamento al mercado. Esto significa la aparición en el mercado de barreras a la entrada de nuevos competidores para que no se puedan aprovechar de las investigaciones ya realizadas. Esta es la justificación de las *patentes*, que permiten la exclusividad en la venta de un fármaco o principio activo en el mercado. Una patente tiene un período de vigor tras el cual desaparecen las barreras y se permite la entrada a nuevos competidores, generalmente en forma de medicamentos genéricos. Sin embargo la aparición de un monopolio amparado por una marca resta eficiencia al sistema. El monopolista se apropia de parte del bienestar de los pacientes, existe una disminución de lo que hemos llamado excedente del consumidor. Es por ello por lo que el Estado procura actuar lo antes que pueda frente a los monopolios con el fin de disminuir los precios y aumentar las cantidades consumidas. En un mercado de medicamentos el Estado procura por ello que aumente la producción y el consumo de genéricos. En un mercado como el español es aún muy reducida la utilización de medicamentos genéricos, pues no llega a un 10% del consumo total, mientras que en otros países de la UE se alcanzan porcentajes superiores al 20%. Este hecho incide en el caso español en una proporción comparativamente muy elevada del gasto farmacéutico respecto del gasto sanitario total (22.05%).

Es en el mercado de medicamentos donde en España funciona un sistema de copago. Está demostrado que la introducción de un copago en otros sectores no tiene unas ventajas claras, ni de tipo recaudatorio ni sobre la actuación sobre la demanda, debido generalmente a las bajas elasticidades de ésta, pero sí que puede ser interesante para la consideración de otras ineficiencias de los mercados que veremos más adelante.

4.2. Externalidades y Bienes Públicos

Un segundo motivo por el cual es difícil encontrar mercados competitivos en el sector sanitario es la existencia de *externalidades* en la producción y el consumo de atención sanitaria. Supongamos que se invierte en una campaña de vacunación antigripal. Existen unos beneficios privados que genera la vacunación, pues disminuye la probabilidad de enfermedad en el paciente y se evitan los costes de la enfermedad. Todo ello contribuye a un aumento de los días laborales del paciente, mejora la productividad individual y, como consecuencia de ello, mejora la productividad social. Es difícil que las externalidades en estos casos estén reflejadas por los precios. Un individuo estará dispuesto a pagar por un fármaco que no le afecta un precio menor que el deseable en términos sociales. Aquí tenemos otro fundamento microeconómico a favor de la intervención del Sector Público.

Tanto en la producción como en el consumo existen externalidades positivas y negativas. El tabaquismo supone una externalidad negativa, pues el consumo de tabaco por parte de un individuo puede afectar a la salud de aquellos individuos que le rodean. Aquí de nuevo existe un argumento para la intervención del sector público mediante campañas antitabaquismo. Se trata nuevamente de reducir o evitar unas externalidades en el consumo.

Se definen así en economía dos tipos de bienes, los privados y los públicos. El consumo de un bien privado supone el funcionamiento rígido de un principio de exclusión, el consumo del bien por un individuo excluye a los demás. Solamente el consumidor del bien se beneficia de ello. No existe principio de exclusión para los bienes públicos. Por ello la Defensa Nacional es un claro ejemplo de un bien público. La educación y la sanidad son considerados por los economistas como bienes semipúblicos, ya que su producción y consumo generan una serie de externalidades. El volumen de externalidades es igualmente una referencia económica para la financiación. Un bien que genera un alto porcentaje de beneficios sociales justifica una alta financiación de tipo público. Las intervenciones de cirugía estética no implican unos beneficios de tipo social, por lo que en términos de eficiencia deben ser financiadas con fondos privados. Un tratamiento antiviral para combatir el VIH debe ser financiado con fondos públicos.

4.3. Información asimétrica

Un tercer tipo de fallos que genera un mercado competitivo es el que surge como consecuencia de la información incompleta en el mercado. La falta de información entre los agentes del mercado normalmente no es simétrica. Los oferentes disponen de una información más completa que los demandantes sobre las características de los bienes que se intercambian en el mercado. La característica oculta más relevante en nuestro caso es el estado de salud. Esta asimetría en la información se da principalmente entre médicos y pacientes. Un médico, cuando es visitado por un paciente, tiene en un principio una información muy incompleta sobre su estado de salud. Para mejorar esa información se han de introducir mecanismos de *señalización (signalling y screening).* Un tratamiento de una enfermedad tiene entonces aquí dos etapas: En la primera se trata de hacer un *screening* al paciente que suponga una detección lo más precoz posible de la enfermedad. La instrumentación para la obtención de la información puede consistir en una cierta analítica, en pruebas radiológicas generales o en pruebas más específicas dependiendo de la enfermedad que se trata de detectar. Una vez diagnosticada la enfermedad se pasa a su tratamiento, que sería la segunda etapa. Desde un punto de vista económico de la teoría de la información, la primera etapa utilizaría la metodología de actuación de los mecanismos de señalización y la segunda etapa consistiría en un análisis de un proceso de inversión en capital humano.

La carencia de un cierto proceso de señalización supone la aparición de numerosos procesos de ineficiencia en el mercado debidos a un tratamiento "igualitario" a los individuos. Una cosa es respetar los principios de equidad económica y otra la consideración de que todos los individuos tienen una idéntica necesidad de atención sanitaria. Las urgencias hospitalarias son gratuitas y a ellas acuden pacientes con necesidades muy diferentes en la atención sanitaria requerida. Si no se establecen unos mecanismos previos de selección, las urgencias hospitalarias se saturan con individuos que no necesitan ese tipo de atención. En economía, este tipo de sobreutilización de unos servicios gratuitos se conoce como ineficiencia del mercado derivada de procesos de *moral hazard.* Una forma de evitar tales ineficiencias consistiría en que la Atención Primaria suponga un auténtico filtro en los pacientes que acuden al sistema sanitario. Es necesario, en términos de eficiencia, que unos buenos mecanismos de screening funcionen en la Atención Primaria. Otra alternativa, si bien más dudosa en cuanto a su efectividad, sería la introducción de un cierto esquema de *copago* aplicable a ciertos servicios hospitalarios.

5. INTRODUCCIÓN A LOS ANÁLISIS DE EVALUACIÓN ECONÓMICA: ACE, ACU Y ACB

En los epígrafes anteriores se ha sintetizado en breves líneas en qué consiste el análisis económico aplicado al sector sanitario. Se han analizado primero la demanda y la oferta de atención sanitaria (medicamentos) en términos de la búsqueda de unos criterios de asignación eficiente u óptima de los recursos sanitarios. A continuación se ha pasado a exponer los requisitos que se exigen a un mercado para que pueda constituir un mecanismo capaz de realizar tal asignación. Hemos concluido que la idea de un mercado perfecto no es compatible con los procesos de asignación en el sector sanitario y que, por lo tanto, es justificable en términos de eficiencia la intervención pública. En este epígrafe y utilizando la teoría de la demanda como explicativa de la generación de los beneficios y la teoría de la oferta como explicativa de la generación de los costes, vamos a pasar a explicar los principios de la evaluación económica, en términos de una correcta evaluación de los costes y los beneficios, entendiendo por correctas aquellas soluciones que proporcionen unos beneficios máximos, bien en términos privados (empresas privadas) o sociales (atención primaria y hospitalaria de carácter público). Lo que se ha denominado en el área económica de evaluación de proyectos *Análisis Coste-Beneficio* tiene igualmente su aplicación al sector sanitario en la búsqueda de una *priorización* entre las alternativas factibles para la elección de aquellas que aporten un mayor grado de eficiencia al sistema.

El llamado Análisis Coste-Beneficio es el instrumento de evaluación que supone un mayor grado de rigurosidad económica en la determinación de los costes y los beneficios, pues ambos vienen medidos en tér-

minos monetarios. Tradicionalmente y desde que en el sector sanitario se ha visto la necesidad de introducir, paralelamente a las evaluaciones clínicas en términos de eficacia, una evaluación económica en términos de eficiencia, se ha admitido perfectamente la valoración de los costes en unidades monetarias. No ha ocurrido lo mismo con los beneficios. Ha parecido en muchas ocasiones irrespetuoso el hecho de que la salud pudiese venir medida igualmente por unidades de dinero, de manera que los diferentes análisis de evaluación utilizados en estos últimos treinta años han preferido huir de la precisión económica y utilizar para los beneficios unas unidades más cercanas al mundo sanitario, tales como los *años de vida ganados* y la *morbilidad evitada* o bien las anteriores con un cierto grado de sofisticación como los *QALY (AVAC)* que resultan de una ponderación de los años de vida ganados por la calidad de vida a disfrutar durante esos años.

De este modo vamos a comenzar este breve análisis sobre métodos alternativos para la evaluación económica por el *Análisis Coste-Efectividad (ACE)* y el *Análisis Coste-Utilidad (ACU),* que suponen unas exigencias de rigurosidad económica inferiores al *Análisis Coste-Beneficio*, que es el que analizaremos en último lugar. Cada metodología será ilustrada mediante algunos casos prácticos.

5.1. Análisis coste-efectividad (ACE)

Evalúa una inversión sanitaria (medicamento) midiendo los costes en unidades monetarias y valorando los beneficios por los años de vida ganados por el individuo sometido a la tecnología, intervención clínica o medicamento que se trata de valorar. Es un método de evaluación poco riguroso, pues el output no viene reflejado por una variable económica. Sin embargo podemos decir que el análisis coste-efectividad supone el método de evaluación más utilizado en los últimos treinta años. Otra forma de evaluar los beneficios se basa en la morbilidad evitada por la aplicación de la tecnología o el tratamiento que se está analizando.

Un ejemplo muy relevante en la literatura española de estos últimos años es el trabajo de Antoñanzas y Portillo (2003), en el que se hace un ACE del empleo de terapias farmacológicas para la cesación en el hábito tabáquico. Se trata de evaluar el tratamiento con *Bupropion* frente a terapias alternativas, como los parches y los chicles de nicotina. El modelo estadístico hace un seguimiento de los pacientes a lo largo de 20 años. Las enfermedades que el modelo supone asociadas al tabaquismo son: cáncer de tráquea, bronquios y pulmón, enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular, EPOC, asma y bajo peso al nacer, para las que hay evidencia de una relación directa entre su aparición y el hábito de fumar. A los costes se les aplica una tasa de descuento del 4.25%.

Los resultados, en términos de costes mínimos por unidad de efectividad son los siguientes:

- Bupropión: C/E = 70.939 € por muerte evitada y 90.362 € por año de vida ganado si el horizonte es de 5 años y C/E = 28.166 € y 3.265 € respectivamente en un horizonte de 20 años.
- Parches de nicotina: C/E = 171.834 € por muerte evitada y 90.362 € por año de vida ganado en un horizonte de 5 años.
- Chicles de nicotina: C/E = 513.004 € por muerte evitada y 269.772 € por año de vida ganado en un horizonte de 5 años.

Los resultados anteriores son claramente favorables al tratamiento con Bupropion.

Además de las objeciones de rigurosidad económica del output ya señaladas existe aquí el problema de establecer algún umbral de efectividad. Para el caso de España Juan Oliva y Juan del Llano plantean unos umbrales admisibles de efectividad en términos del cociente C/AVG.

- Consideran que C/AVG ≤ 30.000 € es eficiente.
- 30.000 €≤ C/AVG≤ 120.000 € es admisible.
- C/AVG > 120.000 € no es recomendable.

5.2. Análisis coste-utilidad (ACU)

En este tipo de análisis de utiliza el *QALY (AVAC)* como medida de resultados. Se trata del número de años de vida ganados por un individuo sometido a un tratamiento ponderado por un índice de calidad de vida, que registra el estado de salud del individuo. Generalmente este índice se obtiene mediante el cuestionario *Euroqol-5D*, que está avalado ya universalmente. Aunque este análisis es considerado más riguroso que el coste-efectividad por incorporar medidas de calidad de vida del paciente no supone, igual que el anterior, la incorporación en los resultados una valoración económica en términos de escasez.

Por ello existe una cierta literatura que ha tratado de dar al AVAC un contenido económico. En algunos modelos se considera al AVAC como una medida de utilidad. De esta forma podría ser incorporado en una formalización rigurosa de la teoría del consumo, en términos de un programa de optimización con una función de utilidad de tipo cardinal. En otros casos se ha intentado buscar el valor monetario de un AVAC para que los beneficios pudieran ser expresados ya directamente en términos monetarios. La vía de monetarización más utilizada para los AVAC es estableciendo equivalencias con la disponibilidad a pagar (DAP).

La obtención de los años de calidad de vida en términos de AVAC es muy sencilla. Supongamos dos tipos de intervenciones, A y B, que suponen una respectiva ganancia en años de 3 y 2. Los respectivos índices de calidad de vida Euroqol son 0.6 y 0.75.

- Intervención A: 3 años a 0.6 = 1.8 AVAC.
- Intervención B: 2 años a 0.75 = 0.3 AVAC.

Del mismo modo que ocurre en el ACE existen unos límites de validez del Δ C/AVAC, que para el NICE (UK) son 30.000 libras esterlinas y para US 50.000 $.

5.3. Análisis coste-beneficio (ACB)

Se trata del más riguroso método de evaluación de los beneficios. Según la hipótesis y metodología adoptadas para el cálculo de los beneficios vamos a distinguir dos vías alternativas.

Hipótesis del capital humano

Suponemos que la tecnología sanitaria o el tratamiento farmacológico que vamos a evaluar supondrá una mejora del estado de salud del paciente. Aumentan por lo tanto el capital humano del paciente y su productividad. Todo ello se reflejará en un incremento de los salarios esperados. Por ello, para determinar si la inversión en salud es rentable se ha de operar con dos tipos de individuos, que constituirán respectivamente el grupo de estudio y el de control. Los primeros recibirán el tratamiento médico y los segundos no. Las diferencias de salarios, debidamente actualizadas, de los individuos de ambos grupos, nos darán una valoración de los beneficios netos del proyecto.

Este ha sido el método que tradicionalmente se ha utilizado en la evaluación de proyectos en diferentes áreas económicas. Los resultados del ACB vienen reflejados por el Valor Actual Neto (VAN) o las Tasas de Rendimiento Interno (TIR). Esta metodología permite reflejar con total claridad la existencia de externalidades en los tratamientos, pues se definen unas TIR sociales cuando los costes y beneficios son de tipo social y unas TIR privadas cuando todas las medidas se hacen en términos privados. Sin embargo han existido siempre bastantes reticencias para la aplicación de la hipótesis del capital humano en sanidad. La razón posiblemente proceda de la obtención mediante este método de resultados en un principio poco aceptables desde un punto de vista moral. Si comparamos las TIR, tanto privadas como sociales, de un

mismo tratamiento aplicado a pacientes de edades diferentes, los resultados son favorables a su aplicación a los individuos más jóvenes, pues las TIR son más altas en aquellos con un horizonte temporal más largo.

Hipótesis welfarista

Según esta hipótesis, la más utilizada en la evaluación sanitaria, una nueva tecnología o un nuevo tratamiento farmacológico mejora el bienestar de los individuos. Aquí la mejora de la salud se traduce en la mejora del bienestar, que puede venir reflejado de dos formas alternativas, según se lleve a cabo el cálculo de los beneficios netos.

El método que se ha venido utilizando para el cálculo de los beneficios en el ACB ha sido el de la *valoración contingente.* Se ha utilizado ampliamente en la evaluación sanitaria porque ha dado muy buenos resultados en la evaluación en el área de los recursos naturales, en donde se manejan una serie de variables semejantes desde el punto de vista económico a las manejadas aquí.

Este método calcula los beneficios del proyecto utilizando una serie de cuestionarios de preguntas sobre la *disponibilidad a pagar* por parte del público hacia el tratamiento que se pretende evaluar. El principal inconveniente que tiene este método de evaluación se centra en los numerosos sesgos que inevitablemente se introducen en las respuestas sobre la DAP. No obstante existen numerosos trabajos de evaluación ACB según el método de la valoración contingente que ofrecen resultados muy interesantes.

Nos vamos a referir aquí a uno de los más relevantes: ACB del diseño de habitaciones individuales (vs. dobles) en la construcción de un nuevo hospital en Vancouver (Canadá, 2007).

Se hace primero una exposición cualitativa de los costes:

- Costes de un mayor espacio.
- Costes de construcción.
- Costes de mantenimiento.
- Costes del personal en planta.
- Costes del servicio de médicos y enfermeras.

A continuación otra exposición cualitativa de los beneficios (DAP):

- Satisfacción de pacientes por privacidad.
- Posibilidad de un mayor descanso.
- Posibilidad de unos mayores cuidados individuales.
- Reducción de contagios de infecciones.
- Reducción de errores médicos.
- Posibilidad de compañía por familiares y amigos.
- Carencia de una ayuda del compañero de habitación (–).
- Reducción de las listas de espera por reducción del tiempo de permanencia de los pacientes.
- Reducción de los cambios de habitación.

Se pasa luego a calcular todos los costes y beneficios anteriores bajo los supuestos de un período de vida del hospital de 50 años y una tasa de descuento del 3.5%. Los precios se expresan en $ canadienses del año 2005.

Costes de espacio	9.786
Costes de construcción	61.090
Costes de mantenimiento	14.329

Costes enfermería	85.522
Costes médicos	3.589
COSTES TOTALES	227.857
DAP por los pacientes	291.769
Reducción de traslados	5.858
Reducción tiempo listas de espera	938
TOTAL BENEFICIOS	298.565
BENEFICIOS SOCIALES NETOS	70.708

Los resultados de este trabajo son favorables a la construcción de nuevos hospitales en donde predominen las habitaciones individuales.

Vamos a presentar aquí a continuación un método alternativo que utiliza una variable de mercado, el salario, como elemento básico para la valoración de los beneficios. El modelo ha sido presentado por Corugedo, Antón, Hidalgo y Martín (2008) y se asienta en el supuesto principal de que una enfermedad actúa sobre la renta disponible de los individuos en términos equivalentes a un impuesto personal sobre la renta. Si un individuo sano percibe un cierto salario *W*, la enfermedad le resta capacidad adquisitiva y disminuye su bienestar, de forma que el nuevo *salario ajustado por la calidad de vida* sería *W (1-t).* El paciente seguirá cobrando un salario *W* en el mercado, pero ahora su bienestar se ha devaluado en *Wt.* Esto es lo que puede ocurrir a un individuo que padece migraña. No tiene que existir absentismo laboral, pero el individuo ha perdido productividad. Esta pérdida no supone bajo esta hipótesis una disminución del capital humano, se trata de una disminución del bienestar en términos de una disminución de la *variación compensatoria de renta o excedente del consumidor.* El índice *t* tiene aquí el carácter de un tipo impositivo proporcional sobre la renta y puede ser reflejado por un índice $t = 1 - i$ siendo *i* un índice del coste de la vida (Euroqol-5D).

Todas estas mediciones se hacen sobre una oferta agregada compensada de trabajo S_L aplicada a la economía en la que se hace la evaluación.

$$S_L = f(W) \quad S'_L > 0$$

Supongamos que se trata de evaluar los beneficios netos derivados de la aplicación de una tecnología de recuperación traumatológica llamada *cifoplastia con balón.* Se trata de una cirugía poco invasiva aplicada a pacientes que sufren fracturas de columna derivadas generalmente de procesos osteoporóticos. La cifoplastia supone la introducción de cemento óseo en los espacios intervertebrales de modo que el paciente recupera su altura original, lo que supone una rápida mejora de su nivel de bienestar.

La evaluación según el método *SAVAC (salarios ajustados por la calidad de vida)* tiene dos etapas. En la primera se trata de determinar mediante un índice Euroqol 5D las variaciones del estado de salud antes y después de la intervención. En la segunda etapa el modelo transforma luego estas variaciones en unidades monetarias, calculando las variaciones del bienestar en términos de variaciones equivalentes de renta.

Los resultados del modelo aplicado al caso español ofrecen las variaciones de bienestar que se ofrecen a continuación. El grupo de control está representado aquí por pacientes con la misma patología no sometidos a la cifoplastia con balón y tratados por una terapia tradicional.

	CIFO	CONTROL
■ 1 mes	2.665,19 €	1.268,79 €
■ 3 meses	3.102,33 €	2.353,55 €
■ 6 meses	3.358,45 €	2.445,28 €
■ 12meses	3.311,34 €	2.494,43 €

Se puede observar que con la cifoplastia se obtienen unas notables mejoras en el bienestar de los pacientes que se van amortiguando con el paso del tiempo. Este método ofrece unos resultados semejantes a los obtenidos por el método de valoración contingente (DAP), pero con una robustez teórica y empírica muy superiores y empleándose un tiempo de investigación muy inferior.

REFERENCIAS

Antoñanzas, F y Portillo, M (2003): Evaluación económica del empleo de terapias farmacológicas para la cesación en el hábito tabáquico. *Gaceta Sanitaria.*

Corugedo, I.; Antón, E.; Hidalgo, A. y Martín, M. (2008): Towards a new model of evaluation in Health Economics. *European Journal of Health Economics.*

Hidalgo, A.; Corugedo, I y Del Llano, J. (2005): *Economía de la salud.* Ed. Pirámide.

Sacristán, J.A.; Oliva, J. y Del Llano, J. (2002): ¿Qué es una tecnología eficiente en España?. *Gaceta Sanitaria.*

Schultz, T. (1960): Human Capital. *Journal of Political Economy.*

Capítulo 7

Análisis de decisiones

Autor:

Orfelio Gerardo León

Orfelio Gerardo León *es Catedrático del Departamento de Metodología de Ciencias del Comportamiento de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid.*

1. INTRODUCCIÓN AL ANÁLISIS DE DECISIONES

El médico gestor de una Unidad de Dolor Hospitalaria, además de tener que dar solución técnica al tratamiento de dolor, necesita tomar decisiones que implican profusa información, varios objetivos simultáneos, coordinación entre departamentos, reacción de las personas implicadas… En definitiva tiene que tomar decisiones difíciles y en este sentido se asemeja al gestor de cualquier organización compleja (León, 1998). (Adicionalmente, existen trabajos concretos que aplican el Análisis de Decisión a la gestión hospitalaria, como es el caso de Thornton y Lilford, 1995).

El (AD) Análisis de Decisiones (Von Winterfeldt y Edwards, 1986) es la ciencia que busca combinar de manera eficiente la mejor información disponible para ordenar varias alternativas, según el grado de satisfacción de conjunto de objetivos. El AD se apoya en diferentes disciplina formales, como la valoración multiatributiva (Edwards, y Newman, 1982) o sociales, como el razonamiento y juicio (Hogarth, 1987). Por lo tanto el AD podrá servir de ayuda al decisor cuando el volumen de información o la dificultad de su integración sobrepasen sus capacidades. Así, conocer las limitaciones de la persona implicadas en la toma de decisiones se convierte en la primera tarea del clínico. (Nadie dedica esfuerzo a mejorar algo de lo que no se tiene conciencia de que es mejorable).

Adicionalmente, en la medida en la que el AD lo que hace es incorporar información ponderada de manera lógica para la mejor acción, su lógica es paralela a los procedimientos de la medicina basada en la evidencia; al punto que algunos manuales de MBE incluyen procesos de racionalización en la toma de decisiones (Muir, 1997).

Afortunadamente para nosotros, la inmensa mayoría de las decisiones que tomamos la realizamos de forma automática o casi automática; de no ser así, nuestra vida se vería colapsada por la cantidad de decisiones que tomamos cada día. Desde la ropa que hemos de ponernos, pasando por el menú del mediodía, hasta si decidimos continuar el carril central o nos ponemos a la derecha, o si leemos o no en el último rato del día. Todas nuestras horas están llenas de decisiones. Decimos que las tomamos de forma automática porque para ejecutarlas apenas necesitamos dedicar atención. Nuestra escala de preferencias está clara, o bien tenemos hecho un hábito –siempre conducimos por el carril central– que nos facilita el proceso.

Otras decisiones tienen un carácter bien distinto. ¿Vender la casa actual y comprar un adosado? ¿Contestar a una oferta de trabajo? ¿A quién promover como jefe de servicio? ¿Comprar un nuevo robot para ayudar implantar estimuladores cerebrales? Cuando las preferencias son inseguras o cuando el conocimiento de los elementos importantes contiene incertidumbre, decimos que nos encontramos con decisiones complejas, conflictivas. Será, pues, de éstas últimas de las que se ocupará el AD.

Una decisión conviene analizarla básicamente por las siguientes razones: una, porque deseamos encontrar la alternativa más eficiente; otra, porque la importancia de la situación exige que se tenga que pre-

sentar una pormenorizada justificación; y por último, porque la preocupación que el problema nos genera sea tal que nos esté afectando –empezamos a rendir menos y nos lo llevamos fuera del trabajo–.

Naturalmente, un gestor analiza las decisiones porque desea mejorar la eficacia de su dirección, desea optimizar resultados. Por lo tanto, no tiene por qué esperar a que surja el conflicto, solamente tiene que hacer una rápida evaluación de si merece la pena el esfuerzo del análisis en relación con la importancia del problema.

Si tuviésemos que resumir en una sola palabra qué es lo que aporta el análisis de decisiones, no dudaríamos en decir que es: método. El método, tratando de ponerlo en la forma más resumida posible, consiste en: atacar el problema con la máxima creatividad, estructurarlo de la manera más funcional, valorar todos los elementos de la forma más válida, y por último, maximizar el valor esperado de las alternativas (León, 2001). Este método es que del que se servirá el decisor para superar o mejorar sus capacidades intuitivas.

2. CARACTERÍSTICAS DEL DECISOR HUMANO

Una de los temas de investigación que ocupó a los psicólogos del siglo pasado y principios de éste, fue la delimitación de las capacidades mentales de los seres humanos, siendo las restricciones de la memoria uno de los primeros temas estrellas (Baddeley, 1999). La memoria, en tanto almacén como soporte de toda actividad mental compleja, es uno de los elementos implicados en toda decisión.

De manera resumidísima, podemos decir que existe una faceta de la memoria, llamada de trabajo**,** con una capacidad muy limitada; no podemos mantener simultáneamente más de siete (± 2) elementos en esta memoria (Miller, 1956). Por consiguiente, cuando un problema suponga manejar muchos elementos independientes de información, tendremos que recurrir a procedimientos "externos" –a nuestra mente– que nos ayuden a mantener presentes los datos que hemos de analizar.

Otra de las capacidades implicadas en la toma de decisiones es la percepción**.** Se habla de limitación en la medida en la que en el proceso de percepción imponemos nuestras características a los estímulos. Con esto queremos decir que lo que percibimos resulta filtrado por nuestros intereses, valores, motivaciones… Una forma en que la sabiduría popular ha recogido esto se encuentra en el dicho: "solo vemos lo que queremos ver". Un dato científico al caso es el encontrado por Jerome Bruner, consistente en comprobar que las monedas dibujadas de memoria por niños pobres eran más grandes que las mismas monedas dibujadas por los ricos. Asumiendo que los sistemas perceptivos son similares, la explicación del autor es que en el tamaño estaba filtrado por la importancia que las monedas tenían para ellos.

Por otro lado, cuando adquirimos información, generalmente, procedemos a relacionarla o clasificarla con nuestros conocimientos anteriores. Tendemos a considerar como más probable aquellos fenómenos de los cuales tenemos más información; por ejemplo, se tiende a sobrevalorar como causa de muerte los ataques al corazón o los accidentes de tráfico, mientras se infravaloran causas como el asma o la diabetes (Hogarth, 1987). Las primeras circunstancias tienen más representación en los medios, mientras que las segundas tienen menos.

Siguiendo con las estimaciones intuitivas de la probabilidad de fenómenos cotidianos, en general, tendemos a considerar más probable aquello que conocemos mejor y menos probable lo que conocemos peor. Esto es especialmente crucial cuando en una decisión tenemos información incierta y hemos de considerar su probabilidad. En el ámbito clínico, por ejemplo, esto se traduciría en asignar más probabilidad a un posible diagnóstico si sobre él sabemos más, o hemos estado revisando literatura científica sobre él recientemente.

Supongamos ahora que la información la hemos obtenido de una forma objetiva. A continuación hacemos algún uso de ella (la combinamos, estimamos la probabilidad de pertenencia de un caso, etc.). A este

uso en psicología cognitiva se le denomina procesamiento; y también en esta fase se han observado una serie de sesgos, de los cuales no solemos ser conscientes.

Uno de los sesgos aludidos se produce cuando valoramos la probabilidad de que alguien (que tenemos delante, es decir, información fiable) pertenezca a un grupo, basándonos en su parecido con el estereotipo del grupo; por ejemplo, si la persona que tenemos ante nosotros tiene más de cuarenta y cinco años, viste traje, tiene familia y trabajo fijo, la podemos asociar al estereotipo "persona fiable" y, por lo tanto, la percibiremos como digna de crédito (sus relatos de episodios de dolor son verídicos). Sin embargo puede ser un posible estafador a su compañía prestadora de servicios médicos, en búsqueda de una prolongación de baja o de una declaración de incapacidad permanente.

Además de las características –podríamos decir estructurales– de la mente, existe otra fuente que amenaza el resultado insesgado de nuestras decisiones: las condiciones del entorno. Algunas de estas condiciones que inciden sobre el decisor y sus respuestas son la presión de tiempo, el estrés y la presión social.

La presión de tiempo suele producir conductas inconsistentes, aunque las manifestaciones varían mucho dependiendo de la personalidad del decisor. Por ejemplo, cuando una persona está sometida a un fuerte estrés por presión de tiempo es difícil que asimile información nueva y sus esfuerzos para analizar los problemas tienden a multiplicarse respecto a la normalidad. Otra de las características de las decisiones bajo presión de tiempo es que se sobrevaloran los aspectos negativos y se minimizan los positivos (Maule y Svenson, 1992).

A la presión social es difícil que nadie se sustraiga por completo, sea favorable o desfavorablemente (Janis, 1972). En el entorno de la dirección, las dos situaciones más corrientes son la presión de la autoridad (Milgran, 1963), que tiende a impedir las aportaciones originales de los subordinados por tendencia a la sumisión, y la presión de las mayorías sobre las minorías dentro de los grupos, que tienden a producir falsos consensos (Asch, 1956).

Comenzamos este capítulo aseverando que gran parte de las decisiones las tomamos de manera casi automática porque se basan en hábitos. Lo que es tanto como decir que hemos "aprendido" a tomarlas. Surge aquí, entonces, la siguiente pregunta ¿aprendemos correctamente del resultado de anteriores decisiones?, ¿podemos dejarnos llevar por los sesgos del pensamiento?

Analizando la literatura nos encontramos con que existe un error frecuente en los entrevistadores de selección de personal consistente en valorar su labor exclusivamente sobre los candidatos admitidos. No considerando los solicitantes rechazados olvidamos datos muy importantes. (Se suelen citar los casos de famosos con dificultades escolares –rechazados– como Ramón y Cajal, James Joyce o Einstein).

Otro sesgo que nos impide aprender eficazmente del resultado de nuestras decisiones es la tendencia a atribuir el éxito a nuestras capacidades y los fracasos a la mala fortuna. Con este estilo de atribución causal difícilmente mejoraremos. Un ejemplo cotidiano de lo que estamos diciendo lo podemos encontrar frecuentemente en las declaraciones de los dirigentes políticos, de todo ámbito: si los resultados económicos mejoran, la gestión de su grupo fue acertada, y si se emporan, se debe a circunstancias externas a su responsabilidad, que empujan inexorablemente a la baja.

El estudio sereno de los fallos es una de las mejores maneras de mejorar nuestras capacidades.

3. LAS BUENAS DECISIONES SON CREATIVAS

La creatividad es una de esas características de la conducta humana cuya definición podría ser motivo de amplios debates, por eso, puede ser eficaz comprometernos con una, y seguirla. A partir de este

momento tendremos una referencia común. La definición se debe a Hogarth (1987, p. 187) y dice: "Se habla de creatividad cuando se presentan ideas, 'cosas', o asociaciones, combinadas novedosamente de tal forma que resultan útiles o apropiadas para un fin o problema concreto y/o son estéticamente agradables".

En relación con la toma de decisiones, nos interesa resaltar los aspectos de lo novedoso (= original) y lo apropiado. Que una conducta sea apropiada a un fin no parece que tenga que ser justificado, especialmente en un contexto de gestión hospitalaria. Sin embargo, la originalidad puede ser más difícil de encajar en este entorno. Anticipar escenarios, buscar posibles discrepancias, encontrar criterios para valorar, construir distintas alternativas… son el campo donde se ha de abonar con abundante creatividad para poder obtener buenos resultados.

Uno de los prejuicios que más daño han hecho al uso del pensamiento creativo ha sido circunscribirlo exclusivamente a los grandes creadores del arte o genios de la ciencia. La explicación es sencilla. Si los creativos son ellos y yo no soy como ellos, entonces yo no soy creativo. Este "sofisma" impide que cada uno desarrollemos nuestras capacidades creativas. La creatividad es como la "forma física", todos podemos mejorar, con algo de actividad moderada.

De una forma más concreta, podemos decir que es imprescindible el pensamiento creativo cuando hemos de anticipar los posibles escenarios que se producirían tras tomar una decisión. Pre-ver, –partimos la palabra para enfatizar su semántica– podríamos haber dicho de otra manera. Todos hemos tenido alguna experiencia en la que juzgamos equivocada una decisión, no porque la tomáramos de una forma incorrecta, sino porque no imaginamos que tal cosa podría ocurrir. Una extensa e intensa construcción del panorama que se presentaría como consecuencia de llevar a cabo la decisión es siempre imprescindible.

En muchas ocasiones, el proceso de resolución de un problema desemboca en una etapa en la que las posibles alternativas de acción no vienen dadas y somos nosotros los que hemos de proponer diversos cursos de acción. Uno de los mayores peligros al tomar una decisión es que no contemplemos, en un primer momento, varias alternativas (más allá del "esto sí" o "esto no"). Es una perogrullada decir que una alternativa que no figura en el análisis jamás podrá ser elegida, pero rabiosamente cierto. Es preferible contar con "alternativas de más", que ya quedarán descartadas, si hace falta, en el análisis, a correr el riesgo de no contemplar la posible mejor alternativa.

Esta forma de actuar creativa, que trata de generar el máximo de ideas, se llama también pensamiento divergente. En el otro extremo, cuando tratamos de elegir, mediante análisis y comparación, unas pocas ideas entre varias, decimos que estamos realizando un pensamiento convergente**.** El AD contiene fases de pensamiento divergente (estructuración, generación de alternativas) y fases de pensamiento convergente (valoración, agregación).

Existen diversas técnicas para sistematizar el trabajo creativo en grupo (Isaksen, y Treffinger, 1985). Fundamentalmente, lo que persiguen es marcar/potenciar los ritmos de pensamiento divergente y convergente, haciendo que las ideas de los miembros del grupo ayuden a cada uno de los integrantes a centrarse en los objetivos. La más conocida de las técnicas de creatividad es la denominada Tormenta de Ideas**.** Otras técnicas son: Sinéctica, el Método K-J y el Análisis Morfológico**.**

El Análisis Morfológico trata de aprovechar el gran número de soluciones que se generan cuando formamos todas las posibles combinaciones de cualidades que definen la solución buscada (para mayor detalle véase León, 2001).

Diversos autores han tratado de agrupar la actividad creativa en diversas etapas. Estas etapas son: preparación, producción y evaluación.

En la preparación hay que reflexionar, leer, adquirir información y, sobre todo, desarrollar una actitud positiva que no bloquee nuestro pensamiento. En la fase de producción debemos generar el máximo número de ideas, lo más libremente posible. Por último, en la fase de evaluación deberemos, ordenar, comparar y seleccionar las ideas más idóneas para alcanzar el objetivo.

En resumen, para que el gestor mejore su toma de decisiones debe primero ser consciente de que de manera natural tendemos a cometer sesgos el procesamiento y análisis de la información. Además, en tanto que seres sociales estamos sometidos a las presiones de la autoridad, las mayorías y la escasez de tiempo, las cuales conllevan también sesgos en el juicio y la decisión. El AD se propone como una ayuda para superar las limitaciones del decisor. Previamente a todo análisis se recomienda afrontar con creatividad todo el proceso, para ampliar las alternativas y anticipar de la manera más completa las posibles consecuencias.

4. EL ANÁLISIS DE DECISIÓN

A continuación presentaremos de forma sucinta las fases del AD.

B. Definición y Estructuración. A menudo, antes de ponernos a dilucidar cuál es la mejor decisión, tenemos que desentrañar "el problema" propiamente dicho. Por problema queremos decir que hemos comprendido suficientemente la situación, y que estamos en condiciones de proponer una definición**.** La definición del problema supone poder contestar a las siguientes preguntas:

1. ¿Cuál es el objetivo esencial que se desea alcanzar?
2. ¿Cuál es la naturaleza del problema y su entorno?
3. ¿Quién asumirá la responsabilidad de la decisión?
4. ¿Qué opciones generales se presentan?
5. ¿Qué o quién estará afectado por la decisión?
6. Si el problema no es absolutamente nuevo ¿Cómo resolvieron el problema anteriormente y por qué el método ya no funciona?

Una vez definido el problema de debemos proceder a su estructuración. Estructurar es generar el esqueleto jerarquizado de los objetivos que deseamos satisfacer a través de las alternativas.

Para estructurar es necesario descomponer el objetivo esencial –elegir la mejor alternativa– en sus componentes fundamentales. Por ejemplo, si se trata de promover a un médico para una jefatura de servicio, podemos considerar que las competencias necesarias para este puesto son: la capacidad de dirección, el grado de formación específica para el nuevo puesto, la experiencia en el ámbito… Los objetivos se tienen que expresar en forma tal que podamos decir en qué grado son satisfechos por las alternativas. Cuando los expresamos así, decimos que son operativos. Podemos funcionar con ellos.

Cuando un objetivo fundamental es demasiado global para ser utilizado hay que descomponerlo en objetivos de menor amplitud que lo descompongan: objetivos específicos. En el ejemplo anterior, podemos pensar que la capacidad de dirección se puede evaluar a través de: la personalidad adecuada a la función, la evaluación que de su trabajo hacen sus superiores, la experiencia en liderar grupos… De igual forma podríamos seguir con cada uno de los objetivos que hayamos considerado fundamentales.

Al conjunto del objetivo esencial, objetivos fundamentales y los correspondientes objetivos específicos se le denomina jerarquía de objetivos. Generar una buena estructura es un arte que se va adquiriendo con la práctica. Adicionalmente, podemos asegurarnos de que nuestra labor es adecuada si cumplimos una serie de requisitos. Por ejemplo, siguiendo a dos de los mayores teóricos del análisis de decisión: Keeney y Raiffa (1976), hemos de comprobar que nuestra estructuración tiene las siguientes propiedades:

1. *Completa*. Una vez que disponemos del esquema que contiene todos los objetivos estamos seguros de que ningún aspecto importante falta.
2. *Operativa*. Todos los objetivos, especialmente los de más detalle, están definidos de tal manera que conllevan un procedimiento para evaluar las alternativas.
3. *Independencia de los objetivos*. Los objetivos deben estar definidos de manera que para evaluar las alternativas en uno de ellos no necesitemos conocer los valores en otro.
4. *Tamaño mínimo*. La estructura debe ser manejable; para ello debemos considerar el tiempo y el esfuerzo necesarios para su ejecución. Propuestas muy ambiciosas, con muchos objetivos, se pueden tornar impracticables.

La valoración. Para valorar las alternativas es necesario que el problema se haya estructurado anteriormente, es decir que hayamos llegado a un punto en la descomposición de los objetivos fundamentales donde se puedan evaluar las alternativas. Comenzar a valorar las alternativas sin un compromiso en forma de jerarquía puede llevarnos a realizar evaluaciones en una alternativa que no pueden continuarse en el resto.

En el ejemplo que poníamos sobre la promoción de un médico –entre varios candidatos- a un puesto de jefatura de servicio, podemos concretar en que el primer objetivo fundamental sea: “capacidad de dirección”; descompuesto en los siguientes específicos “personalidad adecuada para la jefatura”, “valoración de su labor actual por su superiores” y “experiencia en liderar grupos”; el segundo objetivo fundamental: “conocimientos de medicina del dolor” y el tercero fundamental: “currículum”. (Ninguno de los dos últimos fundamentales consideramos que sea necesario desglosarlo más.).

Cuando los objetivos específicos no necesitan ser descompuestos nuevamente, tendríamos que buscar procedimientos que nos proporcionarán una expresión numérica del grado en que cada uno de los candidatos poseen estas cualidades.

Siguiendo con el ejemplo: la personalidad adecuada para la jefatura podría ser medida mediante un test o conjunto de test de personalidad, o incluso, por la valoración de un entrevistador muy experimentado. La valoración de su labor actual por sus superiores podría ser estimada por medio de cuestionarios desarrollados ad hoc. (Lo ideal sería utilizar algún instrumento que el departamento de recursos humanos tenga en uso y haya probado su fiabilidad y validez). La capacidad para liderar grupos la podríamos estimar a partir de la experiencia acreditada y mediante un proyecto de funcionamiento del servicio.

El conocimiento de medicina del dolor podría acreditarse mediante la formación específica recibida y la experiencia médica exclusiva en esta área. El currículum profesional, se podría evaluar mediante alguno de los formatos existentes en la administración.

Todo lo anterior lo sintetizamos en la Tabla 1.

TABLA 1. JERARQUÍA DE OBJETIVOS PARA PROMOVER A UN MÉDICO A UNA JEFATURA

OBJETIVOS FUNDAMENTALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	FORMAS DE MEDICIÓN
	Personalidad	Tests, Entrevista
Capacidad de Dirección	Labor actual	Cuestionario
	Liderazgo	Experiencia, proyecto
Conocimientos M. Dolor		Formación, experiencia
Currículum		Documentación

Además de los valores concretos de las alternativas en cada objetivo, es necesario valorar la importancia relativa de cada objetivo de cara a conseguir el esencial de la decisión. ¿Es igual de importante para el puesto de trabajo la personalidad que la experiencia en liderar grupos? La forma de realizar estas ponderaciones la veremos en el próximo punto.

B. Ponderación de los objetivos y evaluación de las alternativas. Existen distintas técnicas para ayudar a generar los pesos de los objetivos. A continuación exponemos los pasos de la SMART (*simple multi-attribute rating technique*) debida a Ward Edwards (von Winterfeldt y Edwards, 1986). (Otras técnicas como SMARTS o GRAPA, (León, 1997) utilizan enfoques distintos, como procedimientos gráficos, para conseguir el mismo propósito).

Comenzaremos con la ponderación de los objetivos específicos dentro de su fundamental correspondiente.

Ordenar. Preguntarse en qué medida cada objetivo contribuye al objetivo superior del cual forma parte. Supongamos que, en nuestro ejemplo, los responsables de la decisión consideran lo más importante la valoración de los superiores, a continuación, la personalidad y en tercer lugar el liderazgo.

Asignar valores. Se comienza asignando un 10 al objetivo menos valorado. El resto de los objetivos se van valorando por comparación con el primero. En nuestro ejemplo podríamos tener: "liderazgo" = 10, "personalidad" = 20, "labor actual" = 40.

Cambiar la escala. Es una norma en el ámbito del AD que los pesos de los objetivos han de sumar 1; indicando con ello que la importancia es subdividida en las partes que la componen.

Para cambiar la escala cada valoración se divide por la suma de valoraciones. En nuestro ejemplo:

- "liderazgo" = 10/(10+20+40) = 0,14.
- "personalidad" = 20/70 = 0,29.
- "labor actual" = 40/70 = 0,57.

Comprobamos que suman uno: 0,14 + 0,29 + 0,57 = 1.

Cuando ya están ponderados los objetivos específicos dentro uno fundamental deberemos repetir el procedimiento dentro de cada uno de los objetivos fundamentales, si tienen específicos. Una vez completados todos los objetivos específicos de la jerarquía pasaremos a ponderar los objetivos fundamentales; en este caso, deberemos preguntarnos por el grado en que cada objetivo fundamental contribuye a la consecución del objetivo esencial de la decisión. En nuestro ejemplo deberíamos ponderar "capacidad de dirección", "conocimientos de medicina del dolor" y "currículum".

El procedimiento es similar al descrito dentro de un objetivo fundamental. Así, continuando con el ejemplo:

- Currículum = 10.
- Conocimientos M. Dolor = 30.
- Capacidad Dirección = 70.

Transformando los valores en pesos:

- Currículum = 10/ (10 + 30 + 70) = 0,09.
- Conocimientos M. Dolor = 30/ 110 = 0,27.
- Capacidad Dirección = 70/110 = 0,64.
- Comprobamos que suman uno: 0,09 + 0,27 + 0,64 = 1.

La evaluación de cada alternativa –médico candidato en nuestro ejemplo– se realiza, como ya dijimos, en los últimos objetivos descompuestos.

Los valores de esta evaluación han de tener una escala igual para todos los objetivos y en todas las dimensiones. Normalmente se aconseja utilizar la escala de 0 a 100 o 0 a 10.

Si continuamos con el caso, podemos imaginarnos que ahora a la jerarquía de objetivos le hemos añadido los valores de tres supuestos candidatos, tras la evaluación. El resultado lo incorporamos en la Tabla 2.

TABLA 2. JERARQUÍA DE OBJETIVOS Y ALTERNATIVAS PARA PROMOVER A UN MÉDICO A UNA JEFATURA

OBJETIVOS FUNDAMENTALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	MÉDICO A	MÉDICO B	MÉDICO C
	Personalidad **0,29**	7	2	9
Capacidad de dirección **0,64**	Labor actual **0,57**	8	7	6
	Liderazgo **0,14**	8	1	10
Conocimientos M. Dolor **0,27**		5	9	7
Currículum **0,09**		3	10	6

La agregación de valores: la elección. El modelo de elección adoptado en este caso es elegir aquella alternativa cuyo valor agregado es mayor (otra forma de entenderlo sería denominarlo media ponderada). Esto supone dos compromisos: resumir las preferencias como un promedio y desear maximizar ese valor.

El valor aditivo ponderado de una alternativa no es otra cosa que la suma de los productos de los pesos de los objetivos por los valores de las alternativas. Veámoslo con nuestro ejemplo.

Para **A** tendremos:

- "valor agregado de **A**"=
  - "peso de C. Dirección" x "valor en C. Dirección".
  - "peso de C. M. Dolor" x "valor en C. M. Dolor".
  - "peso de Currículum" x "valor en Currículum".

A su vez, cuando un objetivo fundamental tiene sub-objetivos específicos, como es el caso del C de Dirección, se reproduce el proceso dentro del objetivo. Veámoslo para nuestro caso en el primer objetivo:

- "valor en C. Dirección" =
  - peso de Personalidad" X "valor en Personalidad".
  - "peso de Labor Actual" X "valor en Labor Actual".
  - "peso de Liderazgo" X "valor en Liderazgo".

Obtenido el valor de una alternativa, calcularíamos el valor de cada una de las restantes. La comparación directa de los valores de todas las alternativas nos proporcionaría la elección con mayor valor agregado. Si integramos los cálculos en una última tabla (Tabla 3) podemos disponer de toda la información del proceso en una sola imagen y rastrear cómo y por qué cada candidato es valorado y explicar el resultado favorable del "médico **C**".

TABLA 3. RESUMEN DEL AD PARA PROMOVER A UN MÉDICO A UNA JEFATURA

OBJETIVOS FUNDAMENTALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	MÉDICO A	MÉDICO B	MÉDICO C
	Personalidad 0,29 0,64 x 0,29 = **0,19**	7 x 0,19 = **1,33**	2 x 0,19 = **0,38**	9 x 0,19 = **1,71**
Capacidad de dirección **0,64**	Labor actual 0,57 0,64 x 0,57 = **0,37**	8 x 0,37 = **2,96**	7 x 0,37 = **2,59**	6 x 0,37 = **2,22**
	Liderazgo 0,14 0,64 x 0,14 = **0,09**	8 x 0,09 = **0,72**	1 x 0,09 = **0,09**	10 x 0,09 = **0,9**
Conocimientos M. Dolor **0,27**		5 x 0,27 = **1,35**	9 x 0,27 = **2,43**	7 x 0,27 = **1,89**
Currículum **0,09**		3 x 0,09 = 0,27	10 x 0,09 = 0,90	6 x 0,09 = 0,54
Total agregado		**6,63**	**6,39**	**7,26**

C. Comprobación y resumen del proceso. El AD es un procedimiento que nos ayuda a expresar de forma sintética nuestras preferencias y valores. No es un sabio externo a nosotros mismos cuyos consejos resultan inescrutables. De tal forma que, si concluido el análisis percibimos que existen grandes discrepancias entre nuestras inclinaciones y el resultado del análisis, es probable que algo esté resuelto incorrectamente. Nunca ha de importar volver atrás en un análisis. Es más, se recomienda observar todo el proceso en su conjunto para entender cómo incide cada una de las valoraciones en el resultado final. Cuanto más alto sea el peso de un objetivo fundamental, mayor repercusión, y viceversa. Para cumplir con esta misión es de gran ayudar haber confeccionado una tabla como nuestra Tabla 3.

Cuando en la resolución de un problema han intervenido varias personas y se ha producido una seria discrepancia en alguna fase de la valoración, al llegar al final del proceso habrá que ver las consecuencias que habría tenido adoptar la postura discordante. A menudo, el resultado final del análisis (la elección) no se ve modificada. De ser esto así, los miembros discrepantes del grupo se sentirán más identificados con la solución final. Caso de que se produjeran alteraciones en la ordenación de las alternativas, merecería la pena que el grupo reabriera la discusión (búsqueda de nuevos datos) sobre esa valoración en concreto.

D. Análisis de sensibilidad. Este análisis tiene por objeto comprobar hasta qué punto la ordenación de las alternativas es sensible a los cambios en los pesos de los objetivos.

Para poder estudiar las repercusiones de todos los posibles cambios en los pesos de un objetivo se construye una gráfica de análisis de sensibilidad. Para llevarla a cabo se recalculan los valores de las alternativas cuando el objetivo en estudio valga uno. Ya que los cambios son lineales, para cada alternativa unimos los puntos de los valores agregados totales del análisis con los obtenidos para el caso de que el objetivos en estudio valga uno; si prolongamos la recta hasta el corte con el eje de ordenadas tendremos todos los valores agregados para ese objetivo, desde cero hasta uno (para más detalle véase León, 2001).

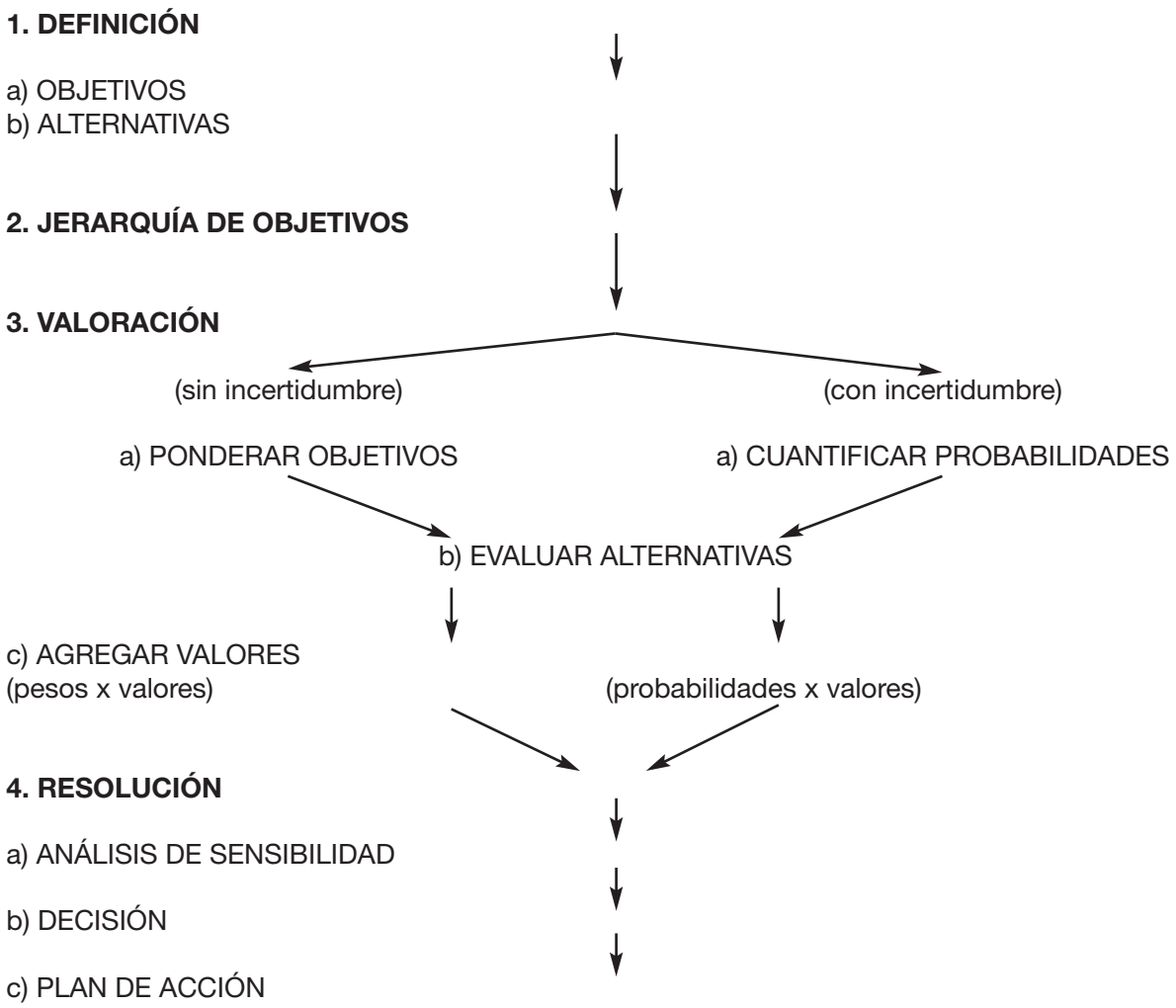
Observando las variaciones de los valores de las alternativas en función de los cambios de los pesos en el objetivo en estudio podremos determinar para qué conjunto de valores se mantiene o se altera la ordenación de las alternativas.

Nunca debemos tener excesiva prisa en concluir el análisis. Una última visión de conjunto puede darnos una clave que en el paso a paso del proceso permaneció escondida y, sobre todo, una idea de la extensión. Von Winterfeldt y Edwards (1986), han dicho que, si el esquema final ocupa más de un folio, probablemente es demasiado extenso.

Todas las personas que, de una manera u otra, hayan asistido al desarrollo de la decisión conviene que le den un último vistazo preguntándose, si a la vista del conjunto, encuentran que: falta algo, sobra algo, hay alguna incongruencia. Nunca debe dar pereza volver a una primera etapa y rehacer. Ahora es más fácil y rápido y nunca está de más comprobar qué hubiera ocurrido con la elección si “allí hubiéramos puesto aquello otro”.

Llegados a este punto no resta sino realizar las acciones pertinentes para asegurar que la elección se pone en marcha: trazar un plan de acción. En ocasiones bastará, como en nuestro caso, comunicarlo a los interesados junto con documentación y fechas en las que tendrán que formalizar su nuevo desempeño. Otras veces habrá que desarrollar una agenda con los pasos necesarios para asegurarnos que la elección hecha llega a feliz término.

E. Diagrama de flujo del AD. Pudiera dar la sensación que el proceso del análisis de decisiones que hemos desarrollado es largo y farragoso, debido al detalle y cuidado con que hemos procedido en cada una de sus etapas; nada más lejos de la realidad. Nos parece útil para mostrar esto presentar un diagrama de flujo y así disponer de una imagen de conjunto:



Nota: Hemos incluido el caso con probabilidades, no presentado en este capítulo, para que se observe su similitud con el desarrollado sin probabilidades.

REFERENCIAS

Asch, S. (1956). Studies of independence and conformity: A minority of one against a unanimous majority. *Psychological Monographs, 9* entero.

Baddeley, A. (1999). *Memoria humana. Teoría y Práctica.* Madrid: Mc. Graw Hill.

Edwards, W., y Newman, J. R. (1982). *Multiattribute evaluation*. Beverly Hills, CA: Sage.

Hogarth, R. (1987). *Judgment and choice* (2ª ed.). New York: John Wiley and Sons.

Isaksen, S. G., y Treffinger, D. J. (1985). *Creative problem solving: The basic course*. Buffalo, NY: Bearly Limited.

Janis, I. L. (1972). *Victims of groupthink*. Boston, MA: Houghton Mifflin.

Keeney, R. L., y Raiffa, H. (1976). *Decision with multiple objectives: Preferences and value tradeoffs*. New York, NY: Wiley.

León, O. G. (1997). On the death of SMART and the birth of GRAPA. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 71*, 249-262.

León, O. G. (1998). Principios de análisis de decisiones en clínica. En J. del Llano, V. Ortún, J.M. Martín, J. Millán y J. Gené (Dirs.), *Gestión Sanitaria*, (pp 543-555). Barcelona: Masson.

León, O. G. (2001). *Tomar decisiones difíciles* (2ª ed.). Madrid: McGraw-Hill.

Maule, J., y Svenson, O. (1992). *The effects of time pressure and stress in human judgment and decision making*. London: Plenum Press.

Miller, G. A. (1956). The magical number seven, plus or minus two: Some limits, on our capacity for processing information. *Psychological Review, 63*, 81-97.

Milgram, S. (1963). Behavioral study of obedience. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 67*, 371-378.

Muir, J. A. (1997). *Evidence-base healthcare*. Madrid: Chruchill Livingstone.

Thornton, J. G., y Lilford, R.J. (1995). Decision analysis for medical managers. *British Medical Journal, 310*, 791-794.

Von Winterfeldt, S., y Edwards, W. (1986). *Decision analysis and behavioral research*. New York, NY: Cambridge University Press.

Capítulo 8

Marketing y Comunicación

Autores:

Alejandro Borges Chamorro

Justo Montero Vera

Alejandro Borges Chamorro. *Doctor en Comunicación Audiovisual y Licenciado en Publicidad y RR.PP. Master en RSC por San Pablo-CEU y Business Intelligent por Unv. de Alcalá. PDD por el IESE 20 años de experiencia en empresas multinacionales relacionadas con la comunicación y las TICs.*

Ha ocupado los siguientes puestos: Director de Relaciones corporativas de Microsoft. VP Marketing del Grupo SIA. Director Servicios de Marketing y Comunicación de Sun Microsystems. Director de Marketing de Canal de Compaq Computer. Director de Comunicación de British Telecom España. Director de Publicidad del Campeonato del Mundo de Esquí alpino SN'95.

Actualmente es Director General Adjunto de TuVictoria.com el Grupo Codere y ha sido miembro de las Fundaciones Fundetec y Bamberg así como representante de Microsoft para patronales del sector TIC. Es profesor asociado en las Universidades Camilo José Cela y de San Pablo-CEU.

El sector salud como se ha delimitado a los entornos socio-sanitarios como servicios de interés general supone uno de los servicios sociales más relevantes e importantes en la sociedad española y ocupa cifras cercanas al 50% de los presupuestos de las CCAA a las que han sido transferidas las competencias. Es por tanto algo importante de hecho y de forma.

El problema de la salud es un problema estratégico. La salud está alineada con el desarrollo económico y cultural del país y por ello se ha solicitado por todos los agentes que se desarrollen políticas de Estado a largo plazo buscando la connivencia del ciudadano y su voto. Las Autoridades sanitarias deben centrarse en gestionar la salud, no en los hospitales. Gestionar bien la salud es más rentable y a este reto no se habían enfrentado muchos profesionales, al menos como reto prioritario.

Los intereses de los ciudadanos, el aumento de la demanda de los servicios sanitarios y el aumento del gasto parecen una ecuación difícil de resolver y los criterios de eficiencia y financiación exigen técnicas de mercadeo y estrategias de competencia de mercado.

El ciudadano–paciente ha de ser el centro del sistema. El circulo virtuoso que relaciona instituciones con usuarios, profesionales de la sanidad y la experiencia de los pacientes está rodeada por el componente servicio, capital y eficacia, los mismos componentes que caracterizan los mercados liberales.

De aquí la importancia de conocer las estrategias de marketing, las técnicas de comunicación y el valor de la innovación y el lanzamiento de servicios.

Uno de los aspectos característicos de los mercados actuales en la situación socioeconómica contemporánea es la similitud entre productos existentes y la indiferenciación entre servicios ofertados de tal manera que una gran cantidad de estos no son distinguibles y por tanto da igual quien los presente.

Todos aquellos que tienen algo que ofrecer en el mercado bien sea a través de organismos o instituciones público s o privados tiene que ser conscientes de su posición en el mercado en el que interactúan, su posicionamiento y su proposición de valor. Estos aspectos juegan un papel importante en la organización como componente independiente o como parte del engranaje de una cadena de valor.

En este contexto hay que conocer las disciplinas que se pueden emplear en materia de marketing y comunicación, es decir, si se quiere realizar campañas de marketing directo, de comunicación, hacer publici-

dad, patrocinios y que influencia tiene la notoriedad o la importancia de la intención de adquisición o compra de bienes o servicios.

Hay intenciones hábitos, deseos y acciones y deben distinguirse claramente porque al final no son lo mismo: la modificación de estos elementos es uno de los objetivos fundamentales de la comunicación persuasiva. Igualmente las adquisiciones o los servicios se pueden adoptar de manera reflexiva o espontánea dependiendo mucho del producto o servicio y también de su trascendencia.

En este aspecto existen también los prescriptores, los agentes, los comerciales, los inductores y por encima de esto siempre un concepto fundamental en las relaciones de mercado, la confianza, uno de los mayores activos manejados por los departamentos de marketing. Las relaciones productos /consumidor permiten generar efectos con dependencias emocionales y construyen planteamientos con juicios determinantes en la mentalidad del consumidor clasificados *a priori*. Lo bueno, lo aceptable, lo seguro, lo avanzado tecnológicamente, lo cómodo, lo divertido, lo de confianza.

Siendo consciente de que un servicio público de correos o sanitario no tiene nada que ver con un concesionario de coches o una empresa de tecnología vamos a revisar los principios fundamentales que determinan las estrategias competitivas.

Toda marca que se aprecie, para que la compremos debe tener una argumentación asociada que permita relacionar un valor superior al producto que el que este mismo tuviera sin la marca. Asumimos aquí el concepto de marca como la representación de una empresa y en este caso una Unidad o Servicio.

1. COMUNICACIONES CORPORATIVAS: CONCEPTOS FUNDAMENTALES

Sirva como orientaciones sobre conceptos y cómo se conforma un criterio para que podáis construiros una idea más clara sobre marketing y comunicación.

Las inversiones a corto o largo plazo, la intensidad, la frecuencia, el tiempo, el reparto de la inversión, la comunicación cruzada, todo esto es determinado por la estrategia.

El mercado y la competencia así como el comportamiento del consumidor/usuario/paciente, requieren un equilibrio entre las distintas disciplinas de marketing que permiten sobrevivir o desarrollar, limitar o crecer la competitividad de un servicio.

Hablando de marca que es como se concentra las estrategias en marketing es fundamental determinar una estrategia que nos indique claramente el horizonte al que queremos llegar.

1.1. Marketing

Según Philip Kotler (considerado por algunos padre del marketing) es “el proceso social y administrativo por el cual los grupos e individuos satisfacen sus necesidades al crear e intercambiar bienes y servicios”.

Una explicación breve y concisa de lo que entendemos por marketing, es “el proceso de planear y ejecutar la concepción, precio, promoción, y distribución de ideas, bienes, y servicios para crear intercambios que satisfagan tanto las metas individuales como las corporativas”.

¿Qué es lo que quiere decir esto? Significa que marketing engloba todo lo que debes hacer cuando sacas a la luz un nuevo producto o servicio, haciendo que clientes en potencia lo conozcan, lo quieran tener, y por tanto vendérselo.

1.2. Para qué sirve la publicidad y qué hace

La comunicación persuasiva de la existencia de productos, servicios, tiendas o grupos políticos entre un ofertante y sus públicos potenciales es lo que se llama publicidad y el mensaje es contenido por lo que se denomina anuncio.

Los anuncios han ido evolucionando en función de las demandas del consumidor y por ello han añadido valores y beneficios hasta crear una marca y con ella una idea o imagen de marca en la mente de los consumidores de tal manera que una marca es una representación de una oferta/empresa/institución. La publicidad permite articular un mensaje persuasivo con pocas limitaciones, además de que el producto/servicio existe se pueden transmitir muchos atributos, características y asociar beneficios.

Esto da pie a un componente importante el componente aspiracional y el demostrativo práctico, es decir, la posibilidad de tocar las emociones ayuda enormemente a ganar el posicionamiento en las mentes de los perceptores. Existen anuncios que solo transmiten emociones y anuncios que se basan en argumentaciones lógicas.

Entendemos pues que la publicidad tiene como objetivo fundamental comunicar la existencia de productos y servicios con una marca representativa para buscar precisamente la diferenciación. La publicidad es la disciplina del marketing que cuida el valor percibido sobre un producto en una marca supere al valor percibido sobre el producto individualizado o aislado.

1.3. Qué hace el marketing directo

Con los antecedentes de publicidad directa, marketing directo, marketing relacional o recientemente denominada marketing 1:1 Es la disciplina de marketing y comunicación que más ha evolucionado gracias a la adopción de las TICs.

Dirigir el mensaje exactamente a nuestro público objetivo es la base de esta disciplina y es por ello que a veces se llama comunicación relacional, con esto una marca se dirige a un consumidor de manera individual con una relación directa y personalizada. La proliferación de productos conlleva una definición más clara de nuestras áreas de interés personal y recibir información específica sobre esos mismos intereses. Los clubs de aficionados son un ejemplo de unión de intereses específicos en grado más profundo. Conocer al consumidor, ver su evolución no solo por lo que dice sino por lo que hace, es decir por su comportamiento es algo que ayuda a predecir tendencias y facilitar servicios. Esto es perfectamente extensible a unidades médicas ya que estamos tratando comportamientos, necesidades, conocimiento sobe pacientes y de esta manera cabe la posibilidad de hacer predicciones tan importantes para las planificaciones y asignación, o petición, de recursos.

El marketing relacional tiene por tanto una buena opción y es la posibilidad de conocer y tratar listas de personas, segmentar, bajo grupos de interés por lo que nosotros queremos ofrecer. La elaboración de bases de datos y con ello el tratamiento ofimático de la información más allá del dato, se ha convertido en una actividad que por sí misma garantiza el objetivo de impactar con nuestros mensajes a sus púbicos objetivos exclusivamente.

Una vez determinado el target actúa la comunicación persuasiva aunque esta no debe ser la prioridad de un servicio médico aunque si su fomento, desarrollo funcional y reputación, algo que no se construye sólo pero que si se destruye con mucha facilidad.

Gracias a las herramientas tecnológicas y a su universalización en las que han ayudado la convergencia de las leyes de Moore, Gilder y Metcalfe para el desarrollo de la sociedad de la información, los consu-

midores pueden definir sus preferencias a través de mecanismos de interacción y respuesta lo que ha definido las aplicaciones y servicios con el adjetivo 2.0.

Un mundo interconectado, con actuaciones cruzadas y servicios telemáticos en donde los pacientes pueden interconectarse, recomendar, quejarse, solicitar, pedir, consultar, opinar, compartir experiencias e inquietudes con… todo el mundo.

Pero en paralelo a la sofisticación de los clientes tenemos la sofisticación de los sistemas de Gestión orientados a ellos como son los CRM (Customers Relationship Managment). Estos a su vez cada vez son más fáciles de utilizar e intuitivos y menos costosos.

Existen sistemas para *traquear* o seguir el comportamiento de los consumidores en base a sus reacciones sobre las ofertas que recibe o las demandas que genera, algo muy al límite de la privacidad si es usado como instrumento intrusivo para "atacar" comercialmente o por el contrario un inmejorable mecanismo de corrección de las ofertas del mercado frente a las necesidades reales de los consumidores y usuarios incluyendo pacientes de servicios públicos y privados.

Trade marketing trata de una actividad mercadológica o estratégica entre el área de ventas y marketing.

Podemos considerar la primera estrategia de marketing, como la investigación y análisis de un proceso de planificación que tiene el siguiente proceso:

- Investigar el producto o servicio que vas a promocionar, identificar la audiencia que se interesará por la oferta, al igual que sus amenazas, oportunidades, debilidades y fortalezas (DAFO o SWOT).
- Sabiendo los riesgos y las oportunidades que ofrece lo tu producto/servicio en este caso tu Unidad, serás más realista en las metas y objetivos. Estos serán SMART –concisos, alcanzables, medibles, razonables y puesto en el tiempo–.
- Conociendo a las personas y a los pacientes a los que vas a dirigir tus campañas, sabrás como enfocar las estrategias que mejor funcionarán y sacarán más beneficios.

Una vez que tengas claras tus metas y tengas toda la información recopilada, ya tiene sentido detallar la promoción, publicidad, distribución y financiación que esto requiere.

En este punto, puedes decidir si te interesa sacar tu propio servicio, si tienes los medios para ello, o prefieres usar algunos de los programas de captación o filiación disponibles para promocionar el servicio.

Por lo tanto, lo mejor es empezar por definir lo que es e-marketing y ver donde encaja exactamente dentro del terreno del marketing. Según la asociación americana de marketing (AMA), es un conjunto de procesos para crear, comunicar y hacer entrega de valores al usuario, y también gestionar las relaciones con los clientes para que ambas partes se puedan beneficiar.

Por lo tanto, e-marketing es otro término para muchas de las estrategias que se utilizan en marketing, ya sea tradicional o por Internet. Sin embargo, e-marketing tiene sus propios métodos y herramientas que contribuyen a conseguir los objetivos y metas propuestas, pero las metas son las mismas que las del marketing tradicional.

Conceptualmente no hay mucha diferencia entre e-marketing y marketing en Internet. Aun así, con la llegada de tecnologías de dispositivos móviles, como son los teléfonos smat o las PDA entre otros, ciertos sectores han querido diferencia ambos términos de la siguiente manera:

Algunos piensan que Internet marketing consigue sus objetivos por medio de la aplicación de tecnologías digitales, mientras que e-marketing consigue sus objetivos por medios de tecnologías de comunica-

ción electrónicos. Yo no veo la diferencia entre las dos tecnologías, especialmente con la convergencia de ambas cosas en un mismo dispositivo, como son por ejemplo los dispositivos móviles.

Internet tiene varias herramientas para utilizar e-marketing, las cuales son utilizadas también cuando hacemos campaña para nuestras Web. En este sentido y a mi modo de ver, es lo mismo. Las campañas de e-marketing suelen utilizar programas de promoción como es Google *Adwords* u otros similares. Promocionan a través de redes sociales, con resultados muy atractivos. De hecho, por este medio, se pueden establecer alianzas y relaciones con empresas más grandes o grupos que nos pueden introducir en mercados complejos.

La forma de planificación puede tener dos direcciones. Una organización puede utilizar una campaña de e-marketing como parte de su plan general de marketing, o por otro lado, puede enfocar todos sus esfuerzos en Internet, por lo que toda la promoción se basará en e-marketing. Tanto si se elige uno u otro acercamiento, primero hay que dejar claro varios puntos, como son:

- Hacer un análisis DAFO de la campaña.
- Los objetivos que se quieren conseguir.
- La estrategia y las tácticas generales a seguir.
- La forma en la que se va a controlar toda la evolución del plan y su presupuesto.

Otra de las técnicas utilizadas en e-marketing, es el marketing de afiliación, donde otra organización ofrece e incentiva por medio de Internet, los productos o servicios que se están ofreciendo. Esto es algo que también se utiliza en los métodos tradicionales.

No querría terminar este apartado sin recordar un par de conceptos:

- SEO: Search Engine Optimization (posicionamiento natural).
- SEM: Search Marketing (basicamente AdWords).
- SMO: Social Media optimization (presencia y mktg en redes sociales, community management).

1.4. Qué son las promociones

Son propuestas concretas en el tiempo que se realizan sobre la oferta de productos o servicios para dinamizar la venta o acelerar el periodo de compra del mismo modo que los catalizadores aceleran la reacción de los reactivos.

No tiene un efecto sobre el valor del producto o servicio cuya marca ha tenido que ser creada previamente y por ello impacta normalmente sobe el precio o la cantidad de producto o servicio normalmente ofertado.

En este sentido es aceptable la incorporación de regalos en forma de más producto u otro producto, o el incentivo al mediador de la venta para su personal promoción como pudiera ser un agente de viajes o un vendedor de PCs de tal modo que el atractivo de una oferta es diferencial sobre otra y por ello facilita su consumo.

Cuando en el canal de distribución estas técnicas se repiten con frecuencia se produce una perversión del sistema trasladándose los márgenes del fabricante al del distribuidor y siendo una práctica requerida por los comerciales y el límite lo marca la actuación de la competencia. Cuando es el consumidor/cliente final el que se beneficia de la promoción, los descuentos, 2x1 o regalos suponen los incentivos principales para la ejecución del programa, pero hay que ser muy racional con este tipo de aplicaciones porque su abuso pervierte el sistema y convierte el mercado en un zoco que a la larga degrada la calidad y los márgenes necesarios para investigar y sacar mejores productos. Además fomentan la infidelidad de los clientes llevándoles a criterios cortoplacistas.

En condiciones normales una promoción siempre que termina acaba con las ventas a sus niveles normales una vez sacado el stock que se pretendía saldar.

Inicialmente y para introducir productos en el mercado las técnicas promocionales del *try&buy*, 2x3, 10x12 o regalo de muestras si se han mostrado muy eficaces pero siempre han sido asumidas como parte del presupuesto de marketing no como presupuesto de ventas. Son, y es importante remarcarlo, acciones tácticas para mejorar las compras, las ventas, las rotaciones de almacén o la introducción de nuevos productos o servicios. Su gran peligro es la degradación del valor de la marca, algo muy difícil y costoso de construir.

1.5. Qué es un patrocinio

Patrocinio, esponsorización, mecenazgo, posicionamiento de productos en locales, espacios medios… no es exactamente lo mismo pero se utiliza indistintamente en la mayoría de las ocasiones y se refieren a temas en común que describiremos.

La publicidad tiene algunos efectos negativos directos sobre el consumidor, una sobresaturación con el mensaje puede llegar a hastiar hasta niveles cercanos al cambio de grado de preferencia. La ausencia de novedades en la base de la información publicitaria puede llegar a cansar.

La asociación de la marca a un evento o a un programa es lo que maneja el patrocinio, y si ese evento produce placer al consumidor entonces se establece una relación que repercute en la mejora de percepción de marca, de preferencia y de opción de compra. Esto se hace a cambio de dinero y así por ejemplo are, cultura, deporte son sustentados por patrocinios.

Por otra parte los valores intrínsecos en las actividades patrocinadas: alta competición, esfuerzo, belleza, destreza, sentido local o regional, superación, equipo, pasión por la velocidad… se trasladan automáticamente al facilitador de la actividad en concreto.

El *product placement* es una técnica efectiva que consiste en posicionar bienes en el momento en que son necesarios de manera natural, un ordenador en una redacción de un noticiario, una máquina en una cocina de un programa de televisión o ropa con marca visiblemente adaptada a los presentadores corresponsales de cadenas como tve y su acuerdo de patrocinio con Lacoste. El valor de los informadores se asocia con la marca de ropa y con ello se crea un vínculo positivo que el consumidor percibe de manera directa.

Los BMWs recientes de la saga 007, el Audi de *Yo Robot* son ejemplos de esta técnica, inicialmente se trataba de un trueque y ahora existen complejos acuerdos de esponsorización que no es más que un anglicismo del concepto Patrocinio.

Cuando una marca ayuda a llevar a cabo acciones que las AAPP (administraciones públicas) no puede hacer por si sola fomentando actividades de desarrollo normalmente en las áreas de cultura, arte y arquitectura, rescatamos el concepto de pago por servicios con beneficio social para mejora de la marca personal o empresarial/institucional y nos referimos al mecenazgo. Sus ventajas sociales son tan claras que estas actividades gozan de beneficios fiscales especiales.

Recientemente los fuertes sentimientos humanitarios y ecologistas han facilitado la dedicación de muchas empresas a proyectos humanitarios sociales y de desarrollo. El mecenazgo, hay que recordar, no es caridad y tiene una finalidad comercial por lo que la difusión y publicitación de estas actividades deben conllevar una estrategia de comunicación para justificar su ejecución.

Quiero diferenciar aquí las técnicas de comunicación más cercanas al marketing de las más intrínsecamente consideradas de comunicación en las que abro un apartado consecuente que recoge las comuni-

caciones corporativas y las Relaciones Públicas cuyo carácter no es persuasivo comercial sino informativo y relacional.

2. COMUNICACIONES CORPORATIVAS

Comunicaciones Corporativas abarca las comunicaciones externas e internas que se desarrollan en una organización con el fin de cumplir sus objetivos de negocio. Las Comunicaciones Externas, son las relaciones que establece la empresa con actores externos, como medios de comunicación, organizaciones civiles, el gobierno, entre otros.

Las Comunicaciones Internas son los mensajes que emite y la relación que desarrolla la organización con sus empleados y proveedores. En algunas organizaciones, las áreas de Comunicaciones Externas e Internas permanecen aisladas y no mantienen contacto entre sí. En otras ambas áreas se encuentran estratégicamente entrelazadas logrando una retroalimentación importante, que facilita que los objetivos se cumplan con éxito.

Comunicaciones externas

Son las comunicaciones que la empresa genera con actores externos a ella. Son las relaciones que mantiene con los Medios de comunicación, el Gobierno, Gobiernos provinciales, la Comunidad y sus clientes. En la mayoría de las grandes Compañías hay un Director de Comunicaciones Corporativas ó Relaciones Externas o Relaciones Institucionales. A su vez tiene a su cargo varias Gerencias que gestionan la publicidad, patrocinios, responsabilidad social empresaria, marketing y relaciones con los medios. No es lo mismo relaciones institucionales que relaciones públicas pero ambas coinciden sobre comunicaciones con públicos externos.

Comunicaciones internas

Son las comunicaciones donde interactúan los empleados y la organización. Tiene que ver con generar canales de comunicación con el público interno a fin de generar una relación más fluida que permita el mejor desarrollo organizacional. Sólo en grandes empresas europeas y estadounidenses hay Directores de Comunicación Interna. Pero en el resto de los países o empresas medianas tienen Responsables de Comunicaciones Internas que son los que diseñan acciones de comunicación e intercambio de información entre la empresa y sus empleados.

Las comunicaciones corporativas son clave en la estrategia competitiva. El modelo de organización vertical que entiende las comunicaciones corporativas solo como la compra de espacios publicitarios en medios de comunicación está llegando a su fin. El nuevo modelo que cobra fuerza es el que privilegia la comunicación.

Los empelados quieren saber que pasa y poder dialogar con la Alta Dirección cuando lo crean necesario. Necesitan información que les sirva para su desempeño, información sobre actividades de la empresa en el exterior y nuevos lanzamientos.

El responsable de Relaciones Institucionales es el nexo entre el Gobierno, las cámaras empresariales y la empresa.

No hay empresa sin comunicación. No hay organización sin relaciones. Muchas empresas que encuentran dificultades en implementar modelos de cambio organizacional o en estructurar una fusión porque antes no han dado importancia a las comunicaciones corporativas. No han desarrollado de manera

adecuada sus vínculos con periodistas y comunicadores sociales líderes de opinión. Cuando quieren salir en los medios pagan la publicidad y listo. No les preocupa lo que piensan los empleados sobre la empresa. Si hacen Encuesta de Clima laboral, nunca implementan acciones en base a resultados. Jamás han provisto a su gente de información de interés para ellos.

La buena comunicación en un equilibrio entre lo que la empresa es, lo que comunica que hace y lo que perciben sus públicos objetivos y esto empieza por un ejercicio de coherencia, de sensatez y consecuentemente de transparencia.

Las dificultades aparecen siempre cuando hay un conflicto entre estos elementos que forman el triángulo y este problema se puede agravar de manera proporcional a su desequilibrio por lo que algunas organizaciones deciden no realizar estrategias de comunicación pasando a aceptar el silencia como norma. Esto degenera en una opinión creada por los clientes y usuarios y que la imagen de la empresa sea fruto del devenir de la rumorología con el consecuente daño que esto genera a las organizaciones y más hoy en día en el que la imagen es un activo institucional/empresarial.

Somos lo que nuestro público objetivo percibe que somos. Una revisión de la misión los objetivos y la visión de la institución a la que pertenecemos tiene que ser el alma del plan de negocio que sustenta la proposición de valor con la que queremos aparecer en el entorno donde operamos.

3. REFLEXIONES

Y de repente un buen día el desastre. Nos llueven consignas como: "El 1º de tal mes esto cambiará radicalmente, nos vamos a tal sitio y seremos el Área 1… será como una fusión y atenderemos a tal población además de la nuestra…tenemos que hacer tales cosas… hay que llevarse bien con los de tal hospital.

Reuniones que intentan paliar el caos e instrucciones a los directores médicos y gerente que bajan en cascada a los jefes de servicio para que se aseguren que los adjuntos lo reciben y lo mismo pasa con el resto de personal sanitario y auxiliar

Un conjunto de periodistas atenderán una rueda de prensa en la que se pretende explicar los beneficios para la población del cambio de una proyección hacia la mejora de los servicios de la ciudadanía.

Pero así no puede salir bien, si ha habido ausencia previa de comunicación que separa los intereses de la institución de los intereses de los que hacen posible la vida de la institución…

La comunicación se alimenta y crece día a día. Es una retroalimentación permanente donde la empresa debe ser la protagonista. Si no ha habido retroalimentación las conferencias de prensa pueden ser peligrosas.

La buena institución debe comunicar primero a los trabajadores sus intenciones, sus intereses, su plan y como afecta a sus empleados de la manera más clara y transparente posible haciéndoles participes del rumbo tomado y argumentando sus decisiones para compartirlas con "su gente".

Las personas quieren percibir que forman parte de una organización y de un servicio concreto y que su aportación hace posible el funcionamiento de un todo pero con factores diferenciales. Ser una parte del conjunto pero al mismo tiempo aportar algo distinto es la base de un programa de comunicación y de las estrategias de marketing a nivel general.

La buena gestión de las comunicaciones corporativas tiene consecuencias inmediatas en la motivación y el tono emocional que es vital para que una organización se mantenga activa y progrese en una adaptación continua al desarrollo que exige la sociedad.

La Web 2.0 significa intercambio de información digital en una extensa red universal donde los datos y la información están accesibles y donde el conocimiento se genera por el uso y la síntesis de esa información de manera interactiva sabiendo relacionar conceptos. El carácter de este proceso interactivo lo hace antagónico a cerrado y limitado, es por tanto abierta y biunívoca que quiere decir en dos direcciones, este es el sentido de la definición de 2.0.

Cuando queremos buscar algo en la red de redes realmente utilizamos un protocolo basado en un acrónimo que es la URL(*Uniform Source Locator)*. Una secuencia de caracteres, de acuerdo a un formato modélico y estándar, que se usa para nombrar recursos en Internet para su localización o identificación.

Información es poder… un mito que ha caído, lo sustituimos por *conocimiento es saber…*

El profesional de las relaciones públicas es considerado gracias al estadounidense Ivy Ledbeter Lee que fue el primer consejero en relaciones públicas de los tiempos modernos. A Ledbeter Lee se atribuye haber transformado la imagen del acaudalado industrial estadounidense John D. Rockefeller. En la década de 1930, en algunas universidades de los Estados Unidos ya eran impartidos cursos de relaciones públicas. En 1946, un conferencista estadounidense introdujo a Francia el concepto de relaciones públicas.

En España, por ejemplo, el destacado investigador Jordi Xifra refiere que en diciembre de 2002, la Asociación de Empresas Consultoras en Relaciones Públicas y Comunicación (ADECEC) realizó el estudio La comunicación y relaciones públicas en España.

Una de las conclusiones que arrojó el referido estudio provocó enorme preocupación a los profesionales de las relaciones públicas:

> "La ambigüedad de la mayoría de las definiciones de relaciones públicas dadas por los profesionales es tal, que podría aplicarse a cualquier otra disciplina comunicativa como, por ejemplo, la publicidad. Esto no hace más que corroborar que si algo caracteriza a las relaciones públicas a la hora de intentar definirlas, es el confucionismo existente acerca de lo que son (…) Ni desde el campo doctrinal ni desde el profesional nos ha llegado todavía una respuesta razonada. Lo cierto, sin embargo, es que nadie puede negar que el descrédito impera cuando formulamos al ciudadano de a pie qué entiende por relaciones públicas (si es que entiende algo). Incluso las consultoras que participaron en el estudio de ADECEC no solo consideran que el concepto de relaciones públicas está desprestigiado sino que además consideran que está integrado –o desintegrado, según como se mire– en el de comunicación (Xifra.2003:XVII).

La Meta: crear confianza y crear una imagen.

El objetivo principal de las RRPP es la creación de confianza en su entorno público, o regenerar y consolidar ésta confianza. Para lograr éste objetivo el trabajo se centra a menudo en la imagen pública de la entidad, como reflejo de su percepción. Intercambio de información para incrementar la comunicación. Construir y cuidar canales o relaciones de comunicación, es un objetivo para fortalecer las relaciones entre entidad y entorno. Una serie de instrumentos ayudan a dirigir la comunicación con los grupos relevantes. Un gabinete de Prensa, la comunicación interna, el muy citado y tan moderno 'coaching', comunicación por medio de eventos, el patrocinio y el establecimiento de lobbies están a disposición de cualquier entidad. La perfecta concepción de RRPP origina un intercambio de información y el establecimiento de canales de comunicación entre todos los grupos relevantes. Se crea el entorno óptimo para una entidad, con procesos de comunicación multi-direccionales. El intercambio de información es un esfuerzo continuo y básico para cualquier entidad. Relaciones Públicas no es igual a Publicidad. La publicidad como hemos visto, tiene como meta prioritaria la venta de productos o servicios mediante mensaje cargados de emociones y las RRPP la construcción y/o consolidación de una imagen de la entidad, mediante procesos de comunicación continuos y objetivos. Publicidad es comunicación unidireccional, mientras RRPP apuesta por el diálogo y canales multi-direccionales.

Definiendo las RRPP

Con estas aproximaciones podemos concebir un concepto amplio de manera más concreta y llegar a una descripción definiendo que las Relaciones Públicas como un conjunto de técnicas de comunicación coordinadas y sostenidas a lo largo del tiempo y que tienen como principal objetivo fortalecer los vínculos con los distintos públicos, escuchándolos, informándolos y persuadiéndolos para lograr consenso, fidelidad y apoyo de los mismos en acciones presentes y/o futuras.

Nota: Vale destacar que cuando se hace referencia al público, este indica tanto al público interno (empleados), el externo (clientes, proveedores, entidades bancarias, prensa, sindicatos, etc.) y el público mixto (accionistas y distribuidores).

BIBLIOGRAFÍA

Martínez Solana, Yolanda: *La Comunicación Institucional* Editorial Fragua. Madrid, 2004.

Martín Martín, Fernando: Diccion*ario de Comunicación Corporativa e Institucional y Relaciones Públicas* Editorial Fragua. Madrid, 2004.

Vázquez Burgos, Miguel Ángel: *El profesional de las relaciones externas* Bosch Comunicación. Barcelona, 2004.

Gómez Quijano, Arturo: *Comunicación para ejecutivos, las tres distancias de la comunicación.* Ediciones Internacionales Universitarias. Madrid, 2009.

LINKS

http://www.topcomunicacion.com/noticia/920/elegir-agencia-notas-de-prensa-por-que-son-menos-utiles

http://www.muypymes.com/marketing/recursos/7283-10-practicas-prohibidas-al-trabajar-en-marketing.html

Five ways to develop a dialogue with key influencers

http://www.marketingprofs.com/7/merchant7.asp

Influencers don't care about you, your products or (least of all) your marketing messages

http://www.themarketingblog.co.uk/e_article000668061.cfm

Influencing the influencer http://www.imediaconnection.com/content/10844.asp

Influence: Science & Practicehttp://blog.guykawasaki.com/2006/04/book_review_inf.html

Corporate blogging Strategies

http://www.douglaskarr.com/2007/03/13/corporate-blogging-strategies/

http://www.marketingdirecto.com/actualidad/digital/la-tabla-periodica-del-seo/

Interesantes datos e información sobre redes sociales y publicidad http://www.socialnomics.net/2009/08/11/statistics-show-social-media-is-bigger-than-you-think/

www.101.es redes sociales en español

http://www.marketingdirecto.com/actualidad/checklists/12-pilares-basicos-para-edificar-la-estrategia-2-0-de-tu-marca/

Recopilación de 33 informes tendencias digitales

http://mjlopezz.com/2011/09/33-estudios-e-informes-sobre-tendencias-de-consumo-y-marketing-de-2011/

Justo Montero Vera. *Ingeniero y MBA por el IE. Más de 18 años de experiencia en alta dirección en multinacionales. Ha ocupado los siguientes cargos: VP para EMEA de Nuevas Tecnologías de la consultora Nielsen BASES. Presidente y principal accionista de TAU Solar. Director General para el Sur de Europa de Ciena. Director General de Estrategia y Marketing para España y Portugal de Nortel Networks. Alliance Director de BT (British Telecom) para América Latina. Director General de elmundo.es y El Mundo TV. Presidente y fundador de ANPER (Asociación Nacional de Productores de Energías Renovables). Actualmente es Consejero Delegado de Energinter.*

INNOVACCIÓN EN TIEMPOS DE CRISIS

Innovación es un término, una "idea-fuerza", pero también es mucho más, como veremos acto seguido. No deja indiferente. Su prestigio, y su fortuna han sido espectacularmente cambiantes. Empecemos pues asumiendo que en los últimos diez años, ha gozado de muy poco prestigio como consecuencia de varios desastres económicos provocados por estrategias muy innovadoras pero poco exitosas. Sin embargo ahora, la innovación vuelve a estar de moda tanto en el mundo corporativo como en el organizativo.

Precisamente cuando la crisis (desaceleración, recesión…) empezaba a reconocerse como una realidad consolidada, cuando hasta los refugios clásicos de valor como "el ladrillo" y el petróleo empezaron a perder terreno rápidamente, algunas grandes empresas como GE, Apple, Google, TATA, P&G, Ryanair, IKEA, Zara… comenzaron a crecer a tasas de dos dígitos anuales a través de la correcta creación y lanzamiento de productos innovadores. A todo este movimiento se le denomina *la cuarta ola de la innovación* (según la definición de Rosa Bet Moss Kanter).

Casi todo el mundo corporativo (y muchos políticos) hablan de la innovación como la única salida a la crisis; pero el concepto, a pesar de ser muy utilizado, no significa lo mismo para cada interlocutor, ni ha significado lo mismo a través de las últimas décadas.

Por lo que primero vamos a repasar las diferentes definiciones de innovación y sus diferentes significados, protocolos y formas a lo largo de las últimas décadas, para aproximarnos a su significado actual.

1. DEFINICIONES CLÁSICAS DE INNOVACIÓN

Existen varias definiciones clásicas de innovación que nos acercan al significado del término:

- Definiciones de la Real Academia Española (del latín "innovatio"):
  - 1. f. Acción y efecto de innovar.
  - 2. f. Creación o modificación de un producto, y su introducción en un mercado.
- Del "American Heritage Dictionary": El acto de introducir algo nuevo.
- Del "Merriam-Webster Online Dictionary" Una nueva idea, método o producto.
- Del Departamento de Comercio e Industria del Reino Unido: La explotación exitosa de nuevas ideas.
- La de Peter Drucker (Hesselbein, 2002) Cambios que crean una nueva dimensión de utilidad.

Todas ellas se refieren a la "introducción de algo nuevo y útil".

2. LA DEFINICIÓN DE INNOVACIÓN EN LA EMPRESA

Sin embargo en economía y en gestión de empresas (tanto públicas como privadas), la innovación debe aportar algo nuevo que debe ser sustancialmente diferente (no un cambio insignificante) y debe aportar valor económico para la empresa, para el cliente o para el producto.

La innovación empresarial se refiere a cambios que incrementan valor tanto en Productos, como en Procesos y en Servicios. El objetivo de la innovación (a veces escondido) es solucionar un problema. En la empresa, una innovación es básicamente la exitosa implementación de una idea que haga aumentar las ventas o el beneficio de la misma; también se refiere a las ideas que reduzcan costes.

La innovación en la empresa es distinta a la Invención (creación en la empresa de algo que era desconocido, aunque no necesariamente útil a corto plazo) y a los Descubrimientos (toma de conciencia de algo que se conoce en otros lugares, pero no en la empresa). La innovación no se refiere a la introducción de nuevas tecnologías.

No voy a ser exhaustivo con el tema de la innovación de la empresa, porque no es objeto de esta clase pero debo dejar claro que por encima de todo, innovación es creatividad. Aunque normalmente asociamos creatividad con el arte y la definimos como la expresión de ideas originales. En la empresa, además de ser original, una idea debe ser útil, apropiada y realizable.

Ahora nadie cuestiona que Steve Jobs era un genio creativo, pero la inclusión de la creatividad como parte de la definición de innovación es muy reciente. Hasta hace muy poco, la creatividad tenía malas connotaciones en el mundo corporativo (p.ej. contabilidad creativa). Solo estaba permitida en Marketing y en I+D, pero desde hace solo unos años la innovación afecta directamente:

- al lanzamiento de nuevos productos (I+D) y a la publicidad.
- al departamento de marketing de producto.
- al marketing de precios.
- al marketing de distribución.
- … y a toda la cadena de valor.

La innovación es el motor de la creación de valor en la empresa.

3. LAS CUATRO OLAS DE LA INNOVACIÓN

La definición de innovación y los innovadores no han sido siempre los mismos, ni mucho menos, a lo largo de las últimas décadas. Si bien la innovación siempre ha estado con nosotros, solo ha sido reconocida como disciplina de conocimientos empresariales desde finales de los años 80 del siglo pasado.

Siempre enfocada en el crecimiento empresarial, la innovación ha sido redescubierta cada seis a ocho años (casi un ciclo de gestión empresarial) pero con definiciones, formas de actuar, conceptos, protocolos empresariales y protagonistas muy distintos. A lo largo del tiempo podemos distinguir cuatro ciclos de innovación muy fáciles de diferenciar entre ellos.

3.1. PRIMERA OLA

Finales de los setenta y comienzos de los ochenta. La ola de las "*Start-Ups" y los Procesos Productivos*".

Centrada *en productos tecnológicos*, en esa fase innovación era equivalente a productos innovadores tecnológicos. Partió fundamentalmente de la evolución desde los mainframes a los PCs.

Microsoft Corporation, 1978

Fue un movimiento completamente ajeno al mundo corporativo y empezó en los garajes del Sillicon Valley (California), lugares que se convirtieron en el lugar ideal para innovar. IBM identificó el fenómeno y replicó un entorno de innovación en Boca Ratón (Florida).

En paralelo, en Japón, los productos de alta calidad reflejaban innovación en procesos de fabricación aprovechando la curva de la experiencia. Los conceptos como el "Total Quality Management" se convirtieron en una pretendida pasión empresarial (y realmente lo fue para algunos).

El libro "en busca de la excelencia" de Tom Peter´s y Bob Waterman, que unificaba estos dos fenómenos tan separados física y conceptualmente, se convirtió en la biblia de los innovadores de la primera ola.

De esta fase vienen los términos "start up", "excelencia empresarial", "just in time". Aunque ahora suenan algo desfasados fueron palabras que llevaron al éxito a sus portadores, sobre todo hace unos años. Los innovadores eran generalmente muy jóvenes y vestían con un atuendo informal que recordaba al de los "hippies" de los años anteriores y completamente ajenos al mundo corporativo y académico de la época.

3.2. SEGUNDA OLA: Finales de los ochenta. "El valor para el accionista"

A finales de los años 80 tuvimos la segunda ola, donde "valor del accionista", fue la premisa e "incrementar el valor de los activos subutilizados" la meta. Centrada en *finanzas* y en la globalización. Los productos dejaron de ser del todo el centro de la innovación, pero los verdaderos innovadores eran los gestores empresariales y la innovación estaba en las finanzas y en los procesos.

En Europa, tuvimos la privatización inicial de empresas de propiedad estatal, que comenzó con la pasión por la privatización de Margaret Thatcher. Por otro lado, el software se convirtió en un activo estratégico hasta el punto de que la empresa Sabre, sistema de software de American Airlines (AA), salió a bolsa como un "spin-off" de AA y en pocos meses ya valía mucho más que su antiguo propietario.

La globalización y finanzas se convirtieron en parte del proceso de innovación, la mejora de valor para los accionistas su objetivo. Conceptos como MBO, LBO, adquisiciones, financiación apalancada, ingeniería financiera… se convirtieron en familiares para nosotros desde esa segunda ola. La innovación en finanzas para mejorar el valor del accionista fue el sofisma de la época, incluso se llegó a hablar de una pretendida industria financiera en esa ola.

En marketing de productos, el foco estaba más en el lanzamiento que en el producto en sí. Las grandes corporaciones compraban e integraban pequeñas empresas con productos o servicios innovadores porque el valor no estaba en el producto. Aunque en esta ola se produjo el primer *lanzamiento global* de un producto (la Gillette Sensor).

Los innovadores de entonces tenían un aspecto que ahora se consideraría "muy poco innovador", fueron los famosos *"yuppies".*

3.3. TERCERA OLA: Mediados a finales de los noventa. *"La (vieja) nueva economía"*

Fue la ola de la explosión de internet (la fusión entre las telecomunicaciones y los PCs). En esta época, conceptos como la "Nueva Economía", "World Wide Web", las remuneraciones en "stock options", el "e-business", el "e-learning, el "e-cualquier cosa"… eran sinónimo de empresas con pretendido valor y las manías digitales empujaron a los innovadores empresariales a buscar modelos radicales de negocios que no tuvieron éxito en la mayoría de los casos, basándose en el escandaloso e irreal valor que llegaron a tener empresas de internet.

El foco del valor no estaba tampoco en el producto, sino en los modelos de negocio completamente distintos que resultaban de aplicar internet a los procesos productivos. En realidad la innovación de esta ola estaba más centrada en la tecnología y en el uso de ella que en los consumidores.

Muchos innovadores despreciaban entonces a los gestores de los que ellos llamaban con desprecio "gestores de vieja economía" y los innovadores de esa ola pensaban seriamente que las empresas de internet acabarían controlando casi todas las industrias en pocos meses (gestionadas por los nuevos innovadores naturalmente).

A principios del 2002 se volvió bruscamente a la realidad; las empresas Web y las de telecomunicaciones hicieron perder miles de millones de dólares a sus accionistas. Muchas predicciones de crecimiento de la época estaban radicalmente equivocadas, dando como resultado verdaderos desastres. Pronto estos innovadores perdieron su prestigio y fueron sustituidos de nuevo por los financieros, que impusieron el control de costes en el Gobierno Corporativo.

Dadas las enormes pérdidas en bolsa de las inversiones de esta ola, la innovación perdió prestigio y el valor volvió al refugio de la economía del "ladrillo", dando lugar al inicio de la enorme burbuja especulativa inmobiliaria que solo hace poco nos ha estallado.

Los innovadores de esa época eran los JASP (jóvenes aunque sobradamente preparados). Eran jóvenes e informales aunque más formados y con un aspecto mucho más aseado que sus colegas de la primera ola.

3.4. LA CUARTA OLA: La innovación corporativa. *"La Innovación orgánica integrada"*

La ola actual comenzó en la mitad de la pasada década y es diferente a las anteriores, con un estilo de la innovación es mucho más sobrio, basado en la mayoría de los casos en la innovación orgánica. Las empresas innovadoras actuales consideran la innovación como un tema empresarial plenamente integrado en la empresa y centrada en el marketing de producto. Ahora el valor está en el lanzamiento exitoso de productos innovadores, cada vez menos pero más fuertes.

Muchas grandes empresas han adoptado la innovación como un tema corporativo, poniendo el foco en la solución de problemas sociales relevantes como fuente de innovación: algunos ejemplos serían GE Ecoimaginación en el trabajo, el uso de la capacidad de proceso de IBM contra el SIDA, la revolución empresarial verde (industrias de energías alternativas y de ahorro energético).

Por otro lado, la globalización, tan promovida por americanos y europeos, ha producido un efecto inesperado con el resurgir de los BRICs (Rusia, China, India y Brasil), países muy poblados y con grandes recursos naturales, incorporando al mercado global casi dos mil millones de nuevos consumidores, que en las décadas anteriores apenas eran tenidos en cuenta. Estos nuevos consumidores, al competir por los recursos naturales, han sido una más de las causas de la crisis actual para los países occidentales (y el comienzo de una era más próspera para aquellos).

Es estos momentos, la innovación es casi percibida solo como el exitoso lanzamiento de nuevos productos y servicios innovadores, por esto Antonio Argandoña ve la cuarta ola como una continuación de la primera, el paralelismo es aún mayor cuando comprobamos que algunos protagonistas (Steve Jobs) son los mismos. Pero las diferencias con la primera ola son significativas ya que la innovación ahora está plenamente integrada en el mundo corporativo y en el académico, en la primera ola los innovadores apenas se reconocían a sí mismos como empresarios y muchos de ellos jamás terminaron sus estudios universitarios.

No obstante los líderes en crecimiento de la ola de la innovación orgánica hacen algo más que centrarse en ideas innovadoras. Ahora, las empresas innovadoras, la incluyen tanto en su cultura, como en sus presupuestos y en sus objetivos estratégicos. También trabajan para hacer desparecer las barreras funcionales y divisionales, y capacitan a sus empleados para que adquieran una mentalidad empresarial.

En marketing de producto, las tecnologías punta ya no son tan importantes en esta ola como en la primera (aunque quieren aparentarlo), el profundo conocimiento de las necesidades de los clientes sí lo es. Los productos como el i-Phone son el símbolo de esta nueva ola que, en sus comienzos, no era precisamente un producto tecnológico (mala cámara, mala batería, poco duradero,…) pero contenía la “magia” que los consumidores buscaban. Los nuevos innovadores “son comprometidos socialmente y cincuentones”.

4. Y EN EL 2008 LLEGÓ LA CRISIS (A OCCIDENTE)

En España, ya en la primera mitad del 2008 se produjo una gran caída del índice de confianza (que tiene una metodología contrastada), pero este fue solo uno de los primeros indicios: El IPC, que empezó por subir rápidamente al comienzo del año, llegó al nivel más bajo histórico de crecimiento al final del mismo, el desempleo pasó de un 8,6% a casi un 14% y, lo más grave, a finales del 2008 “entramos en recesión”.

La crisis empezó deteriorando el nivel de dinero disponible en manos de los consumidores. Los inmuebles empezaron a tener dificultades de venta, la bolsa bajó sensiblemente, la obtención de crédito se hizo más difícil, las congelaciones salariales se generalizaron y el paro subió mucho.

En paralelo, los costes domésticos crecieron: con alto endeudamiento, los intereses aumentaron, el coste de la energía y el transporte se dispararon y hasta la cesta de la compra subió. Todo esto produjo una caída importante del poder adquisitivo del español medio.

Desgraciadamente los años siguientes no han hecho sino confirmar que esta crisis es la más severa desde la Gran Depresión. Una enorme avalancha de malas noticias económicas está erosionando la confianza y el poder de compra de los consumidores, impulsándoles a ajustar su comportamiento de manera fundamental y tal vez permanente.

Ahora nos damos cuenta de que el consumo (al menos en Europa y los Estados Unidos) de las últimas dos o tres décadas se construyó sobre las arenas movedizas de la deuda, el escaso ahorro y las grandes hipotecas sobre la vivienda.

En la crisis actual, los consumidores hacen frente al día a día de la realidad del paro, de los ingresos descendientes y de la reducción del ahorro. Al mismo tiempo, una serie de escándalos corporativos, fracasos en los sectores financiero, inmobiliario y en el de seguros han fomentado la desconfianza y el escepticismo de los consumidores.

Salvo por el escandaloso problema del paro en España, la situación en casi todos los países es igual de mala. No es de extrañar que, en enero de 2009, el Índice de Confianza de EE.UU. cayera a su nivel más bajo desde que se tienen registros (comenzó a registrarse en 1967).

5. ¿CÓMO REACCIONA EL CONSUMIDOR ANTE LA CRISIS?

La crisis no afecta a todos los consumidores por igual, pero la enorme mayoría de los consumidores tienen menor poder adquisitivo y priorizan el consumo de productos y servicios según los sitúan en cuatro categorías que tenemos que tener muy en cuenta:

1. **Los Imprescindibles:** Aquellos que son percibidos como necesarios para la supervivencia y esenciales para el bienestar. Todos los consumidores consideran que los niveles básicos de vivienda (hipoteca) y ropa están en esta categoría, y la mayoría también incluyen la atención médica y el transporte.
2. **A Gestionar:** Son productos necesarios que permiten un ahorro en precio si se gestionan bien. Casi todos los consumidores se vuelven más sensibles al precio y menos leales a la marca durante las recesiones. En esta categoría entraría la cesta de la compra, por ejemplo, los consumidores pueden optan por marcas blancas más baratas.
3. **A Posponer:** Son productos deseados (y a veces necesarios), pero suelen ser costosos y se puede retrasar (por algún tiempo) su adquisición. Dentro de esta categoría entrarían los coches, los electrodomésticos, la salud dental, las intervenciones de estética…
4. **Innecesarios:** Son los productos y servicios percibidos como injustificables, de lujo en estos momentos: como la joyería, los automóviles y relojes caros, los viajes exclusivos, los restaurantes de lujo,… paradójicamente, la industria del lujo vive unos de sus momentos de gloria, y no porque tenga mayor número de consumidores sino porque sus consumidores habituales aumentan el poder adquisitivo durante las crisis.

A lo largo de una recesión, todos los consumidores reevalúan sus prioridades de consumo. Sabemos por las recesiones anteriores, que los productos y servicios como restaurantes, viajes, arte y entretenimiento, ropa nueva, automóviles, electrodomésticos y electrónica de consumo rápido pueden cambiar en la mente de los consumidores de **Imprescindibles** a **gestionables**, a **posponer**, o incluso **innecesarios**, según les vaya a cada individuo en particular. A medida que cambian las prioridades, los consumidores pueden eliminar por completo las compras en ciertas categorías, tales como los pro-

ductos domésticos (limpieza, cuidado del césped, jardinería,…), que pasan directamente de **Imprescindibles**, por ejemplo, a **innecesarios**. O pueden sustituir las compras en una categoría para empezar a comprar en otra, por ejemplo cambiando restaurantes (**a gestionar**) por cocinar en casa (**Imprescindibles**), los electrodomésticos que están pasando para muchos a **Imprescindibles** desde **A posponer.** Otro ejemplo son los medicamentos que comenzaron siendo imprescindibles y se han ido convirtiendo en gestionables.

En el sector privado de sanidad tendríamos, para la mayor parte de los consumidores, esta distribución:

A la hora de lanzar un nuevo producto o servicio debemos conocer y tener en cuenta las prioridades de los consumidores en ese momento.

6. ¿CÓMO INNOVAR EN CRISIS?

Nadie sabe cuánto durará la crisis, lo que sí sabemos es que esta es una crisis profunda, que ya ha cambiado nuestra forma de vida. Pero no es la única crisis que hemos padecido y afortunadamente tenemos registro de lo que decidieron muchas empresas en las crisis desde los años ochenta y cuáles fueron las consecuencias de sus decisiones.

No hay dos recesiones exactamente iguales y la crisis actual parece ser más importante que las investigadas. Sin embargo, al estudiar los éxitos y los fracasos en marketing de centenares de empresas en épocas de crisis, se han identificado patrones de decisiones tomadas y de las consecuencias que estas tuvieron sobre las empresas que las tomaron. De estas lecciones podemos deducir las respuestas correctas a muchas de las preguntas que las corporaciones deben responder ahora.

En estos años, los consumidores adoptan estrictas prioridades en sus decisiones de compra y reducen sus gastos. Como consecuencia, las ventas empiezan a caer y las empresas suelen tener la necesidad de reducir costes.

Aparecen la tentación de reducir precios, y la tendencia a posponer nuevas inversiones (muchas de ellas de lanzamiento de productos). En la mayoría de los casos, los presupuestos de publicidad y de investigación de mercados son los primeros en reducirse.

A pesar de que es prudente contener costes, es muy peligroso utilizar el hacha en los presupuestos (en vez del bisturí) ya que no satisfacer las necesidades de los principales clientes pone en peligro la empresa a largo plazo. Las empresas que ajustan sus estrategias, tácticas y ofertas de productos a los cambios de la demanda son las que más beneficios obtendrán, tanto durante como después de la recesión.

La crisis pone una gran presión sobre los que tienen que tomar decisiones sobre lanzamiento de productos y servicios que, como hemos visto antes, son (o deberían ser) el centro de las decisiones corporativas. Estas se suelen reflejar en las cuatro siguientes decisiones fundamentales:

6.1. ¿Debemos parar las inversiones en innovación?

La tasa de éxito de nuevos productos (si son innovadores) es prácticamente la misma durante las crisis económicas que en los buenos tiempos, no nos sorprenden las colas en las tiendas Apple cada vez que lanzan un nuevo producto porque son inmediatamente reconocidos como innovadores y lo mismo pasa con cualquier producto que se perciba como innovador. Apple ha conseguido construir una imagen de marca que es percibida como innovadora y "todos" sus productos tienen un precio de mercado muy superior a los de sus competidores y no por ellos deja de crecer en plena crisis.

Además las empresas que mantengan su esfuerzo en marketing tendrán un buen retorno a su inversión durante y después de la crisis. McGraw-Hill Research analizó 600 empresas desde 1980 a 1985, y su inversión en marketing. Después de 1985, Mcraw-Hill llegó a la conclusión de que las empresas que habían mantenido o aumentado su publicidad durante la recesión en el periodo 1981-1982 tuvieron un crecimiento promedio de las ventas del 275% en los siguientes cinco años. Pero las compañías que disminuyeron su publicidad en el mismo periodo experimentaron un crecimiento de ventas insignificante en los siguientes cinco años (sólo el 19%). Una nueva y más reciente investigación llevada a cabo por Roger Graham y Cristina Frankenberger (publicada en el 2003) sobre el gasto publicitario de más de 3000 empresas durante cinco recesiones, han confirmado plenamente que "las compañías que disminuyeron su publicidad en las crisis perdieron ventas y beneficios sensiblemente en comparación con aquellas que continuaron dando apoyo al lanzamiento de sus productos".

Hay que continuar Innovando porque la innovación es el crecimiento futuro de las empresas, los consumidores seguirán comprando nuevos productos si satisfacen sus necesidades, los nuevos productos serán un éxito incluso durante la recesión y las empresas que inviertan en innovación saldrán incluso más fortalecidas después de la recesión.

Más hay que hacerlo con cabeza, si invertimos en bolsa a ninguno se nos ocurriría apostar pequeñas cantidades en cada valor cotizado. Es mucho más rentable apostar por aquellos valores que tienen mayor potencial de crecimiento. Y desde luego debemos tener expertos a nuestro lado para identificarlos.

Es mejor invertir en pocos valores con potencial pero estando bien informados para reducir en lo posible la tasa de fracasos. Son tiempos de invertir en análisis de mercado antes de lanzar un nuevo producto o servicio.

6.2. ¿Podemos reducir los costes de producción?

Con costes crecientes de productos y la presión de mantener precios bajos, los financieros siempre tienen la tentación de bajar la calidad de los nuevos productos para mantener márgenes.

La aceptación de un producto tiene un gran impacto en las ventas a largo plazo y una pequeña variación en la aceptación del producto tiene un gran impacto en las ventas. En definitiva, no se debe comprometer la calidad del producto.

Solo se pueden reducir costes si no influye en la aceptación del producto. Cambiar la calidad del producto, pone en riesgo el negocio. Se deben reducir riesgos evaluando el impacto antes de lanzar. Un producto fuerte da como resultado mayor lealtad del consumidor y mayores ventas a largo plazo. A los que pierdan consumidores ahora, les será muy difícil (y caro) recuperarlos después de la crisis.

6.3. ¿Debemos bajar los precios?

O dicho de otra manera ¿Los consumidores pagarán un extra por los nuevos productos/servicios innovadores en recesión?

Los consumidores son cada vez más conscientes del precio a medida que avanzamos en la recesión. Las marcas blancas y tiendas de descuento comienzan estar consideradas por los consumidores. Los fabricantes se sienten presionados a bajar los precios para evitar el cambio de marca por parte del cliente, lo que significa que las marcas compiten con alternativas de marca blanca en su propio terreno. En esta batalla por los precios las marcas blancas, y las marcas posicionadas en precio, tienen las de ganar.

Los productos innovadores pueden fortalecer la posición de las empresas innovadoras ya que los consumidores están dispuestos a pagar más por un producto realmente innovador, además los productos innovadores son menos vulnerables a la respuesta de la competencia.

El precio es muy importante en estos tiempos, pero hay que competir en valor. Debemos tener cuidado con lanzar nuevos productos “low-cost” porque podemos bajar el precio esperado de transacción de la marca; e incluso con precios bajos, el producto debe satisfacer lo esperado por el cliente.

6.4. ¿Debemos parar la publicidad?

La industria de la publicidad agoniza en España en estos años y esto es la suma de las decisiones de muchos empresarios, ¿se equivocan?

Un buen producto no es garantía de que los consumidores lo van a comprar, deben primero saber que existe para poder probarlo, es evidente que hay alta correlación entre notoriedad y el porcentaje de prueba de nuevos productos.

La publicidad conduce a la notoriedad para nuevos productos Sin publicidad, es muy difícil dar notoriedad a los consumidores del producto, aunque existe el boca a boca y el consumidor lo puede encontrar si haber recibido ningún impacto publicitario, la publicidad es el medio más directo para aumentar la notoriedad.

Es aún más importante para productos realmente innovadores, donde el mensaje de venta no se puede comunicar fácilmente desde las estanterías o “a través” de promociones, es mucho más complicado que el cliente pague el “sobreprecio de la novedad” si no la comunicamos.

Para ahorrar en publicidad, hay que lanzar menos productos y solo los mejores, ya que lanzar menos productos supone invertir en menos productos y si además estos son productos fuertes, precisarán una menor inversión por producto lanzado. Pero para seleccionar los buenos, la inversión en investigación cuantitativa de mercado debería aumentar.

Existe toda una nueva era en la innovación en el área de la comunicación, que no voy a tratar al no ser objeto de esta clase. Pero quiero recalcar al menos que la publicidad “on line” (como el impacto de la tecnología ‘enabler’, p.ej. la intervención en las redes sociales) destaca por su efectividad y su ahorro.

7. LANZAMIENTO DE UN PRODUCTO O UN SERVICIO INNOVADOR

La innovación en productos y servicios es un proceso complejo, con protocolos, sistemas y barreras (algunas tecnológicas), apenas diferenciadas entre sí, que lo hacen poco transparente para un observador externo.

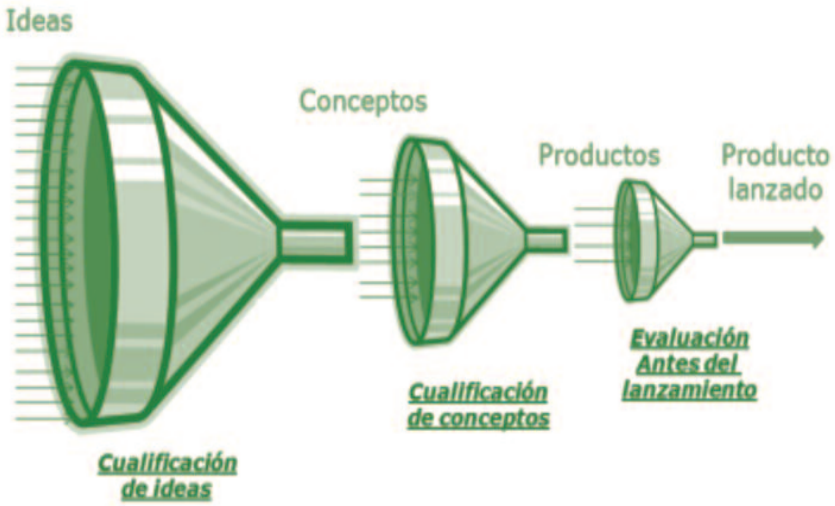
La mayoría de los fabricantes siguen un proceso similar para el desarrollo de nuevos productos: se inicia con la obtención de una comprensión del entorno competitivo y el descubrimiento de necesidades no cubiertas en el mercado, evoluciona a través de la detección y evaluación de ideas, sigue con el desarrollo de conceptos, con la evaluación del producto/servicio, con el lanzamiento del mismo y concluye con la evaluación posterior al lanzamiento, que aportará nuevas ideas para mejorar otros nuevos productos o lanzamientos.

No obstante, y en su forma más simple, **el núcleo** del proceso de innovación tiene solo **tres fases:**

- **Ideación:** partiendo de una necesidad detectada del mercado, convertirla en una idea de producto. Esta idea se puede expresar solo en una o pocas frases.
- **Conceptualización:** dar contenido a la idea hasta que represente un concepto completo que incluya todos los elementos del producto/servicio a lanzar. Se suele presentar como lo que sería un anuncio completo con las frases que lo hacen diferente, con las características principales, precio, imagen,…
- **Producto:** Asegurándonos de que el producto cumple con las expectativas descritas en el concepto y que la combinación de los distintos elementos, que forman el concepto, es la óptima para los consumidores. Se presenta como un prototipo o una muestra del producto.

Como se dice coloquialmente, siempre hay más ideas que dinero y más dinero que tiempo. En realidad, el proceso de innovación es como una **serie de embudos** donde se genera un enorme número de ideas con el fin de lanzar finalmente un gran producto.

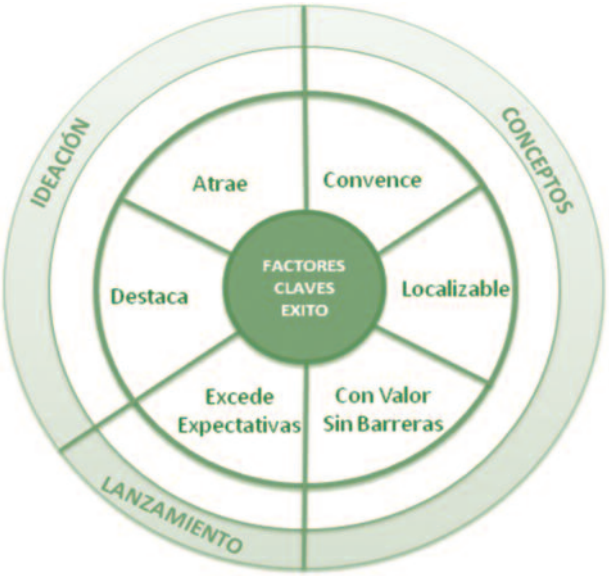
Como media podríamos decir que de 1000 ideas tendríamos 100 conceptos de los que haríamos 10 prototipos y lanzaríamos solo 1 producto, pero estos números cambian de industria a industria y de empresa a empresa, pero lo que sí es cierto es que los innovadores de la nueva ola se distinguen por lanzar pocos productos pero muy fuertes (por ejemplo Apple tiene una cartera total de solo 30 productos y es la empresa más capitalizada del mundo).



En cierta manera, la eficiencia del proceso de innovación se mide por su habilidad para *generar nuevas ideas* y de seleccionar las buenas, o lo que es lo mismo, para *desechar lo antes posible* las que no tienen futuro. El objetivo es conseguir menos, mejores y mayores lanzamientos de productos o servicios innovadores. Para lo cual debemos seleccionar muy bien las ideas que siguen adelante en el proceso.

8. LAS MEJORES PRÁCTICAS EN INNOVACIÓN DE PRODUCTOS

8.1. En el proceso de Ideación



a) La fase de ideación debe estar **enfocada al consumidor,** a sus necesidades y a sus frustraciones. La nuevas empresas innovadoras han cambiado el foco desde la tecnología al consumidor.
b) Hay que tener cuidado con la cartera de productos y servicios, para **evitar la "canibalización"** de productos/ servicios existentes en nuestra cartera y que las ideas que "pasen el filtro" estén en la línea estratégica de la empresa.
c) **Usar muchas fuentes de generación de ideas:** con reuniones periódicas de "brain storming" dentro del departamento y entre departamentos de la empresa para ayudar a generar nuevas ideas y, también traer nuevas ideas de fuera de la empresa a través de "focus groups", por la adquisición y análisis de datos sindicados de mercado y fomentando las reuniones sectoriales de innovación.
d) **Reconocer una buena idea pronto**: seleccionar (mediante investigación) las buenas, o lo que lo mismo "matar" las malas cuanto antes.

En la fase de ideación, nos debemos centrar "solo" en que el producto (o servicio):

Destaque: los productos ganadores deben atraer la atención de los consumidores y deben ofrecer un beneficio para el consumidor de forma diferente.

Y que resulte **atractivo al consumidor**, que sea creíble y que sea realizable.

e) Teniendo en cuenta que una buena idea debe destacar especialmente en ofrecer una **solución a una necesidad o un deseo real de una forma diferente**.
f) **Invertir en investigación de mercado cuantitativa**: es conveniente hacer una evaluación cuantitativa con una empresa de investigación de mercado para seleccionar las ideas. Estudios de mercado sobre "motivadores de compra" y de "análisis de oportunidades de mercado no cubiertas" son muy importantes para detectar necesidades.

8.2. En el proceso de conceptualización

En la fase de ideación no es conveniente involucrar a mucha gente (por no invertir demasiados recursos), pero en la de conceptualización hay que incluir desde el principio a "todos" los departamentos involucrados: finanzas, I+D y legal, además debe ser lo antes posible para construir conceptos "posibles" y "fuertes" a partir de las buenas ideas.

a) **Priorizar por objetivos estratégicos**, para validar conceptos. Hay que tener en cuenta los "huecos" dejados por los productos o servicios previos y no salirnos del marco estratégico de la empresa.
b) **"Matar" pronto los conceptos malos**: es muy habitual enamorase de conceptos erróneos y testar numerosas veces los mismos conceptos, hay que tener en cuenta que nosotros no somos una muestra representativa del mercado.
c) **Reconocer un buen concepto**; en la fase de conceptualización, nos fijamos en los mismas dimensiones que en la ideación pero además nos aseguramos de:
   - La capacidad del concepto para **convencer**: el producto en si debe comunicar bien y su mensaje debe ser atractivo.
   - Debe ser **fácilmente localizable** debe estar en el lugar lógico, en el lugar adecuado.
   - Debe de **tener valor** (buena relación calidad/precio).
   - y **no debe tener otras barreras** que se descubren en el punto de venta (como exceso de calorías,…).
d) **Invertir en investigación de mercados**: principalmente en test de concepto (método cuantitativo que compara el resultado de respuestas de los usuarios de cada mercado respecto a cada factor de éxito con los resultados de una gran base de datos de iniciativas comparables) y en "conjoint analysis" (método cuantitativo que permite optimizar las diferentes combinaciones de variables de un concepto).

De nuevo, un buen concepto debe destacar especialmente en ofrecer una solución a una necesidad o un deseo real de una forma diferente.

8.3. En el pre-lanzamiento y en el lanzamiento

a) **Priorizar** los lanzamientos **por riesgo**. Para ello es muy importante, de nuevo, la investigación de mercados.
b) **Refinar el producto** entre los "tests" y el lanzamiento (con las nuevas evidencias que vayan saliendo de las investigaciones de mercado).
c) Hay que ser **disciplinados al traducir el concepto al "copy"** publicitario: a veces, los publicitarios cambian el concepto.
d) **Reconocer una buena propuesta de producto**: en la fase de lanzamiento, fijamos todas variables previas (de ideación y de conceptualización). Pero nos aseguramos de una más:
   - **Que el producto o servicio exceda las expectativas del consumidor**: Lo que facilitará la recompra por los usuarios que lo prueben y generen una lealtad hacia la marca (por ejemplo no hay recompra de móviles, pero si la experiencia de producto es buena se comprarán otros modelos de la misma marca).

Una propuesta ganadora no tendrá (antes del lanzamiento) descuidado ninguno de los aspectos anteriores; uno solo no cubierto puede garantizarnos el fracaso, y de nuevo un buen producto destacará en ofrecer una solución a una necesidad o un deseo real de una forma diferente.

f) Cuidar el **embalaje**. El embalaje es, muchas veces, determinante y algunas veces no se tiene en cuenta suficientemente.
g) **Invertir en investigación de mercados**: Principalmente "Concept Testing" (después de optimizado), investigación de embalajes, investigación cuantitativa de potencial de producto/servicio, investigación del "copy" publicitario e investigación cualitativa.

Evidentemente, cuantas más fortalezas, mayor probabilidad de éxito tendrá el producto en el mercado, pero todas las variables deben ser correctas.

8.4. ¿Nos aseguramos el éxito haciendolo todo bien?

Desgraciadamente la respuesta es “no”, pero aumentamos sensiblemente las probabilidades de éxito. Menos de un 10% de los productos lanzados al mercado tienen éxito, pero lo productos/servicios que siguen las buenas prácticas y que invierten convenientemente en investigación de mercados aumentan sensiblemente las probabilidad de éxito (por encima del 50%).

En casi todos los casos, la inversión en investigación cuantitativa de mercados es sensiblemente inferior al enorme ahorro de costes que significa matar una mala idea, un mal concepto o un mal producto (o servicio) antes del lanzamiento (cuanto antes, más ahorro). Precisamente en estos tiempos de crisis, es casi una temeridad lanzar productos o servicios de una manera desordenada.

Aún haciendo todo bien, son altas las probabilidades de que un producto innovador no tenga éxito (hasta el 50%). No hay certezas.

9. CONCLUSIONES

La innovación cambiará de nombre, de imagen y de líderes, pero va a estar siempre con nosotros y es el motor de la creación de valor en la empresa. Es la salida más evidente de las empresas a la actual crisis. La próxima ola de innovación (innovadores) está cerca aunque todavía no la reconocemos.

Nos debemos preparar para un posible cambio a largo plazo en los valores de los consumidores. El impacto de la recesión y el rechazo hacia el materialismo consumista, la nueva conciencia sobre la sostenibilidad, el aumento de las expectativas de la responsabilidad social corporativa y el sentimiento de que las empresas tratan a las personas como consumidores sin alma han creado un resentimiento difícil de deshacer.

La inversión en innovación debe mantenerse en plena crisis, pero apostando bien, reduciendo el número de lanzamientos y simultáneamente el porcentaje de fracasos. Aunque parezca una conclusión contra la razón, en época de crisis es imprescindible **aumentar la inversión** en estudios cuantitativos de investigación de mercado.

Se puede reducir mucho el presupuesto de publicidad, pero hay que dar soporte adecuado publicitario a los nuevos productos, reduciendo el número de lanzamientos, porque los productos más fuertes precisan menor soporte publicitario. Si no se anuncia en plena crisis, no se comunica al cliente el porqué deben comprar los productos precisamente en el momento en el que se piensa más cada compra, por lo que perderemos muchas oportunidades. Como la industria de la publicidad está en recesión se encuentran verdaderas gangas, y debemos utilizar la publicidad “on-line” (barata y eficaz).

Se puede reducir los costes de producción “solo” si no afectan a la aceptación del producto. Debemos maximizar el valor percibido, pero esto no significa bajar precios. No debemos asumir que los clientes no están dispuestos a pagar un “extra precio” por productos innovadores, hay que investigar el precio correcto antes de ponerlo. El precio es muy importante en estos tiempos, pero hay que competir en valor. Cuidado con lanzar nuevos productos “low-cost” porque baja el precio esperado de transacción de la marca. Incluso con precios bajos, el producto debe satisfacer lo esperado por el cliente.

La disciplina en cuanto a la estrategia de marketing y de investigación que se desarrollen durante la recesión y la capacidad de responder ágilmente a los cambios en la demanda seguirán al servicio de la empresa cuando la economía se recupere.

Si invertimos inteligentemente en innovación hoy, podremos sacarle buenos dividendos durante y después de la crisis. Esta no es época de gurús sino de estudios cuantitativos de mercado. Las empre-

sas que tengan una buena estrategia de innovación saldrán muy reforzadas de la recesión y "se comerán" a las que no la tengan.

BIBLIOGRAFÍA

Argandoña, Antonio. "Ethical Challenges for the New Economy, an agenda of issues" (2002).

Anthony, Scott D. Eyring, Matt and Gibson, Lib "Mapping Your Innovation Strategy" HBR (2006).

Frankenberger, Kristina D. and Graham, Roger C. – "Should Firms Increase Advertising Expenditures during Recessions?" MSI reports (2003).

Ghemawat, Pankaj. "Managing Differences: The Central Challenge of Global Strategy". HBS Press Book, (2008).

Hansen, Morten T. and Birkinshaw , Julian — "The Innovation Value Chain" HBR (2007).

Kanter, Rosa Beth Moss "Innovation, the Classic Traps", Harvard Business Review, (2006).

Kotler P. Camara D. Grande L. Cruz, L. "Dirección de Marketing". Edición Milenio (2000).

Kramer, Eric Mark – "Vanishing meaning, the ideology of value-addition, and the diffusion of broadband information technology", 2004.

Nielsen España. "Anuario 2009, guía del gran consumo". (2009).

Nielsen España. "Anuario 2009, guía del gran consumo". (2010).

Peter's, Tom and Nidumolu, Ram, C.K. Prahalad, and M.R. Rangaswami "Why Sustainability Is Now the Key Driver of Innovation" September 2009.

Pine, Joseph and Gilmore, James — "Authenticity: What Consumers Really Want" HBS Press Book, (2007).

Quelch, John A.and Jocz, Katherine E.: "How to Market in a Downturn" HBR (Abril 2009).

Von Krogh, Georg and Raisch, Sebastian – "Focus Intensely on a Few Great Innovation Ideas" HBR (2009).

Waterman's, Bob "In Search of the Excellence", Warner Books edition (1982).

Capítulo 9

Trabajo en Equipo

Autor:

Ernesto López Méndez

Ernesto López Méndez *es Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Psicólogo Especialista en Psicología Clínica, Psicopedagogo, Máster en Salud Pública, Consultor de Calidad. Autor de Los secretos de la dirección. Liderar y fortalecer organizaciones y equipos.*
Profesor de Gestión del Talento del Máster de Administración y Dirección de Servicios Sanitarios, Fundación Gaspar Casal y Universidad Pompeu Fabra.

LIDERAR ES CONSTRUIR Y FORTALECER EQUIPOS

1. GESTIÓN CLÍNICA, GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

De las 5 funciones de la gestión que se enumeran en el Cuadro 1, la función de *dirigir* es la que más directamente concierne a la gestión de los recursos humanos, al liderazgo y a la construcción y fortalecimiento de los equipos. A ella sobre todo nos vamos a referir.

CUADRO 1. LAS 5 FUNCIONES DE LA GESTIÓN

1. *Planificar*: determinar los objetivos de la organización y de los servicios que presta y establecer un conjunto coordinado de operaciones dirigidas al logro de los objetivos.
2. *Organizar:* ajustar personas, tareas y recursos a través de una estructura organizativa formal, con diferenciación vertical y horizontal, de tal modo, que se puedan realizar de modo eficaz y eficiente las operaciones dirigidas al logro de los objetivos y a la prestación de los servicios.
3. *Dirigir:* asegurar el estímulo y los esfuerzos necesarios para la realización del trabajo. Dirigir implica influir, dar instrucciones y órdenes, supervisar, liderar, motivar, comunicarse.
4. *Coordinar:* asegurar la sincronización de las actividades requeridas para el logro de los objetivos y la realización del trabajo. Cuanto mayor es la diferenciación de las actividades y la especialización de los trabajos dentro de la organización, y al mismo tiempo mayor la interdependencia, más complicada y necesaria es la función de coordinación.
5. *Controlar:* regular la ejecución de las actividades de acuerdo con lo que estaba previsto en la fase de planificación, estableciendo indicadores y normas, evaluando y reajustando la ejecución.

2. LA FUNCIÓN DIRECTIVA Y EL LIDERAZGO COMO CAPACIDAD PARA INFLUIR Y DAR SIGNIFICADO

Todo lo que ocurre en la organización y en los equipos que trabajan en una Unidad Clínica está de un modo u otro estrechamente *ligado a la influencia* más o menos explícita de la función directiva y del liderazgo. Pero esta influencia sobre el funcionamiento, los resultados, la eficacia y la eficiencia de una Unidad Clínica *no es unidireccional*, sino que es una *influencia compartida y* recíproca. Las personas que trabajan en la Unidad quieren influir en aquellos asuntos que les conciernen y a menudo lo hacen a partir de necesidades, expectativas y demandas diferentes a las que tienen los directivos de la Unidad. Ello puede conducir a discrepancias, cuestionamientos y rechazos de la función directiva, e incluso a luchas por el poder y el control que la función directiva ha de gestionar también.

3. LA UNIDAD CLÍNICA ES UN LUGAR EN EL MUNDO PARA VIVIR Y TRABAJAR

La Unidad Clínica del Dolor es un escenario en el que desempeñan sus funciones un equipo de profesionales y los directivos. En la calidad de las prestaciones clínicas de la Unidad intervienen las competencias profesionales, el modo en que se produce la interdependencia en el equipo y el modo en que se despliega la función directiva y su capacidad de influencia en el clima laboral de ese equipo.

3.1. La vida interior del equipo

En el Cuadro 2, se muestran las características que definen la naturaleza del equipo humano que trabaja en una Unidad Clínica y que han de ser tenidas en cuenta y promovidas por la función directiva.

CUADRO 2. CARACTERÍSTICAS DE UN EQUIPO

1. Un *pequeño número* de personas interdependientes.
2. Comprometidas con una *misión o propósito común* o compartido y con significado, con creencias, valores y normas de conducta compartidos.
3. Con *conocimientos, habilidades, competencias* y perspectivas diferentes y complementarias.
4. *Comprometidas con objetivos* específicos de rendimiento y de resultados, y motivadas para lograrlos a través de acciones y tareas responsables y cooperativas.
5. Comprometidas con un *enfoque o método de actuación*.
6. De todo lo cual se consideran *mutuamente responsables*.
7. En procesos y experiencias compartidas de *comunicación*, de apoyo, de aprendizaje, de cambio y de mejora continua.
8. Que contribuyen al *desarrollo del equipo* y de sus miembros.
9. Con un *sentido de pertenencia* renovado cada día.
10. Con capacidad de influencia en el entorno interno y externo de la organización.

Cada una de estas características plantea a los directivos de la Unidad numerosas preguntas (Cuadro 3) que habrán de ser respondidas en el ejercicio de la función directiva y del liderazgo.

CUADRO 3. PREGUNAS SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS DEL EQUIPO DE LA UNIDAD

1. ¿Cuál es la *misión* de equipo, su razón de ser, el propósito que justifica nuestra existencia: ¿Por qué y para qué estamos aquí?
2. ¿Es *visible* la misión del equipo y la conocemos todos?
3. ¿La *compartimos* y estamos comprometidos con ella?
4. ¿Miramos todos hacia un *horizonte común*, hacia un norte y unos objetivos comunes que organizan los esfuerzos y las tareas del equipo?
5. ¿Empujamos todos en la *misma dirección*, estamos todos en el “mismo campo” aunque tengamos cometidos y tareas diferentes?
6. ¿Cuáles son los *valores* compartidos?

7. ¿Cuáles son las *normas* y reglas básicas de conducta en la organización y funcionamiento del equipo, en la realización de las tareas, en la prestación de los servicios a los usuarios del centro y en las relaciones interpersonales en el equipo?
8. ¿Cuáles son los *objetivos* de nuestro equipo?
9. ¿Son *claros,* simples, alcanzables en un plazo de tiempo y medibles?
10. ¿Con qué claridad se *comunican* al equipo?
11. *¿Comprenden* todos esos objetivos, tienen todos clara su importancia relativa y las prioridades?
12. ¿Están de *acuerdo* todos los miembros con los objetivos, su importancia relativa y la forma en la que sus resultados van a medirse?
13. ¿Se sienten todos, individual y colectivamente, realmente *responsables* y *comprometidos* con los objetivos, con el enfoque y con los productos del trabajo?
14. ¿Han *participado* en su formulación?
15. ¿Tienen todos los miembros las *tres categorías de habilidades*: Experiencia técnica o funcional, habilidades de solución de problemas y toma de decisiones, habilidades para la comunicación interpersonal?
16. ¿Tiene cada miembro el *potencial* suficiente en cada una de las tres categorías para progresar en sus habilidades hasta el nivel requerido por el propósito y los objetivos del equipo?
17. ¿Existen *canales apropiados* para que cada uno pueda hacer la contribución específica de sus competencias y para expresar su perspectiva?
18. ¿Es el equipo un *"taller de aprendizaje*", un escenario favorable para el aprendizaje continuo? ¿Hay oportunidades y recursos para el aprendizaje y el crecimiento personal?

3.2. Función directiva, liderazgo y clima laboral

La influencia de la función directiva y del liderazgo juega un papel cardinal en la creación en la vida del equipo de la Unidad de un *clima laboral* que repercutirá en el *bienestar* de las personas que trabajan en él. En el Cuadro 4, se comentan cuatro dimensiones de la vida de un equipo en las que tiene impacto la función directiva.

CUADRO 4. DIMENSIONES DEL CLIMA LABORAL DEL EQUIPO AFECTADAS POR LA FUNCIÓN DIRECTIVA

Estudio Whitehall	Realizado con una amplia muestra de funcionarios británicos, muestra una distribución significativamente desigual en la mortalidad y en la morbilidad física y psicológica, observándose un gradiente social según el cual los altos directivos muestran tasas de prevalencia menores, aumentando esas tasas conforme se reduce el estatus ocupacional y educativo de los empleados. Uno de los mecanismos que intervienen en la vulnerabilidad a la enfermedad por parte de las personas que están en un estatus socioeconómico bajo o subordinado tienen que ver con el mayor o menor control para afrontar las demandas y estresores del entorno y pueden exacerbarse en los contextos organizativos en donde las asimetrías en el poder son muy acusadas.
Modelo de tensión laboral	El modelo establece que la combinación de una alta exigencia ocupacional y un bajo control y capacidad de decisión sobre cómo realizar la tarea es una experiencia que constituye un factor de riesgo para la salud.

Desequilibrio esfuerzo-refuerzo	El modelo establece que el riesgo para la salud deriva de la experiencia de desequilibrio o falta de equivalencia y reciprocidad entre los altos esfuerzos invertidos en la tarea y la baja recompensa recibida como resultado, en forma de dinero, reconocimiento y aprobación social, seguridad laboral y oportunidades de carrera profesional. Ambos modelos, el de tensión aboral y el de esfuerzo-refuerzo, por separado tienen poder de predicción para explicar el estrés ocupacional si bien ambos, combinados, tienen una capacidad mayor que por separado, de predecir los problemas psicológicos y la satisfacción en el trabajo.
Justicia en el trabajo	Se considera indicador de justicia en el trabajo el que el empleado crea que su supervisor toma en consideración sus puntos de vista, comparte con él información en relación con la toma de decisiones y le trata con imparcialidad y de manera veraz. Los resultados del estudio mostraron que el riesgo de padecer un incidente de coronariopatía es un 30% menor entre las personas que experimentan un alto nivel de justicia en el trabajo que entre los que experimentan niveles bajos o intermedios. Estos resultados muestran que el ejercicio de la justicia en el trabajo por parte de los directivos constituye un factor protector en relación con la incidencia de coronariopatías. En estudios previos, la experiencia de un alto nivel de justicia en el trabajo también ha sido relacionada con un aumento en la motivación y en la cooperación y una disminución de los niveles de disestrés, de emociones negativas y de bajas por enfermedad. Por otra parte, un alto nivel de justicia en el trabajo se relaciona con una menor tensión laboral y con un mayor equilibrio esfuerzo-refuerzo.

4. FUNCIÓN DIRECTIVA, PRODUCTIVIDAD Y PARTICIPACIÓN EN EL EQUIPO

Productividad y participación son dos dimensiones de la vida del equipo de la Unidad que se pueden ver afectadas también por la influencia de la función directiva y del liderazgo. En el Cuadro 5, se muestran algunas características de la productividad del equipo que los directivos han de tener en cuenta.

CUADRO 5. CARACTERÍSTICAS DE LA PRODUCTIVIDAD DEL EQUIPO DE LA UNIDAD

1. La productividad de un equipo es superior a la productividad individual cuando la naturaleza de la tarea requiere la *división del trabajo* y cada miembro del equipo hace su contribución específica.
2. En los procesos y problemas que implican una *serie de pasos*, cada uno de los cuales tiene que completarse correctamente antes de dar el paso siguiente, los equipos tienen la ventaja de que un paso en falso puede ser detectado y corregido por otros miembros del equipo y por la función directiva antes de seguir adelante en una dirección equivocada.
3. Cuando la tarea es de tal naturaleza, que los conocimientos y habilidades de los miembros del equipo se pueden *aunar para contribuir al producto*, el rendimiento del equipo será superior al rendimiento de un individuo dedicado por entero a la tarea.
4. La productividad de un equipo será tanto mayor, cuanto mayor sea su *cohesión,* siempre y cuando el equipo haga suyo el objetivo de la tarea.
5. Cuando la alta productividad *no es recompensada* o, por el contrario, acarrea inconvenientes tales como asignación de más trabajo, es probable que la productividad disminuya, tanto más cuanto más cohesivo sea el grupo.

6. Cuando el objetivo y el producto del equipo es alcanzar el *consenso* en una decisión o en la solución de un conflicto, cuanto más cohesivo es el equipo, más esfuerzos hace para lograr el acuerdo.
7. La productividad es mayor cuando el equipo sabe *qué* hay que hacer y *cómo* hay que hacerlo.
8. La productividad del equipo en la solución de un problema es mayor si utiliza *procedimientos ordenados de solución de problemas.*
9. La productividad está positivamente asociada con la *participación del equipo* en la toma de decisiones y con el *interés* mostrado por las personas que desempeñan funciones directivas.
10. Cuando un equipo hace frente a un cambio en los métodos de trabajo o en los estilos de intervención, la productividad posterior a la incorporación del cambio es mayor en equipos que han participado en la discusión acerca de cómo debía hacerse el cambio, que en equipos que sólo han sido informados de que el cambio se iba a introducir.

La participación y el compromiso de los miembros del equipo de la Unidad con los objetivos y tareas que tienen encomendados constituyen sin duda una de las responsabilidades más importantes de la función directiva. El Cuadro 6 muestra algunas de las ventajas de la participación.

CUADRO 6. VENTAJAS DE LA PARTICIPACIÓN

1. Cuando los miembros del equipo participan, es probable que *se sientan mejor* dentro del equipo, *se involucren* más en la obtención de los objetivos del mismo y *se interesen más* por sus éxitos.
2. La puesta en práctica de una *decisión* probablemente será mejor si las personas del equipo han participado en el proceso de decisión.
3. La participación proporciona *percepción de control* sobre los acontecimientos que afectan al equipo y sobre los resultados de sus programas y acciones.
4. Con la participación, se *reduce la incertidumbre*.
5. La participación es una oportunidad para *conocer mejor al propio equipo* y para aprender a hacer contribuciones útiles.
6. Es una oportunidad para satisfacer las necesidades de *autoestima*, de *aceptación* social y de *desarrollo profesional*.
7. Favorece la *apertura de canales de comunicación* y hace decrecer los rumores y las percepciones interpersonales deformadas.

5. LOS MIEMBROS DEL EQUIPO SON PATRIMONIOS DE LA HUMANIDAD

Dirigir y liderar un equipo implica dirigir el *factor humano*, su activo más importante, dirigir personas, biografías personales, con su comportamiento, con sus conocimientos y competencias, con su historia personal y profesional específica. Cada biografía personal es singular, un “patrimonio de la humanidad” único, irrepetible y exclusivo, diferente a los demás, con características complejas (Cuadro 7).

CUADRO 7. ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO

1. Cada persona, cada biografía personal del equipo, tiene *5 dimensiones complejas* (percibir, pensar, sentir, actuar, biología) envueltas por una “membrana” selectivamente permeable. que preserva su individualidad y su intimidad.

2. Tiene *objetivos, necesidades, valores e intereses* específicos.
3. Tiene una *peculiar manera de ver* y de vivir el mundo, de pensar, de sentir y de actuar.
4. Tiene una *perspectiva personal* que considera genuina, que a veces es difícil de cambiar y que muy a menudo es *diferente* de las de los demás, lo cual va a tener importantes repercusiones en las relaciones interpersonales formales e informales, en la disposición para cooperar en el trabajo en equipo.
5. Quieren que su perspectiva sea *tomada en consideración*.
6. Tiene una *historia biográfica* y un patrimonio histórico de experiencias vitales y significativas, de conocimientos, competencias y habilidades que la enriquecen.
7. Tienen un específico *autoconcepto* o autoimagen y un grado mayor o menor de *autoestima*.
8. Disponen de un grado mayor o menor de *autoeficacia* para distintas tareas.
9. A cada biografía hay algunas cosas, personas, actividades o situaciones de la organización y de los usuarios que *le importan* mucho y que tienen para ella mucho *significado*, otras le importan poco o nada y le resultan insignificantes.
10. A cada biografía le *motivan* unas determinadas cosas, personas, actividades o situaciones, y no le motivan otras.

5.1. Son muy sensibles a las consecuencias

El comportamiento de las personas del equipo, su grado de compromiso con los objetivos y tareas, su disposición para participar y para cooperar con los demás y con los directivos de la Unidad depende mucho de las *consecuencias y resultados* que obtengan con esos comportamientos. Entre otros efectos sobre el comportamiento, los resultados pueden ser una fuente de información valiosa (Cuadro 8).

CUADRO 8. LOS RESULTADOS COMO FUENTE DE INFORMACIÓN

1. Sobre el grado de ajuste de la acción y de la tarea realizada y de las competencias y habilidades empleadas para realizarla.
2. Sobre la eficacia y la eficiencia alcanzada, sobre la capacidad que uno tiene de provocar con su comportamiento cambios significativos en el contexto.
3. Sobre lo que volverá a ocurrir probablemente en el futuro y sobre lo que será conveniente hacer en próximas ocasiones, sobre lo que compensa o recompensa hacer en lo sucesivo y en qué condiciones conviene hacerlo. Tienen carácter predictivo.
4. Sobre la importancia y el valor que la tarea y el esfuerzo tienen para la organización y el equipo.
5. Sobre el valor de la persona que la ha realizado.
6. Sobre su grado de autoeficacia y competencia ejecutiva.
7. Sobre su capacidad de influencia y de control.

5.2. Consecuencias que compensan o que no compensan

Cuando un miembro del equipo obtiene consecuencias y resultados valiosos y le compensa o le recompensa hacer algo, su comportamiento se hace funcional y significativo y es más probable que esté motivado para volverlo a hacer y para hacerlo con mayor frecuencia. De este modo, las consecuencias pueden potenciar, reforzar el comportamiento, otorgarle fortaleza, convertirse en *consecuencias reforzadoras*. La

probabilidad y la frecuencia son de hecho indicadores de la fortaleza del comportamiento. Cuando, por el contrario, el comportamiento, el esfuerzo realizado, el compromiso y la implicación en la tarea no tienen consecuencias funcionales y valiosas o tienen consecuencias negativas, cuando no compensa o no recompensa hacer las cosas, cuando "no sirve para nada" el hacerlas, cuando los esfuerzos han sido en vano, cuando tiene costes, cuando implica pérdidas (de control, de derechos adquiridos …) o cuando se reciben castigos por hacerlas, es más probable que se dejen de hacer, que se hagan con dejadez, que funcione la ley del mínimo esfuerzo, que exista "escaqueo" o que se manifiesten resistencias a hacerlas, y es menos probable que se vuelvan a hacer en el futuro. Estas consecuencias son *debilitadoras del comportamiento*.

Cuando además las personas del equipo *no tienen control* sobre lo que puede ocurrirles, no pueden influir con sus decisiones y acciones en el curso de las cosas que les afectan y no controlan las consecuencias adversas, pueden sentir indefensión y desaliento (Síndrome de estar quemado o de desgaste profesional).

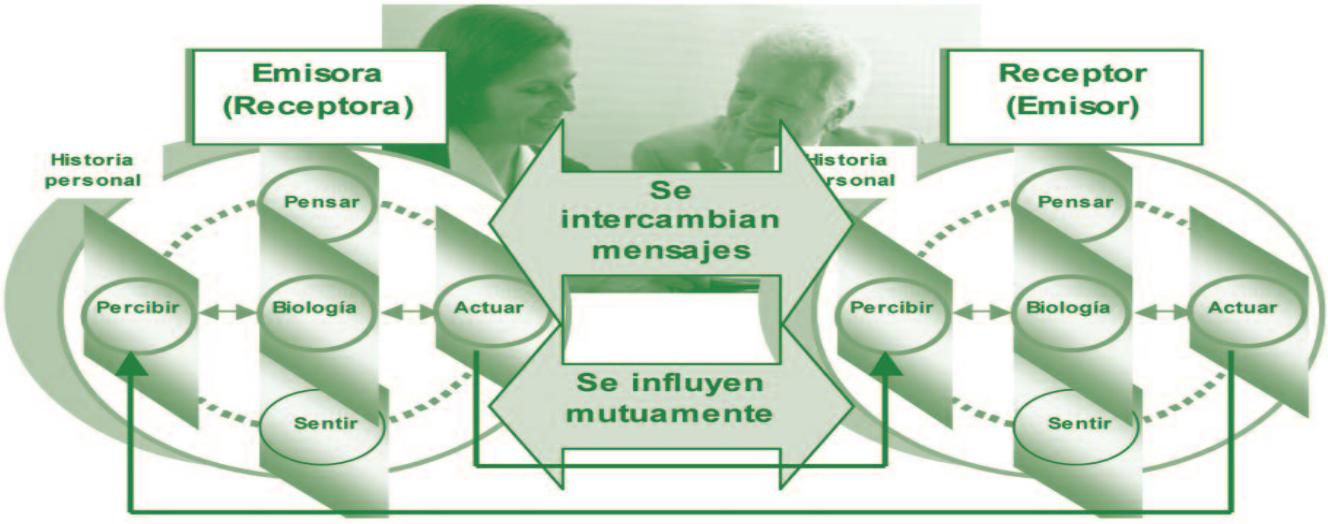
6. LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL EN LA CONSTRUCCIÓN Y FORTALECIMIENTO DEL EQUIPO

El desarrollo de la mayor parte de la tarea directiva y del liderazgo y de los intentos de influencia sobre las personas del equipo de la Unidad Clínica acontece en escenarios y situaciones de *naturaleza interpersonal* y mediante *actos comunicativos*. Por ello, la comunicación es una de las competencias directivas más importantes, y las estrategias de gestión de la comunicación interna dentro del equipo tienen una importancia cardinal en el desarrollo directivo y en la construcción y fortalecimiento del equipo de la Unidad.

6.1. La comunicación es un encuentro entre biografías

La Figura 1 es un esquema de la estructura de la comunicación interpersonal. Podemos imaginar que los *protagonistas del encuentro* son la biografía de la directora de la Unidad, con las cinco dimensiones a las que se aludía más arriba y con su historia y patrimonio biográfico, y la de un profesional que trabaja en la Unidad desde hace años. La directora está comentando un informe que el profesional ha preparado. Los dos son "todo un mundo" y se comunican con sus biografías enteras. Por una parte se transmiten mensajes con un determinado contenido, y, al mismo tiempo, establecen una relación interpersonal.

FIGURA 1. LA COMUNICACIÓN EN EL EQUIPO ES UN ENCUENTRO ENTRE DOS BIOGRAFÍAS



Las acciones comunicativas de la directora con sus comentarios sobre el informe la convierten en una *emisora* de mensajes que afectan en mayor o menor grado a toda la biografía del profesional y que activan, a su vez, su comportamiento comunicativo. El profesional es un *receptor*, más o menos receptivo a los mensajes de la directora. Pero es, a la vez, emisor.

6.2. ¿Permeables o impermeables?

Un aspecto importante del proceso de comunicación que se produce en las transacciones de la vida del equipo de la Unidad es la *permeabilidad* que los interlocutores muestran hacia los mensajes de los demás. Las personas del equipo pueden ser permeables a los mensajes y a la influencia de los directivos o, por el contrario, ser impermeables. Lograr la permeabilidad de las personas del equipo es uno de los retos que tiene la función directiva.

6.3. ¿Compensa o no compensa?

Los resultados que la directora consigue del profesional (la atención que éste le presta, el grado de acuerdo o desacuerdo que le muestra, los gestos de aprobación, desaprobación o de sorpresa) hacen que le *compense* comunicarse con él o que no le compense, que la comunicación con él cumpla funciones significativas para ella o sea insignificante, que su comunicación con él se refuerce o que, por el contrario, se debilite o incluso se extinga. Pero, del mismo modo, los resultados que el profesional logra con la elaboración del informe y con su presentación a la directora (el interés que ésta se toma en leerlo, el grado de profundidad de sus comentarios, el elogio que hace del contenido, el grado de acuerdo o desacuerdo, el impacto que tiene el informe para el equipo y para la Unidad Clínica) hacen que le *compense* comunicarse con ella o que no le compense, que la función con ella cumpla funciones significativas para él o sea insignificante, que su comunicación con ella se refuerce o que, por el contrario, se debilite o incluso se extinga en lo sucesivo y que el profesional sea más o menos permeable a lo que la directora le comunica.

6.4. El poder de la interdependencia

Otro fenómeno característico de la comunicación de los directivos con las personas del equipo es la *interdependencia*. La directora influye en el comportamiento del profesional por lo que dice acerca del informe, y por lo que hace y dice en respuesta a lo que hace y dice el profesional. Por eso, podemos decir que, en gran medida, el comportamiento comunicativo del profesional y su comportamiento en la vida del equipo está *en función* del comportamiento comunicativo de la directora, es decir, *depende de él*, adquiere sentido visto a la luz del comportamiento de la directora, no es independiente de él. En la comunicación interpersonal entre las personas del equipo y de los directivos con los miembros del equipo está omnipresente la *interdependencia*. Esto quiere decir que los directivos, a través de su comportamiento comunicativo y de lo que hacen y dicen, y de cómo lo hacen y dicen, tienen cierto grado de *control* sobre el comportamiento de las personas del equipo y pueden de este modo influir favorablemente en su comportamiento, si bien pueden también tener un impacto negativo. Por ello, los directivos de la Unidad Clínica son también en cierta medida *responsables* del comportamiento que manifiesten los miembros de la Unidad, de su motivación, de su compromiso con los objetivos y tareas, de su permeabilidad, de su disposición para el cambio y de la calidad con la que presten servicios a los pacientes de la Unidad.

6.5. Los obstáculos en la comunicación

Así como los directivos despliegan, como veremos después, numerosas competencias y habilidades para la comunicación interpersonal, también es importantes que traten de evitar las barreras y obstáculos que pueden hacerla difícil (Cuadro 9).

CUADRO 9. BARRERAS Y OBSTÁCULOS PARA LA COMUNICACIÓN

a. Dar por válidas las "primeras impresiones" formadas por las apariencias.

b. Utilizar acusaciones, culpabilización y amenazas.

c. Hacer preguntas de reproche: *"¿cómo se te ocurre decir semejante tontería?", "¿en qué estarías pensando?", "¿por qué no haces nunca lo que dices?", "¿no te parece que ya has hablado lo suficiente?", "¿cuándo vas a actuar de una manera sensata?", "¿cómo te tengo que decir las cosas para que lo entiendas?", "¿por qué eres tan desagradable?"*.

d. Declaraciones del tipo "deberías", "tienes que": *"deberías haber sido más responsable", "no deberías haberle hecho caso", "tienes que tomarte esto más en serio"*.

e. Adoptar una postura de experto (cuando alguien plantea un problema, ya tengo la respuesta, antes incluso de que haya terminado su exposición) y "sabelotodo", y "mirar por encima del hombro": *"a ver si consigues entender de una vez lo que te quiero decir", "yo ya lo habría terminado hace tiempo".*

f. Contrargumentar: *"me dices que esto te fastidia, también yo estoy fastidiado y me aguanto"*.

g. Expresar los puntos de vista, las perspectivas, las opiniones como si fueran hechos, como si el "mapa fuese el territorio": *"las cosas son así, por supuesto",* en lugar de *"desde mi punto de vista…" o "a mí me parece que…"*.

h. Dificultar la comunicación bidireccional: *"te lo he dejado muy claro y no hay más que hablar", "no hay pero que valga"*. Dificultar los intentos de nuestro interlocutor por intervenir en la definición de las reglas de la relación y por tener control sobre ella: *"te lo digo yo y basta", "no te permito que me digas lo que tengo que hacer*".

i. Interrumpir la conversación de manera unilateral: *"no voy a seguir hablando de eso, se acabó", "olvídalo, ¿vale?", "contigo no hay quien pueda hablar, así que déjalo".*

j. Usar generalizaciones (siempre, nunca, todos, nadie): *"siempre estás igual, no tienes remedio", "nunca se te ve un detalle", "no es posible hablar contigo", "eres tan suspicaz, que no se te puede decir nada", "a las mujeres no os importa que…*", *"todos los hombres son iguales* ".

k. Usar el sarcasmo: *"no, no me molesta en absoluto tu falta de compañerismo, me encanta*".

l. Amenazar: *"como vuelvas a dejar las cosas sin recoger, te vas a enterar*".

m. Dar consejos, seguridades y soluciones prematuros, sin haber escuchado lo suficiente y sin que hayan sido pedidos: *"lo que tienes que hacer es…", "te ahogas en un vaso de agua, tienes que tomarte la vida de otra manera*", *"tú hazme caso a lo que yo te digo, sé muy bien lo que te conviene"*, *"no me gusta dar consejos, pero yo que tú no haría eso"*.

n. Utilizar de términos vagos, confusos o ambiguos: *"te convendría abrirte un poco más a un horizonte creativo y hacer de tu comunicación una fuente de autorrealización"*.

o. Ignorar, desoír o rechazar mensajes importantes del interlocutor: *"dices que esto te ha afectado mucho, sí, vale, pero ¿te has preguntado si no ha sido todo por culpa tuya?", "no entiendo por qué te lo tomas de esa manera, te enfadas por nada", "eso no tiene importancia", "no es para tanto", "calma, no te preocupes", "le das excesiva importancia a las cosas"*).

p. Distraerse con otras tareas o pensamientos, "estar en las nubes" o estar pensando la respuesta que vamos a dar.

q. Juzgar los mensajes del interlocutor: *"es una opinión completamente fuera de lugar", "haces una montaña de un grano de arena"*. Hacer presuposiciones, interpretaciones y conjeturas del comportamiento del otro, sin hacer comprobaciones y dando por hecho que se ajustan a la realidad: *"me dices esto para fastidiar", "dices que estás disgustado, pero en el fondo no lo estás", "lo que pretendes es dejarme quedar mal, ya lo sé", "llegas tarde a la reunión porque en realidad no te interesa lo que estamos tratando",*

"como no me llamaste, supuse que no tenías interés en verme"," la causa de todos tus males es tu falta de personalidad".

r. Hacer "diagnósticos de personalidad" y poner etiquetas "psicopatológicas" para tratar de "explicar" el comportamiento de los demás: *"no estás bien de la cabeza", "es una neurótica*", *"no has sido capaz de superar tus frustraciones", "eres una persona muy confusa y por eso no te aclaras"*.

s. "Leer el pensamiento": *"puedo leer tu pensamiento", "te conozco muy bien y ya sé lo que estás pensando, no creas que me vas a engañar*".

t. Usar etiquetas y adjetivos para referirse a lo que la persona "es", en lugar de describir lo que ha ocurrido o lo que la persona "hace": *"eres la típica persona…", "eres muy dogmático", "¡qué lenta eres!", "mantienes una actitud muy negativa", "eres incapaz de pensar por ti mismo", "deberías ser un poco más razonable".*

u. Disputar sobre diferentes versiones de sucesos pasados: *"no fue así…, lo que ocurrió en realidad fue…", "sí que me lo dijiste, aunque ahora lo niegues"*.

v. "Enrollarse" extensamente, sin dejar que el interlocutor intervenga.

w. Llevar la contraria por sistema.

7. COMPETENCIAS Y HABILIDADES PARA CONSTRUIR Y FORTALECER EQUIPOS

A continuación, se exponen algunas *competencias y habilidades básicas* de comunicación con las que los responsables de la Unidad pueden desplegar su tarea directiva y su liderazgo en la construcción y fortalecimiento del equipo.

7.1. Clarificar los objetivos

En cualquier situación de comunicación, es importante definir de manera clara los *objetivos comunicativos*: por qué y para qué comunico estos mensajes y no otros, en qué dirección quiero ir y quiero influir, hacia dónde quiero moverme, hacia dónde quiero que se muevan las personas de la Unidad, a dónde quiero llegar al comunicarme. Estos objetivos han de ser formulados *en positivo*: (qué quiero o prefiero que ocurra, no que deje de ocurrir, a*cercarme a algo* que quiero más que *alejarme de* **algo** que no quiero), formulados en términos de *resultados* (qué resultados quiero conseguir), formulados de manera *clara, específica y concreta*.

7.2. Preparar el momento y el lugar

Conviene plantearse: ¿es un *lugar* adecuado, es un *momento* adecuado para comunicarme, teniendo en cuenta el asunto sobre el que quiero comunicar, teniendo en cuenta la persona con la que me quiero comunicar? En muchas ocasiones, será necesario *formalizar un escenario* a propósito para crear un clima cálido y de confianza y seguridad. En muchas ocasiones, será necesario *dedicar un tiempo* a propósito para la comunicación.

7.3. Abrir las puertas de la comunicación bidireccional

Si la comunicación es un encuentro entre biografías, la biografía de mi interlocutor ha de poder *comunicar cómo percibe y cómo siente* lo que yo le he comunicado. Esto tiene numerosas ventajas (Cuadro 10).

CUADRO 10. CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNICACIÓN BIDIRECCIONAL

1. Mantiene los canales de comunicación y las puertas abiertas para permitir la entrada y salida de ideas y opiniones, la presentación de objeciones y dificultades y la demanda de más información.
2. Aumenta la certeza y la precisión de la transmisión y la comprensión de los mensajes y disminuye los errores y malentendidos.
3. Aumenta el sentimiento de confianza en quien transmite los mensajes y en quien los recibe.
4. Favorece y mejora la experiencia y los recursos de quien comunica los mensajes.
5. Disminuye las dudas que el emisor suele tener en la comunicación unidireccional.
6. Disminuye la frustración, la irritación e incluso la hostilidad que los receptores de los mensajes pueden llegar a sentir en la comunicación unidireccional y reduce las críticas a la tarea propias de ese tipo de comunicación.
7. Suele requerir bastante más tiempo que la comunicación unidireccional.
8. Algunas personas pueden tener dificultades en mostrar reciprocidad y ser reacios a hacer preguntas, pedir aclaraciones, pedir más información, reconocer sus errores, por miedo a parecer poco competentes, por miedo a recibir críticas o correcciones inadecuadas o por otros motivos.
9. Aumenta la satisfacción en el proceso de comunicación.
10. Aumenta el grado de control sobre el proceso de comunicación.
11. Promueve el compromiso y la responsabilidad compartida en el desarrollo de los procesos de la organización y del equipo.

7.4. Validación biográfica: construir sobre cimientos sólidos

Ante la magnitud, la complejidad y el valor de los "patrimonios de la humanidad" que constituyen las personas del equipo de la Unidad, *validar* es reconocer y acreditarles ese valor y comunicarles ese reconocimiento y acreditación. Al hacerlo, les definimos y les comunicamos cuánto significan para nosotros, para la Unidad y para la organización en su conjunto. Esto supone, entre otras cosas explorar e identificar sus talentos y puntos fuertes, mostrar interés y respeto por sus objetivos, necesidades e intereses, mostrar interés y respeto por su perspectiva personal, mostrar interés y respeto por sus resistencias.

7.5. Comunicarse con seguridad y firmeza con mensajes yo

El "mensaje yo" es aquél que se comunica "en primera persona" y *desde la propia perspectiva*. Este tipo de mensajes define el origen personal de lo que comunicamos.

1. Necesidades e intereses y problemas: *"Necesito…", "lo que más me interesa en este momento es…".*
2. Problemas y preocupaciones: *"me encuentro ante un grave problema.", "estoy muy preocupado por…".*
3. Sentimientos: *"Me siento mal", "estoy desconcertado", "comprendo que…", "me entristece…", "me gusta"*.
4. Opiniones: *"En mi opinión…", "desde mi punto de vista", "yo veo las cosas desde otro ángulo", "yo estoy convencido de…", "no comprendo lo que me quieres decir"*.
5. Deseos, preferencias, aspiraciones y peticiones: *"Me gustaría que…", "yo te ruego que…", "deseo decirte que…", "prefiero…"*.
6. Decisiones: *"Después de haber oído los diferentes puntos de vista, he decidido que…", "ante la solicitud que me haces, mi respuesta es un sí claro", "no puedo concedértelo, lo siento", "sé que corremos un riesgo, pero asumo la responsabilidad de la decisión*".

7.5.1. La firmeza del "mensaje yo"

Con el "mensaje yo",

a. *Hago valer con firmeza la legitimidad de mi perspectiva personal*, de mis necesidades, intereses, opiniones, puntos de vista, deseos, sentimientos y decisiones, hablo por mí mismo, asumo la responsabilidad de mi perspectiva y de mi función directiva, no la diluyo en afirmaciones genéricas y no se la imputo o atribuyo a los demás, no les culpo o reprocho por lo que a mí me concierne.

b. Al mismo tiempo, *muestro respeto* y no pongo en discusión ni evalúo la legitimidad de la perspectiva de los demás.

a. Los demás no tienen que *"adivinar"* o hacer interpretaciones aventuradas acerca de mis necesidades, deseos, sentimientos y opiniones en relación con lo que ocurre en la unidad y en el equipo.

b. Es probable que mis necesidades, opiniones, deseos y sentimientos sean más *dignos de crédito*, y que las personas de la organización se "hagan cargo" de ellos y los tengan en cuenta.

c. Promuevo una *mayor permeabilidad* en mi interlocutor, al contrario de lo que ocurre con el "mensaje tú" que puede ser un obstáculo y hacer que los demás se lo tomen como una ofensa, se pongan a la defensiva, muestren más "cerrazón" y resistencia, sientan ansiedad u hostilidad y pasen al contraataque.

d. Puedo ser *más persuasivo/a***,** me es más fácil influir, llegar a convencer, sin presionar, sin invalidar y sin herir a los demás.

e. *Facilito* la expresión de las diferencias, de los desacuerdos y de las peticiones de cambio y creo un clima en el *que resulta más fácil resolver los problemas y conflictos.*

f. En las situaciones emocionalmente difíciles, me es más ***fácil mantener la calma,*** controlar el riesgo de "perder los estribos" y la paciencia, autorregular el "carácter fuerte" o impulsivo.

7.5.2. Estructura del "mensaje yo"

a. *Describo* breve y escuetamente la situación o el comportamiento sobre el que quiero comunicar mi opinión, mis sentimientos, deseos, necesidades o decisiones, sin juicios de valor, etiquetas personales *("eres un…")* o generalizaciones (*"siempre…", "nunca…"*): *"Cuando……", "estando…"*.

b. *Expreso* directamente, sin miedo y sin ocultamientos necesidades, opiniones, deseos, sentimientos y decisiones.

c. Describo las *consecuencias* o efectos que dicho comportamiento o situación tiene o puede tener: *"Porque……" "esto ocasiona……"*

d. Con *lenguaje no verbal* apropiado que sea coherente con lo que digo.

7.6. Escuchar atenta y activamente para fortalecer al equipo

Los directivos de la Unidad son "centros neurálgicos" que gestionan ingentes cantidades de información y de conocimiento. Por eso, es muy importante la competencia directiva para *escuchar* atenta y acti-

vamente, en conjunción con la competencia para preguntar y comunicar información. La competencia para escuchar tiene varios componentes:

a. Lo hago con *disposición psicológica favorable*, tratando de situarme en el punto de vista de quien me habla y de identificar el significado que tiene para él/ella lo que me comunica y cuánto le importa, aún cuando no necesariamente lo comparta.

b. *Observo* y calibro el comportamiento de mi interlocutor/a.

c. Con *lenguaje no verbal* elocuente, que dice mucho de la consideración que tengo por quien me habla.

d. Con las *palabras adecuadas*.

e. Trato de identificar *puntos de interés común* y aspectos que comparto en lo que están comunicando.

7.6.1. Escuchar es tomar en consideración

Cada persona del equipo quiere *ser tomada en consideración* en su singularidad y diferencia. De eso dependen en buena medida su autoimagen y su autoestima. Cuando escucho, tomo en consideración su *biografía diferente*, con necesidades, expectativas, experiencias, y sueños diferentes, con formas de percibir, pensar, sentir y actuar diferentes, su *historia personal* diferente que le sigue a todas partes y que se sigue haciendo, su *mundo propio*, su *punto de vista*, su perspectiva, su deseo de *influir* y *decidir* en aquellos asuntos que les afectan dentro del equipo.

7.6.2. Escuchar es parafrasear

Parafrasear es un componente de la habilidad de escuchar. Es reflejar sin juzgar y retransmitir con mis propias palabras (pero no "repetición de papagayo") una palabra o una frase que mi interlocutor acaba de pronunciar: *"parece que…", "en otras palabras…", "a ver si te he entendido bien, lo que me estás diciendo es…"*. Posteriormente, escucho y observo, y en su caso, pregunto para comprobar si la paráfrasis que hago ha sido correcta y eficaz: *"¿es así?, "¿es esto lo que querías decirme?", "¿te he entendido bien?"*.

7.6.3. Escuchar es comunicar empatía

Los sentimientos y emociones, la dimensión afectiva, son una dimensión de la biografía personal de todos los miembros del equipo y están siempre presentes aún en las situaciones y actividades del trabajo diario que pueden considerarse más racionales. Están desde luego presentes en las circunstancias difíciles, en las decisiones importantes y cuando nos enfrentamos a los conflictos. Mostrar empatía es *escuchar activamente esa dimensión de afectiva* de la biografía, reconocer y no negar las emociones y sentimientos.

Trato, pues, de "meterme en su pellejo" y de comprender los motivos por los que se sienten así, comunico que me hago cargo del impacto emocional de una determinada situación por la que están pasando, observando y calibrando bien sus mensajes no verbales además de sus palabras: *"Te sientes… por todo lo que ha ocurrido", "me hago cargo de que lo ocurrido supone una experiencia…", "te estoy escuchando y tengo la impresión de que…", "tus palabras suenan como si estuvieras….", "comprendo que con todo lo que ha pasado… te sientas…", "sé que no va a ser fácil…", "debe de ser muy frustrante haber hecho el esfuerzo que has hecho y encontrarte ahora con todo esto…", "me da la sensación de que estás disgustada…", "es muy humano que sientas lo que estás sintiendo…"*.

7.6.4. Escuchar es comunicar acuerdo

Escuchar supone, aún en las situaciones de divergencia y de conflicto, prestar expresamente atención y *consideración positiva* a todos aquellos aspectos que tenemos en común, que tienen importancia para ambos y que podemos *compartir* con las personas del equipo de la Unidad. Ello comporta *mostrar acuerdo* con ellas, en lugar de mostrar desacuerdo y "peros" en un primer momento con aquellos otros aspectos de los que podemos disentir.

a) El valor del acuerdo

El acuerdo no reconoce y legitima tan sólo las razones, opiniones o contenido argumental de nuestro interlocutor, sino también, o sobre todo, la biografía que los comunica, su deseo de que sus opiniones sean tomadas en consideración y el papel que quiere desempeñar en la relación interpersonal y en la vida del equipo.

b) Los grados del acuerdo

Acuerdo parcial, reconocimiento de que al otro le asisten razones y motivos para decir lo que dice, sin que lo tengamos que hacer necesariamente nuestro: *"Tienes una amplia experiencia y no eres una persona que diga las cosas a la ligera, estoy seguro de que tienes mil razones para opinar como opinas en este tema, y las respeto, aunque sabes que no las comparto todas ellas…"*, *"de todo lo que has dicho, hay varias cosas que comparto contigo: en primer lugar…"*. *Acuerdo total*, manifestación de que estamos completamente de acuerdo: *"Te estoy escuchando y puedo decirte que estoy completamente de acuerdo con lo que estás diciendo"*.

7.6.5. Escuchar es preguntar

La competencia para la escucha activa comporta también la habilidad para *hacer preguntas apropiadas y apropiadamente*:

a. Preguntas *cortas y directas* que puedan ser comprendidas de manera clara e inequívoca.

b. Preguntas *¿Qué?* para conocer los objetivos, necesidades, valores e intereses, y lo que les importa a las personas con las que nos estamos comunicando.

c. *"¿Podemos?"* e incluso mejor *"¿cómo podemos?"*.

d. Cautela con las *preguntas ¿por qué? ("¿por qué has hecho…?", "¿por qué no has hecho lo que te dije?", "¿por qué has vuelto a cometer este error?", "¿por qué una y otra vez desoyes las instrucciones que te he dado?"*), excepto cuando se hacen en un proceso de evaluación.

e. Cuidado con las *preguntas "retóricas"*: *"¿Cómo es posible que a estas alturas estemos todavía preguntando lo que cada uno tiene la obligación de hacer?"*.

f. Cuidado con las *preguntas sarcásticas* (*"¿dónde tenías la cabeza cuando hiciste esto?", "¿pero tú crees realmente que has estudiado el tema con la suficiente profundidad como para hacer una aportación sensata?"*).

g. Puedo hacer las preguntas *de manera indirecta*, sobre todo cuando la manera directa podría parecer desafiante: *"no estoy seguro de haber comprendido bien cuándo tienes previsto comenzar el*

proyecto", "me gustaría saber qué opinas", "te agradecería que me explicaras por qué es esto tan importante para ti", "me pregunto si…".

h. Hago *preguntas abiertas* por regla general si deseo que mi interlocutor/a revele más datos e información. En general, evito las preguntas que conduzcan a respuestas de "sí" o "no", pues estas respuestas dan menos información y no permiten al interlocutor/a hacer visibles sus conocimientos, lo que hace y el valor de lo que hace, los matices. Las preguntas abiertas permiten al interlocutor determinar él mismo la dirección de sus respuestas.

i. Hago *preguntas cerradas* cuando tengo necesidad de información específica o de corroborar una información previa.

j. Las preguntas de clarificación son preguntas "brújula" que nos permiten *retomar el rumbo* en el curso de una conversación: *"¿a qué te estás refiriendo?", "¿quieres decir que…?", "¿qué quieres decir con…?"*.

7.7. Fortalecer al equipo comunicando reconocimiento y estima

Comunicar reconocimiento es comunicar *información sobre el valor* que tienen el comportamiento, los esfuerzos realizados y el rendimiento alcanzado por las personas del equipo de la Unidad, sobre el *valor de la persona* que lo realiza, sobre el *impacto positivo* de ese comportamiento en la vida y el rendimiento del equipo, y sobre la *estima* que el equipo, la organización y la sociedad tienen por lo que se ha hecho. Son múltiples las estrategias para comunicar reconocimiento. Entre otras:

a. Investigo, indago, busco en la vida del equipo y en el comportamiento de todos sus miembros los sucesos y comportamientos merecedores de reconocimiento y tomo buena nota de ellos.

b. Lo *personalizo*: el reconocimiento va dirigido al *núcleo de la persona* que lo recibe, y no a los posibles méritos de quien lo comunica. Me dirijo a mi interlocutor por su nombre de pila. Lo comunico, de tal manera, que sea reconocido como *propio* y merecido, que lo puedan *atribuir a su esfuerzo*.

d. Describo de manera *específica* el comportamiento, de manera que tengan claro qué comportamiento estoy reconociendo.

e. *"Pongo nombre"* al comportamiento elogiado: *"esto es lo que yo llamo…".*

f. *No frivolizo* el reconocimiento como una mera "palmadita en la espalda" o una mera fórmula social.

g. Utilizo *argumentos* que apoyen la *importancia* y el *valor* del comportamiento. Ese valor se destaca más si se hacen visibles los *obstáculos* y *dificultades* que ha habido que superar para lograr los resultados.

h. Comunico lo que *siento* ante dicho comportamiento.

i. *Incorporo a otras personas* para que comuniquen también el reconocimiento y el elogio.

j. Lo comunico lo más *inmediato* posible al comportamiento, al esfuerzo, al rendimiento alcanzado.

k. Ha de ser *proporcional* a la magnitud de la tarea realizada, al esfuerzo invertido, al rendimiento logrado, al cambio y la mejora introducidos. Mayores esfuerzos han de recibir mayor reconocimiento.

l. Ha de ser *equitativo* y no producir agravios comparativos entre los miembros de la organización.

m. No lo desvirtúo utilizándolo como *"estrategia de apaciguamiento"* cuando alguien esté enojado por algo que ha ocurrido o por algo que yo he hecho.

n. Cuando comunico reconocimiento, no hago referencias a lo que antes se hacía mal.

o. *Presto atención diferencial* a los comportamientos apropiados y productivos, a los esfuerzos realizados, al trabajo bien hecho. Los hago deliberadamente el centro de mi atención.

p. *Muestro interés* por el trabajo que hacen, y por sus intereses y preocupaciones, lo cual contribuye a que piensen: *"Se interesan por mí…, les importo, les importamos"*.

q. Señalo y *hago visibles los resultados conseguidos y los objetivos alcanzados* y los relaciono con el esfuerzo, con la tarea y con el comportamiento realizados o con las sugerencias formuladas, de modo que se perciban como "propietarios" del éxito y puedan decir. *"ha sido importante mi aportación…", "esto se debe a mí, a mi esfuerzo…"*.

r. *Doy significación* a la tarea realizada, porque desean que su trabajo signifique algo para ellos y para los demás, contando con que a menudo es además un trabajo duro. Para ello, hago visible sus relaciones con la misión, los objetivos y los resultados, su importancia para la organización y el equipo, el papel positivo que su intervención ha temido en la solución de un problema.

s. Doy buenas noticias en relación con un suceso en el que la personas ha estado implicada: *"Me acabo de enterar…"*.

t. Me convierto en una *fuente de información, recursos, oportunidades y beneficios* para el progreso personal y profesional.

u. Promuevo que la ejecución de la tarea tenga *incentivo intrínseco*, que sea motivadora por sí misma: asigno tareas *interesantes y estimulantes*, por el contenido de las mismas, por el lugar en que se realizan, etc; favorezco la *autonomía* y la autodirección en la realización de la tarea, en mayor o menor grado en relación con las reglas formales establecidas, ofrezco oportunidades de *decidir por sí mismos* la forma de realizar la tarea, de coordinarse con los demás u otros asuntos; ofrezco la posibilidad de *desplegar habilidades* personales; ofrezco la posibilidad de *lograr objetivos personales*; me aseguro de que puedan contar con los *recursos necesarios* para la realización de la tarea.

v. Hago *acuse de recibo* y doy las gracias por una información, recurso o apoyo recibido de ellos.

7.8. Fortalecer al equipo comunicando Feedback

Comunicar feedback es comunicar información relevante acerca de cómo van las cosas y del impacto que el comportamiento y el desempeño de las personas de la Unidad están teniendo en la vida del equipo y de la organización y en el logro de los objetivos y criterios que se han propuesto en las estrategias y funciones de la Unidad. Esto supone potenciarlos aspectos del comportamiento y del desempeño que están en la dirección adecuada y sugerir hacer cambios, reajustes y mejoras en aquellos aspectos que no lo están (Cuadro 11). Son varios los componentes de la habilidad para comunicar feedback:

CUADRO 11. ¿QUÉ PRETENDO CUANDO DOY FEEDBACK?

SI
- Potenciar los aspectos del comportamiento que están en la dirección adecuada.
- Sugerir hacer cambios, reajustes y mejoras en aquellos otros que no lo están.

- Ayudar a cambiar o a mejorar una tarea, un producto, un desempeño, un servicio, una manera de comunicarse.
- Fortalecer a quien lo recibe y motivarlo para el aprendizaje, el cambio propuesto y la mejora.

NO

- Tratar de impresionar a quien lo recibe mostrando la capacidad de "agudo observador" de quien lo comunica.
- Mostrar lo "torpe o poco competente" que es quien lo recibe.
- Hacer juicios de valor sobre la personalidad o el carácter de quien lo recibe, o imputaciones sobre las supuestas "causas ocultas" del comportamiento al que nos referimos.
- Reforzar la sumisión.

a. *Asumo el valor relativo* y la responsabilidad de la información que doy: *"en mi opinión…", "desde mi punto de vista…"*. Esto supone aceptar que pueden existir sobre el mismo comportamiento feedback diferentes, e incluso contrapuestos, al nuestro.

f. *Argumentado* y "cargado de razón", identificando los resultados, rendimientos y progresos alcanzados en relación con los objetivos previstos y las normas de rendimiento establecidas.

g. En una *secuencia de dos pasos*.

- Comenzar por dar información argumentada, positiva y específica *acerca de lo correcto* del comportamiento y de la tarea, empleando el tiempo necesario y con "mensajes yo": *"me ha gustado…", "deseo felicitarle por…", "estoy totalmente de acuerdo con…", "en mi opinión, el grado de eficacia lograda es..."*.
- Sugerir alternativas de *cómo cambiar y mejorar* los aspectos mejorables: *"podría mejorarse si…", "en mi opinión, tu eficacia sería mayor todavía si*…". Con frases en *términos positivos* y orientadas al *presente* y al *futuro* .
- Entre el primer paso y el segundo, es preferible una "y" que un "pero".

h. Lo más *inmediato* posible. En una actividad continuada, el feedback dado con retraso es perjudicial.

i. Comprobar que *nos entienden* y pedir *su opinión* sobre el feedback comunicado y su grado de acuerdo con el mismo.

Capítulo 10

Gestión de Conflictos

Autor:

Jesús Ángel Sánchez Pérez

Jesús Ángel Sánchez Pérez *es Licenciado en Medicina, Universidad Complutense de Madrid. Máster en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid. Master y Trainer en Programación Neurolingüística. Profesor de Gestión del Talento del Máster de Administración y Dirección de Servicios Sanitarios, Fundación Gaspar Casal y Universidad Pompeu Fabra. Consultor, Coach y Formador. Director de Forum Trainers.*

1. INTRODUCCIÓN

"Que vivas tiempos interesantes".
Antigua maldición china.

Tradicionalmente, los conflictos son percibidos y experimentados como algo negativo que habría que evitar, como obstáculos en la consecución de nuestros objetivos.

Sin embargo, los conflictos son un rasgo inevitable y sustancial de las relaciones humanas que aportan numerosos elementos positivos a la innovación y a la evolución social y humana, ya que evitan los estancamientos, estimulan los cambios, y juegan un papel importante en el desarrollo de las personalidades individuales y grupales.

Lo que ocurre es que los conflictos pueden adoptar un curso constructivo, que invita a la reflexión y a la creatividad, o destructivo, alimentando la obcecación y el enfrentamiento, según como lo afronten las personas implicadas en él. Se trataría, entonces, no tanto de eliminar o incluso prevenir los conflictos, sino de aprender a conducirlos hacia desenlaces que enriquezcan a las partes.

Las Unidades del Dolor no son una excepción y ofrecen numerosas y variadas ocasiones propicias para el desencadenamiento de conflictos, ya sea con pacientes y familiares, entre profesionales, con otros Servicios o con los órganos de gestión, en un ámbito interpersonal o grupal, y también desde un punto de vista social y hasta ético.

2. EL CONFLICTO

2.1. Definiciones de Conflicto

Se han dado numerosas y variadas definiciones de conflicto, y en casi todas ellas se encuentran los siguientes ingredientes:

- Dos o más partes (personas o grupos).
- Con capacidad de influencia recíproca (interrelacionadas o interdependientes) para alcanzar sus objetivos.
- Que tienen opciones y preferencias (necesidades, valores o intereses) diferentes, reales o aparentes.
- Que se perciben mutuamente como un obstáculo.
- Que mantienen sus intenciones de logro y un comportamiento dirigido por dichas intenciones.

Para Deutsch (Cit. en 1), "un conflicto existe cuando se dan actividades incompatibles, de forma que una dificulta la realización o efectividad de la otra". Folger (2) lo define como una "interacción de personas

interdependientes que perciben objetivos incompatibles e interferencias mutuas en la consecución de esos objetivos".

En numerosas ocasiones la necesidad de enfrentamiento no es real, ya que los intereses y objetivos sólo son incompatibles en apariencia.

Galtung (8) habla de **conflictos directos** (que se dan entre actores perfectamente definidos, conscientes y planificadores de estrategias que compiten acerca de objetivos o intereses claros) y **conflictos estructurales**, en los que las partes están peor identificadas (injusticia social, desigualdades, recursos escasos, el hecho mismo de enfermar), pueden ser menos conscientes de la situación, y las necesidades, valores e intereses son menos precisos o específicos.

2.2. Presuposiciones en la Interacción Humana

Todo comportamiento persigue algún bien.
(Aristóteles)

A. El mapa no es el territorio

Los seres humanos no somos capaces de conocer la realidad tal cual es: sólo podemos interpretarla. Esto es así por varios factores:

1. No percibimos toda la información disponible de cada situación (no vemos ni oímos todo lo que ocurre).
2. Tenemos mecanismos inconscientes de percepción y procesamiento de la información, que incluyen fenómenos de generalización, eliminación y distorsión, que seleccionan y transforman la información recibida.
3. Cada información es filtrada e interpretada según parámetros personales como creencias, valores, cultura, estado de ánimo, intereses, habilidades, etc.
4. Nuestra memoria es altamente selectiva, tendiendo a recordar los hechos y datos de forma congruente con nuestro punto de vista.

Construimos así un "**mapa mental y emocional**" acerca de las situaciones que la vida nos plantea, para tratar de gestionarlas lo más eficazmente posible, para hacer hipótesis, para decidir y actuar. Todo nuestro comportamiento está condicionado por nuestro mapa mental y emocional.

Pero **el mapa no es el territorio que representa:** todo mapa o modelo es más limitado que la realidad que trata de describir. Cada persona tiene su propio, individual e irrepetible mapa del mundo, determinado por su dotación genética, su pertenencia a un contexto socio-cultural y su historia personal. Ningún mapa es más real o verdadero que otro. En todo caso, hay mapas más o menos ricos o eficaces, en función de las alternativas de acción que ofrecen.

B. Todo comportamiento responde a una intención positiva

Todas las conductas de los seres humanos tienen como finalidad última satisfacer algún tipo de necesidad o valor, y, en definitiva, obtener un resultado favorable para uno mismo y/o para aquellos a los que uno se siente comprometido.

En caso de conflicto, el comportamiento de las partes está dirigido primordialmente a la satisfacción de alguna motivación propia, (intención "egoísta") sentida como importante, y sólo en determinadas fases del

conflicto puede añadirse una intención dañina hacia la otra parte (e incluso en este caso, también subyace alguna necesidad propia, como, por ejemplo, la de reciprocidad y justicia).

Dentro de las motivaciones humanas, Burton (4 y Cit. en 9) distingue entre **necesidades** (motivaciones universales, primordiales, y probablemente genéticas, cuya insatisfacción acarrea consecuencias graves), **valores** (motivaciones que están determinadas culturalmente), e **intereses** (motivaciones actuales y cambiantes según las circunstancias).

C. La gente elige siempre su mejor opción disponible

Todo el mundo lo hace lo mejor que puede, en cada momento, en función de su mapa, sus objetivos y sus capacidades.

La decisión sobre qué hacer en cada situación se basa en una evaluación (a menudo instantánea, burda e inconsciente) sobre beneficios y costes de cada alternativa. Siempre elegimos la que nos parece que tiene un balance beneficios/costes más favorable (la mejor, o la menos mala, y, en ocasiones, la que se percibe como única posible).

D. Cada respuesta provoca la siguiente

Principio de acción-reacción. Cada acción de una persona influye sobre su interlocutor, provocándole algún tipo de respuesta (todo comportamiento observable influye en el observador). El comportamiento de los demás hacia nosotros es, en buena medida, una respuesta al que ellos interpretan que nosotros tenemos.

E. El más flexible tiene el control

En una relación humana, el individuo con más alternativas (el más flexible) es el que tiene más posibilidades de conseguir lo que desea. Si siempre haces lo que siempre has hecho, siempre obtendrás lo que siempre has obtenido: más de lo mismo.

2.3. La discrepancia entre personas

Es imposible encontrar dos mapas idénticos, dos personas o dos “partes” que estén de acuerdo absolutamente en todo. Al mismo tiempo, todo ser humano tiene algo en común con cualquier otro ser humano (con unos más y con otros menos): necesidades, lenguaje, costumbres, valores…

Las buenas relaciones no se basan sólo en las similitudes, sino que se nutren también del enriquecimiento mutuo a través de las discrepancias.

Los problemas surgen cuando las discrepancias se interpretan como un menoscabo o una oposición malintencionada, perversa o equivocada por parte del otro, o cuando una de las partes se empeña en que “su mapa **es** el territorio”.

Dinámica general de la interacción

Cuando la **discrepancia es percibida como una amenaza** para nuestros intereses, tendemos a reaccionar instintivamente en función de nuestra percepción de la **relación de poder** entre las partes:

- Defensivamente, si percibimos una pequeña diferencia de poder a favor de la otra parte.
- Evitándola o sometiéndonos, ante una gran diferencia de poder a favor de la otra parte.
- Atacando, si percibimos un poder similar entre las partes o una diferencia a nuestro favor.

Si la discrepancia se percibe como una circunstancia natural, que contiene parte de amenaza, pero también parte de **oportunidad**, buscamos el entendimiento y la negociación. Por último, si la situación es irrelevante para nosotros (aunque no lo sea para la otra parte), tendemos a eludirla.

Cuando, consciente o inconscientemente, buscamos un acuerdo, abrimos nuestro mapa a la posible influencia del otro (intentando entender su punto de vista y aprovechar sus parte de razón) y ofrecemos nuestro propio punto de vista. Dicho de otra forma, intentamos incrementar las similitudes y construir un punto de vista compartido.

Cuando nos defendemos o atacamos, cerramos nuestro mapa a las ideas, argumentos y demandas del otro, nos armamos (de argumentos, de amenazas, de exigencias, etc.) e intentamos descubrir los puntos débiles del mapa del otro.

Cierre, contracción, polarización, reiteración

1. Cierre

Si alguien se siente amenazado por una propuesta, tiende a rechazarla, a defenderse de ella y de los argumentos o hechos que la avalan. Este cierre es incompatible con la empatía y con un primer entendimiento mutuo.

2. Contracción

En el caso de los conflictos, nuestro mapa se contrae para mantener la coherencia, concentrándose en los hechos, interpretaciones y perspectivas que refuerzan el propio punto de vista, e ignorando los que parecen debilitar nuestra postura.

Los mecanismos psicológicos que usamos para esto son (1):

- Percepción selectiva o sesgo confirmatorio: registrar los hechos que me dan la razón e ignorar los demás.
- Juicio selectivo del comportamiento: “lo que yo hago está básicamente bien, mientras que lo que el otro hace está mal”.
- Distorsión atribucional-lectura mental: mi comportamiento es bien intencionado, una reacción natural a las circunstancias, mientras que su comportamiento es inmotivado o tiene intenciones ilegítimas, egoístas u hostiles hacia mí.
- Profecía autocumplida: mi conducta termina contribuyendo a hacer realidad la interpretación e hipótesis que yo había hecho.
- Entrampamiento: Es el excesivo apego al pasado, a lo que hemos hecho, dicho e invertido, a los compromisos previos, a nuestra propia visión de las cosas, a nuestras demandas iniciales.

3. Polarización

El enfrentamiento me hace mucho más consciente de lo que me diferencia del otro que de aquello que nos une. Cuanto más esgrime el otro su posición y sus argumentos, más amenazado me siento y más necesidad siento de defender los míos.

4. Reiteración

Llega un momento en que las ideas se acaban, los argumentos se repiten, se alegan una y otra vez los mismos datos y razones. Entramos, pues, en un patrón de bucle. El mapa se mueve como un disco rayado.

2.4 Tipos de soluciones a un Conflicto

1. GANO - PIERDES

Opción dura, competitiva. Da por sentado que para ganar yo has de perder tú (de hecho, yo gano lo que tú pierdes). Lucha por ganar.

2. PIERDO / GANAS

Opción blanda. La solución es del mismo tipo que la anterior, pero uno no lucha y asume de antemano la pérdida.

3. GANO/PIERDO – PIERDES/GANAS (REPARTO)

Opción dura con matices cooperativos: cada parte intenta conseguir lo máximo para sí, cediendo lo mínimo posible (regateo).

En teoría de juegos, estas soluciones son las llamadas de **suma cero** (uno gana lo que pierde el otro).

4. GANO - VARIABLE

Opción neutra para el que la exhibe, pero dura para el otro. Una de las partes procura su propio beneficio, con independencia de lo que el otro consiga. Percepción de independencia por una de las partes (y, por tanto, de no conflicto).

5. GANO - GANAS

Opción cooperativa. Ambas partes se sienten beneficiadas, encuentran la forma de sentirse suficientemente satisfechas.

Estos dos tipos de soluciones son de **suma distinta de cero** (ganancias y pérdidas no son equivalentes, e incluso puede no haber pérdidas).

6. PIERDO - PIERDES

Puede ser el resultado de dos opciones duras **gano – pierdes enfrentadas** en una situación de equilibrio de poder, o bien porque ambas partes evitan asumir el conflicto, conformándose con su actual insatisfacción.

2.5. Estilos de Afrontamiento del Conflicto

Blake y Mouton (Cit. 1,11, 12, 13, 15) establecen **cinco estilos básico**s para la solución de conflictos, derivados de su malla gerencial o de liderazgo:

1. **Competir/confrontar/forzar** (gano-pierdes): preocupación por los deseos de uno mismo a costa de los del otro. Los comportamientos que presenta son oponerse, forzar, rebatir, contra-argumentar, insistir, amenazar…

2. **Evitar/eludir (pierdo-pierdes):** ignorar o no afrontar el problema. Sus comportamientos son desviar, demorar, callar, esconderse, ausentarse, suprimir las emociones, quitar importancia.

3. **Comprometer/convenir (gano/pierdo-pierdes/gano):** preocupación primordial por uno mismo, pero considerando lo que el otro quiere, como medio de llegar a un punto "medio" lo más favorable posible para sí mismo. Comportamientos: Regatear, negociar, moderarse, dividir, hacer transacciones y concesiones, exigir contraprestaciones, contra-argumentar a veces, ceder otras, etc.

4. **Acomodar/ceder** (pierdo-ganas): Renuncia a los propios deseos para satisfacer los del otro. Sus comportamientos habituales son asentir, calmar, asumir culpas y disculparse, conformarse, bajar el tono.

5. **Colaborar/Cooperar/ Solución de problemas** (gano-ganas): Preocupación sincera por los propios intereses y por los de la otra parte. Buscar la manera de que ambas partes resulten satisfechas. No "repartir el pastel", sino "elaborar más pasteles". Los comportamientos que muestra son mostrar respeto, explicar los intereses propios con claridad y firmeza y facilitar que el otro exponga los suyos, preguntar, aceptar las diferencias, buscar puntos en común y posibles soluciones nuevas.

2.6. Dinámica de un Conflicto

Sean del tipo que sean, y se den en un ámbito u otro, todos los conflictos tienen una dinámica previsible. Por **dinámica del conflicto** nosotros entendemos dos cosas complementarias:

a. Las fases generales que suelen atravesar los conflictos.
b. La secuencia de acciones y reacciones entre las partes.

Principales fases de los conflictos

1. Historia o antecedentes del conflicto o fase pre-conflictual. Tipo de relación anterior, experiencias y conflictos previos, conversaciones, creencias, etc.

2. Fase de conflicto potencial. Momento en que las partes perciben y manifiestan su percepción de discrepancia. Dependiendo de cómo la interpreten (como amenaza u oportunidad) y de cómo la manejen, entrarán o no en conflicto.

3. Fase de desencadenamiento y conflicto manifiesto. Una parte hace algo que para la otra es "la gota que colma el vaso". La discrepancia se ha convertido claramente en incompatibilidad. Las coincidencias son arrinconadas o eliminadas, y la confianza mutua disminuye muy notablemente. Las partes toman posiciones de forma expresa, e interactúan según patrones claros de conflicto según los distintos estilos. La comunicación se deteriora, con distanciamiento, uso inadecuado de canales y mensajes, desbordamiento emocional, etc.

4. Fase de escalada. El conflicto se complica y crece con transiciones:

   4.1. De tácticas suaves a tácticas duras: De promesas y ofertas a amenazas, de persuadir a coaccionar, de afirmaciones contingentes (si tú… yo) a no contingentes (voy a…)

4.2. De un asunto a varios asuntos: Proliferación y mezcla de temas y problemas, que complican notablemente la situación.
4.3. De los asuntos a las personas: se interpreta que **"la otra persona es el problema"**. Esto representa un punto de muy difícil retorno.
4.4. De motivación individualista (ganar) a competitiva (hacerte perder) e incluso destructiva (hacerte daño).
4.5. De pocos implicados a varios implicados (búsqueda de aliados).

5. Fase de estancamiento. En un momento dado, las partes se agotan, se quedan sin recursos o ganas de seguir, de manera que perciben que continuar con el enfrentamiento activo les reportaría más costes que beneficios, pero las opciones de colaboración aún no están claras (y todavía preferirían derrotar al otro).

6. Fase de desescalada. Esta fase ocurre a veces de forma natural (por "enfriamiento" o cansancio del propio conflicto y de los sentimientos que genera) o provocada por una de las partes, que comienza a dar pasos hacia el entendimiento, incrementando la comunicación positiva, haciendo concesiones parciales, etc.

7. Fase de resolución. Puede darse en cualquier momento de las fases anteriores, por derrota de una de las partes (generando la semilla para conflictos posteriores), o por acuerdo.

2.7. Análisis de un Conflicto

Comprender el conflicto es fundamental para una adecuada orientación hacia su resolución. Siguiendo a Lederach (9), los elementos a analizar son:

A. PERSONAS

A.1. Identificación de las partes (¿Quiénes están directamente implicados? ¿Qué relación les une? ¿Quién más está implicado, directa o indirectamente?).

A.2. Las personas ante el problema (¿En qué consiste el problema, según cada una de las partes?¿Por qué es un problema para cada uno de ellos?¿qué intereses manifiestan? ¿Qué sentimientos les provoca?).

A.3. Las personas ante la relación (¿Cómo es la relación? ¿Cómo es el equilibrio de poder? ¿Cuál es el grado de confianza mutua?).

B. DINÁMICA o PROCESO

B.1. Síntomas y posiciones (¿Cómo se comporta cada una de las partes? ¿Cómo se comunican? ¿Hay bucles de acción-reacción?).

B.2. Estilo de afrontamiento de cada parte.

B.3. Recursos y fuentes de poder que tienen y utilizan.

B.4. Distorsiones cognitivas que presentan.

B.5. Fase del conflicto.

C. EL PROBLEMA O CONFLICTO EN SÍ MISMO

C.1. Asunto del conflicto (¿Cuál es el tema principal del conflicto? ¿Hay temas añadidos? ¿Es el proceso en sí mismo un problema añadido a resolver?

C.2. Objetivos, intereses o intenciones positivas de las partes (¿Cuáles son los objetivos e intereses explícitos? ¿Hay otros intereses implícitos u ocultos? ¿Qué valores y necesidades subyacen a esos intereses? ¿Hay algunos intereses comunes?¿Puede haber objetivos e intereses supraordinales?

C.3. Criterios superiores o supraordinales (¿Qué valores, normas, etc., son importantes en el sistema en el que ocurre el conflicto? ¿Cuáles de ellos están por encima de los intereses de las partes?

C.5. Alternativas y recursos adicionales (¿Qué otras soluciones o enfoques podrían satisfacer los intereses de las partes? ¿Cómo podrían rebajarse las posturas extremas? ¿Qué habilidades pueden necesitar las partes? ¿Qué concesiones podrían hacerse mudamente?

3. ANÁLISIS SISTÉMICO: POSICIONES PERCEPTIVAS

Es un ejercicio práctico para aplicar en el análisis dinámico de un conflicto:

a. En primer lugar, el sujeto describe qué situación es la que desea analizar, con quién se produce y cuál es la relación entre ellos.
b. Se establece un escenario para las tres posiciones perceptivas ("psicogeografía"), tal como viene indicado en la figura anterior.
1. El sujeto entra en el espacio de **primera posición**, su propia perspectiva, imaginando a la otra parte en la segunda posición.

- Imagina una escena típica de este conflicto: ¿Cuál es la situación?
- ¿Qué hace y dice la otra parte? ¿Cómo lo hace o dice?
- ¿Qué haces y dices tú?
- ¿Cómo responde la otra parte a lo que tú haces, pides u ofreces?
- ¿Cómo respondes tú?

- ¿Qué otros comportamientos manifestáis?
- ¿Qué resultados habéis obtenido tú y la otra parte hasta ahora?
- ¿Son satisfactorios para ti o para él?
- Cuándo haces o dices… ¿Para qué lo haces? ¿Qué buscas conseguir?
- ¿Cuáles son tus intereses? ¿Por qué son importantes esos intereses?
- ¿Es importante para ti la relación con esta persona? ¿Por qué?
- ¿Es importante para ti llegar a una solución?

2. El sujeto entra en el espacio de **segunda posición**, habla desde la perspectiva de la otra parte, imaginándose a sí mismo en la primera posición.

2

- Imagina que eres esta persona. ¿Cómo te llamas, qué edad tienes?
- ¿Qué relación te une al sujeto de la 1ª posición?
- Imagina una escena típica de este conflicto (repetir cuestionario anterior).

3. El sujeto entra en el espacio de tercera posición, asume el rol del observador y habla desde una perspectiva externa a las partes, de forma analítica, desapegada tan imparcial como pueda

3

- Imagina que eres un espectador ajeno a esa relación, un analista.
- ¿Cómo se desencadena el conflicto? ¿Cómo se manifiesta ocurre?
- Posición de A: ¿Qué hace, dice, propone o demanda A?
- Posición de B: ¿Qué hace, dice, propone o demanda B?
- ¿Cómo reacciona A ante la posición de B?
- ¿Cómo reacciona B ante la posición de A?
- ¿Hay algún bucle o patrón de estímulo-respuesta? ¿cuál?
- ¿Cómo se comunican? ¿quién habla, cómo, cuánto?
- ¿Qué estilo de afrontamiento usan A y B?
- ¿Qué fuentes y tipos de poder están usando en el proceso?
- ¿Qué recursos o herramientas está empleando A? ¿Y B?
- Creencias de A y B sobre la situación. Estereotipos que se aplican.
- Distorsiones cognitivas de A y B.
- ¿En qué fase está el conflicto?

c. **El sujeto entra en el espacio de primera posición**, asume de nuevo su propio rol y habla desde su propia perspectiva, incorporando el conocimiento extraído en las otras posiciones.

1

- ¿Cómo ves ahora la situación? ¿Qué has aprendido de esto?
- ¿Hay nuevas opciones razonables para ti? ¿cuáles?
- ¿Cómo cambiaría la situación en tal caso?
- ¿Suponen algún problema para ti o para el otro?
- ¿Qué respuestas serían de esperar en la otra parte?

4. LA NEGOCIACIÓN

"La negociación es un medio básico de conseguir de los demás aquello que usted desea. Es una comunicación de ida y vuelta, diseñada para alcanzar un acuerdo, cuando usted y la otra parte comparten algunos intereses y tienen otros que son opuestos entre sí" (Fisher y Ury, HPN, 5).

"Negociar es la actividad que despliegan dos o más partes cuando, a pesar de tener intereses en conflicto, poseen también una zona de conveniencia mutua donde las diferencias pueden resolverse" (Escuela Japonesa de Negociación, cit. 11).

Aspectos inherentes a la negociación

- Se produce entre partes interdependientes en algún sentido.
- Está orientada a conseguir resultados en asuntos.
- Tiene consecuencias sobre las relaciones.
- En general, es más fácil, eficaz y productiva cuando se trabaja cooperativamente en una búsqueda de ganancia para ambas partes, que cuando se compite por la victoria de una de ellas.

4.1. Estilos de Negociación

4.1.1. Negociación Posicional

Es el estilo tradicional y casi automático. Cada parte plantea la mejor solución para sí mismo y se discute directamente sobre las alternativas. Tiende a afrontar la situación como un juego de gano-pierdes: cada una de las partes intenta sacar el máximo beneficio para sí, asumiendo que eso significará un mínimo beneficio para el otro.

Dado que la propuesta de cada cuál es su opción favorita, toda alternativa a la misma se percibe como una pérdida. Suele conducir, por tanto, a los fenómenos de cierre, contracción, polarización y reiteración de los mapas, con la consiguiente inflexibilidad y endurecimiento de los negociadores.

Este estilo tiende a ignorar o minusvalorar los intereses, valores y necesidades de las partes, buscando a menudo compromisos prematuros. Puede ser apropiada en negociaciones simples y con miras a un muy corto plazo, en una relación esporádica.

Puede tener dos variantes:

- **Negociación posicional dura**: El objetivo es ganar en el asunto principal, quedando en un segundo plano la relación entre las partes.
  Tiende a producirse ante la percepción de un desequilibrio de poder ventajoso, o por una escasa valoración hacia la otra parte.
- **Negociación posicional blanda**: El objetivo fundamental es mantener la relación (o preservar otros intereses no contemplados en la negociación en cuestión) a costa de sacrificar los intereses en juego.
  Tiende a producirse ante la percepción de un desequilibrio de poder favorable para la otra parte, o de muy alta valoración hacia la otra parte (no correspondida del todo por ella).

4.1.2. Negociación Basada en Principios

Fisher, Ury y Patton (5,6,) proponen un método de negociación que describen como "blando con las personas y duro con los problemas.

Es un estilo eficaz para la mayoría de contextos y circunstancias, que se orienta a descubrir y conciliar los intereses, y sólo después buscar y debatir las fórmulas y soluciones que los satisfagan. Trata de asegurar que los acuerdos que se adopten estarán realmente orientados a los objetivos que se persiguen.

Se lleva a cabo paso a paso según los siguientes puntos:

1. Separar a las personas del problema

¡Triste época la nuestra! Es más fácil desintegrar un átomo que un prejuicio
Albert Einstein

Los negociadores son, ante todo, personas. Si olvidamos esto podemos hacer fracasar de antemano la búsqueda de una solución negociada.

Lo que puede representar un problema es que una persona haga algo, o desee algo, o no entienda…, es decir, aspectos específicos de su comportamiento, no la persona en su conjunto y como tal.

Es necesario definir exactamente el aspecto problemático (la conducta, los hechos, etc.) y limpiarse las gafas para ver qué aspectos de la persona no sólo no forman parte del problema, sino son necesarios para la solución.

Estrategias para separar personas de problema:

- Trata al otro como a un colega con quien buscar una solución.
- Habla claro y en primera persona sobre tus puntos de vista, deseos y emociones y permite al otro hacer lo propio.
- Pregúntate: ¿qué valoro realmente de esta persona?
- No reacciones ante las explosiones emocionales.
- Escucha sus razones y argumentos intentando comprender.

2. Centrarse en los intereses, no en las posiciones

Los intereses definen el verdadero problema. Las posiciones en conflicto son como la punta del iceberg: debajo están las necesidades, intenciones, deseos y temores de cada lado.

- La posición es una postura basada en una decisión, definida por una conducta manifiesta.
- Los intereses son el conjunto de intenciones que han motivado dicha decisión.

Existen dos razones fundamentales para indagar los intereses antes de enfrentarse desde las posturas:

1. Para cada interés suele haber varias posturas alternativas que podrían satisfacerlo.
2. Detrás de las posturas enfrentadas suelen existir más intereses de los que aparentemente se hallan en conflicto. Muchos de estos intereses podrían ser compartidos y compatibles, lo que facilitaría la cooperación.

Estrategias para identificar intereses:

- Haz preguntas del tipo:¿Qué pretendo conseguir? ¿Para qué?
- ¿Qué pretende conseguir él? ¿Para qué?
- Recuerda que los intereses suelen ser múltiples, y que los más poderosos son los relacionados con las necesidades humanas básicas: seguridad, bienestar económico, pertenencia, reconocimiento y control sobre la propia vida.

- Habla sobre tus intereses, dándolos a conocer a la otra parte de forma clara y concreta, antes de hablar sobre tus propuestas.
- Haz saber a la otra parte que deseas entender y tener en cuenta sus intereses. Apoya a la otra parte. Sé a la vez firme y abierto.
- Comprométete con tus intereses más que con tu posición. Recuerda que suele haber más de una forma de conseguir lo que necesitas.
- No dejes que tu afán conciliador te impida hacer justicia a tus propios intereses.

3. Buscar opciones del tipo "todos ganan"

La imaginación es más importante que el conocimiento. El conocimiento es limitado.
Albert Einstein.

La habilidad para buscar o inventar opciones ventajosas para las dos partes es una de las más valiosas herramientas que puede poseer un negociador. Según Fisher y Ury (5), los obstáculos principales que inhiben la invención de opciones abundantes son los siguientes:

a. El juicio prematuro. La prisa reduce la imaginación.
b. Buscar una única respuesta. "La mejor solución posible" puede cerrar el paso a múltiples buenas soluciones posibles.
c. La presunción de un pastel de tamaño fijo. La visión de que "o gano yo o gana él".
d. Pensar que "solucionar mi problema es asunto mío, y solucionar su problema es asunto suyo".

Estrategias para buscar soluciones alternativas:

- Busca un marco común para los intereses compartidos, y luego soluciones que generen beneficios mutuos.
- Separa el acto de buscar e inventar opciones del acto de juzgarlas: primero inventa, luego decide.
- Promueve sesiones de *brainstorming:* solo, con compañeros, incluso con la otra parte. Consulta la opinión de personas expertas.
- Ensancha las propuestas, mezcla, inventa.

4. Basar los resultados en criterios objetivos

Por muy buena que sea nuestra voluntad como negociadores muy frecuentemente nos vamos a encontrar con intereses realmente en conflicto, claramente enfrentados. Esto suele inducir a entrar en el regateo posicional. Cuando el coste de solucionar las diferencias de intereses basándose en las "voluntades de las partes" es alto, es necesario recurrir a una base independiente de dichas voluntades. O se recurre a un arbitraje externo, o bien se usan como referencia criterios o principios objetivos aceptables para todos.

Dichos criterios pueden ser profesionales, científicos, normas, acuerdos precedentes, económicos, éticos, legales, de mercado, etc.

En ocasiones, es conveniente dejar claros los principios objetivos desde el primer momento de la negociación, como marco de la misma que no debe ser sobrepasado.

Estrategias para basarse en principios objetivos:

- Una vez identificados los criterios o procedimientos a seguir, pacte con la otra parte el mantenerse fieles a los parámetros acordados.

- Formule cada cuestión en función de dichos criterios.
- Muéstrese abierto a razonar sobre las normas a seguir y la forma más apropiada de aplicarlas.
- No ceda nunca ante la presión: solamente ante la evidencia del principio.

EJERCICIO: REFLEXIONES PREVIAS A LA NEGOCIACIÓN

1. **Separar personas de problema:**

   - ¿Quién es esta persona?
   - ¿Cuáles son sus puntos fuertes? ¿Cuáles son sus puntos débiles?
   - ¿Qué tipo de relación nos une? ¿Es importante para mí? ¿Por qué?
   - ¿Es importante para él/ella? ¿Por qué?
   - ¿Cuáles son específicamente los temas o problemas a tratar?
   - ¿Cómo afectan estos temas a la relación? ¿Corremos el riesgo de mezclar unas cosas y otras? ¿Qué es más importante para mí?
   - ¿Cuáles podrían ser las consecuencias finales de mezclar tema y relación?
   - ¿Cómo quiero que se mantenga la relación después de la negociación?
   - ¿Cómo sabré que lo consigo?
   - ¿Hay algún malentendido actualmente? ¿Acerca de qué?
   - ¿Qué puede provocar desconfianza? ¿Hay algún tema espinoso o tabú?
   - ¿Qué podría cada uno de nosotros interpretar como una falta de respeto o de consideración personal?

2. **Intereses, intenciones, valores:**

   - ¿Qué quiero conseguir yo? ¿Qué quiere la otra parte?
   - ¿Por qué? ¿Para qué?
   - ¿Qué legitimidad tienen mis intereses? ¿Qué legitimidad tienen los suyos?
   - ¿Qué es prioritario para mí? ¿Qué es prioritario para el otro?
   - ¿Qué intereses son comunes para ambas partes?

3. **Opciones y propuestas:**

   - ¿Cuál sería un resultado satisfactorio para cada uno de mis intereses?
   - ¿Y para los suyos?

- ¿De qué formas podrían conseguirse?
- ¿Cómo más? ¿Qué otras opciones serían viables?
- ¿Cómo podríamos combinar esas opciones?
- ¿Hemos hecho un "brainstorming" conjunto o por separado?
- ¿Qué han hecho otros en situaciones similares?

4. **Principios y criterios:**

- ¿Qué principios generales (profesionalidad, respeto, legales, económicos, de mercado…) afectan, influyen o deben mantenerse en esta situación?
- ¿Cuáles de ellos compartimos y vamos a respetar por encima de todo?
- ¿Qué soluciones respetan más claramente dichos principios?
- No ceder ante amenazas, sólo ante criterios y principios externos de legitimidad.

5. **M.A.P.A.N. (Mejor alternativa posible a un acuerdo negociado):**

- ¿Cómo podría satisfacer mis intereses si no hay acuerdo? ¿Qué opciones tengo fuera del acuerdo con esta persona? ¿Cuáles otras podría tener? ¿Hay alguna mejor que el posible acuerdo?
- ¿Cuáles puede tener la otra parte?
- ¿A qué estoy dispuesto a renunciar sin perjudicar mis intereses más importantes?

REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Alzate, R. Análisis y resolución de conflictos: una perspectiva psicológica, Univ. del País Vasco. 1998.
2. Baruch, R.A et al., J.P. La promesa de mediación. Granica. 1993
3. Borisoff, D. et al. *Gestión de conflictos*, Díaz de Santos. 1991
4. Burton, J. W. La resolución de conflictos como sistema político. http://scar.gmu.edu/La%20Resolucion.pdf
5. Fisher, R. et al. *Obtenga el sí*, Gestión 2000
6. Fisher, R. et al. *Obtenga el sí en la práctica*, Gestión 2000. 2004.
7. Font Barrot, A, Negociaciones: Entre la cooperación y el conflicto. Ed. Grijalbo. 1997.
8. Galtung, J. Sobre la Paz. Fontamara. 1985.
9. Khel, S. Necesidades humanas y conflictos sociales. Cuadernos de Trabajo Social. 4-5(1991-7992) Págs. 201 a 226 Ed. Universidad Complutense Madrid 1993. http://www.ucm.es/BUCM/revistas/trs/02140314/articulos/CUTS9192110201A.PDF
10. Lederach, J.P. Elementos para la resolución de conflictos. México DF, Servicio de Paz y Justicia. 1989.
11. Moore, C. El proceso de mediación. Métodos prácticos para la resolución de conflictos Granica. 1995.

12. Munduate, L y Medina, F.J. Gestión del conflicto, negociación y mediación. Pirámide Psicología. 2006
13. Palomo, M.T. Liderazgo y motivación de los equipos de trabajo. ESIC ED. 2008
14. Redorta, J. Cómo analizar los conflictos. Paidós Contextos. 2004.
15. Redorta, J. Entender el conflicto. Paidós. 2007.
16. Ury, W., *Supere el no*, Gestión 2000. 2002.
17. Ury, W. Alcanzar la paz. Paidós Contextos. 2005.
18. Vinyamata, E. Manual de Prevencion y Resolucion de Conflictos, Conciliación, Mediación, Negociación. Ariel. 1999.
19. Vinyamata, E. Conflictología. Teoría y práctica en resolución de conflictos. Ariel. 2005. 2009.

Capítulo 11

Gestión Financiera

Autor:

Miguel Javier Rodríguez Gómez

Miguel Javier Rodríguez Gómez *es Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Cantabria. Master en Dirección y Administración de Servicios Sanitarios por la Universidad Pontificia de Comillas, Madrid. Máster en Economía de la Salud por la Universidad Pompeu Fabra. Profesor de Gestión Financiera del Máster de Administración y Dirección de Servicios Sanitarios, Fundación Gaspar Casal y Universidad Pompeu Fabra. Inspector Médico del Cuerpo de Administración Sanitaria de la Seguridad Social. Ha sido Director de Formación y Docencia del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander). Inspector Médico del Servicio Cántabro de Salud.*

1. CONTABILIDAD DE COSTES O ANALÍTICA

La contabilidad analítica es una rama de la ciencia de la contabilidad, que analiza los procesos de formación de costes calculando su imputación a las distintas unidades y/o productos de la empresa u organización.

La determinación y análisis de los costes en la empresa han supuesto el desarrollo de una serie de técnicas muy útiles para la gestión. Cabe hablar de un sistema contable específico para el estudio y seguimiento de los costes: la contabilidad de costes o contabilidad analítica, que si bien toma multitud de datos de la contabilidad general, también utiliza datos extracontables. Sin embargo, se trata de un sistema contable que ha de ser adaptado a las características de cada empresa y a los objetivos que se persigan en cada caso. Estamos, por lo tanto, ante un sistema que se ha de diseñar "a la medida" para cada organización.

Los objetivos genéricos de la contabilidad de gestión son dos:

- Proporcionar datos para la toma de decisiones, tanto a corto plazo (aumentar o bajar precios, comprar o fabricar determinadas piezas de un producto, etc.) como a largo plazo (planificación de la cartera de servicios, etc.).

- Proporcionar datos para evaluar la actuación de la organización o de partes de la misma, y en concreto, para el control de los costes de todo tipo.

1.1. Concepto de Coste

El Plan General de Contabilidad lo define como "la medida y valoración del consumo realizado o previsto por la aplicación racional de los factores para la obtención de un producto, trabajo o servicio". El término coste es muy utilizado tanto en el lenguaje común como en contabilidad y no siempre de manera correcta. Para que existan costes han de cumplirse los siguientes requisitos:

- Consumo: para que exista coste es necesario que exista una aplicación de bienes y servicios a la producción.

- Valoración: el coste es una magnitud relativa ya que en su determinación intervienen unos criterios fijados para valorar y medir ese consumo.

1.2. Centros de Coste

Se define un centro de coste como la unidad contable con respecto a la cual se recogen y acumulan datos de costes. Un centro de coste puede ser una unidad o departamento de la empresa que tiene acti-

vidades directamente productivas, o puede ser una parte de la empresa no relacionada directamente con la producción (por ejemplo un departamento de informática en un hospital) o simplemente puede ser un conjunto de cuentas que se repartirán de acuerdo con el mismo criterio, como por ejemplo todas las relacionadas con la ocupación de un edificio (alquiler, mantenimiento, limpieza, etc.). Por tanto la definición de centros de coste no tiene por qué tener relación con el organigrama de la empresa o con las actividades de producción, es puramente una unidad de referencia contable con respecto a la cual se acumulan costes y por tanto puede definirse como se quiera. Es decir en la práctica un centro de coste puede coincidir con un departamento de la empresa, pero también puede serlo una agrupación de departamentos o una pequeña parte de un departamento, dependiendo de las circunstancias y en primer lugar deberemos analizar los efectos que puede tener en la práctica el que definamos centros de coste más grandes o más pequeños.

1.3. Clases de Costes

Una tarea fundamental en la contabilidad analítica será clasificar los costes de alguna manera que presenten un resumen que pueda ser útil como información para la toma de decisiones. Existen muchas clasificaciones de costes en función de las distintas ópticas de análisis. Las más usadas son:

1.3.1. Clasificación de costes según su destino: COSTES DIRECTOS E INDIRECTOS

Los costes directos son aquellos que se vinculan directamente con un producto o unidad dentro de la organización. En consecuencia, los costes directos no es necesario repartirlos, sino que, por su propia naturaleza, están vinculados o se “afectan” a un producto o unidad: son “inequívocamente identificables con una unidad de referencia”. Ejemplo: prótesis sanitaria.

Por el contrario, los costes indirectos (también llamados comunes) se vinculan únicamente al tiempo, es decir, a un período económico. En consecuencia, es necesario repartirlos entre los distintos productos o entre los centros de coste (unidad contable de la organización en la cual se recogen, acumulan y reparten los costes). Esta labor de reparto recibe el nombre de imputación de costes indirectos. Ejemplo: el gasto de mantenimiento o energía.

La división de los costes en directos e indirectos depende de la estructura organizativa y contable de la empresa, e incluso de la posibilidad real de obtener directamente las cantidades de los factores individuales utilizados. Es decir, **un coste en sí mismo no es directo ni indirecto, sino sólo en relación con la estructura contable de la empresa**.

1.3.2. Clasificación de costes según su relación con la actividad: COSTES FIJOS Y VARIABLES

Costes fijos son aquellos que permanecen constantes o independientes de las variaciones de la producción o actividad durante un período de tiempo conocido. Sólo varían con el tiempo y con los cambios de estructura. Ejemplos típicos de costes fijos son los sueldos de personal o el alquiler de un edificio o aparato.

Costes variables son aquellos que varían directamente en función de las unidades producidas. Reciben también el nombre de costes de actividad puesto que son proporcionales a la actividad productiva de la empresa. Un ejemplo sería el coste de los medicamentos utilizados en la sedación.

De esta forma, los costes fijos serán una línea horizontal (por ser independientes del nivel de actividad) (gráfico 1.1), mientras que los costes variables estarán representados por una línea o curva cre-

ciente con el incremento del nivel de actividad (gráfico 1.2). Los costes totales serán la suma de ambos (gráfico 1.3).

GRÁFICO 1.1.
VOLUMEN DE ACTIVIDAD

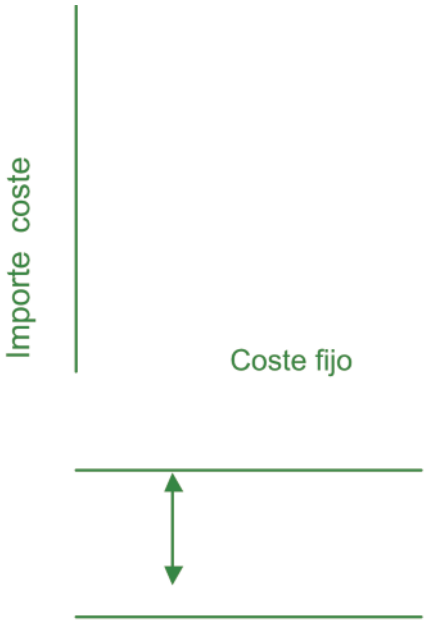


GRÁFICO 1.2.
VOLUMEN DE ACTIVIDAD

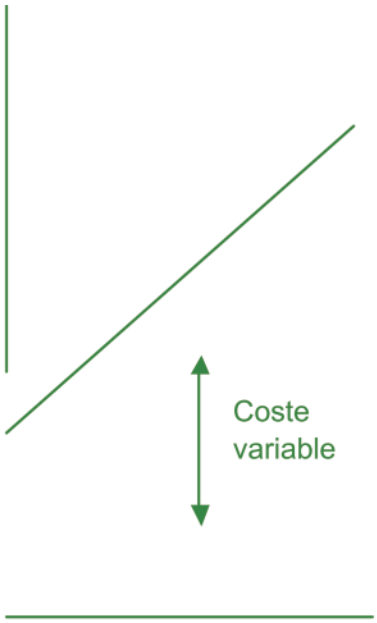
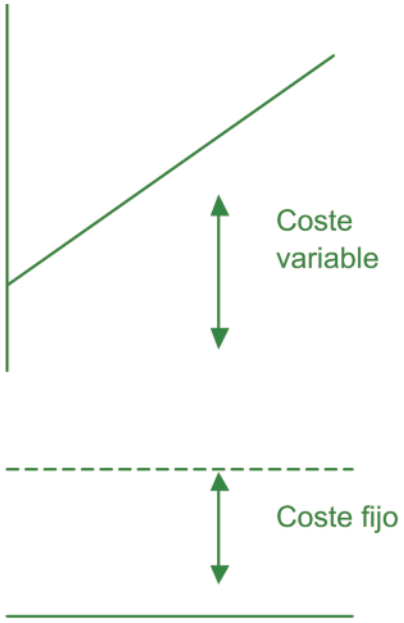


GRÁFICO 1.3.
VOLUMEN DE ACTIVIDAD



La denominación de costes fijos y variables que hemos visto hasta ahora hace referencia a la cantidad total, a los costes totales, ya que si calculamos los costes unitarios, es decir los costes referidos a la unidad de producto, veremos que los términos se invierten:

- Los costes fijos por unidad producida varían según la cantidad de unidades producidas, de tal forma que el coste fijo unitario disminuye a mayor producción:
  - CFU = CFT/Unidades producidas.
  - CFU: coste fijo unitario.
  - CFT: costes fijos totales.
- Los costes variables por unidad, por su propia naturaleza, tienden a mantenerse constantes e independientes del nivel de actividad:
  - CVU = CVT/Unidades producidas.
  - CVU: coste variable unitario.
  - CVT: costes variables totales.

Estos conceptos pueden expresarse gráficamente de la siguiente forma:

1.4. El umbral de rentabilidad o punto de equilibrio

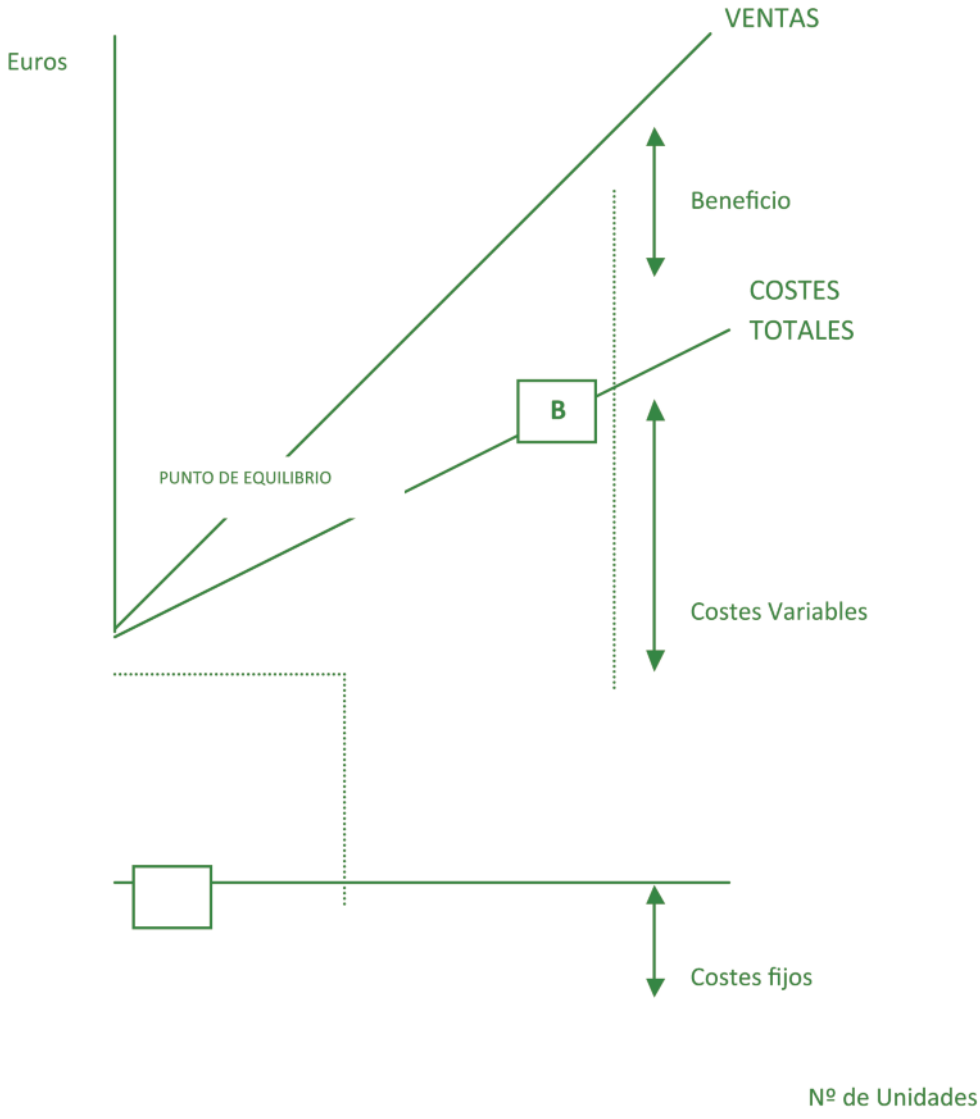
El análisis del umbral de rentabilidad, también conocido como punto de equilibrio o break-even, es una técnica para estudiar las relaciones entre los costes fijos, los costes variables, los beneficios y el volumen de actividad.

El umbral de rentabilidad se define como aquel en el que las ventas cubren los costes totales, es decir, el volumen de actividad en el cual el beneficio es cero. O dicho de otra forma, es el volumen de actividad a partir del cual se obtiene beneficio, de ahí su nombre. Se calcula con la fórmula:

- QE = CF / (PV - CVU).
- QE: punto de equilibrio.
- PV: precio de venta de una unidad.
- CVU: coste variable unitario.

La representación de este concepto aparece en el siguiente gráfico:

GRÁFICO 1.6. PUNTO DE EQUILIBRIO



Con la ayuda del gráfico 6 podemos analizar las repercusiones sobre el beneficio que tendrían:

- Una variación en el precio del producto, que variaría la pendiente de la recta que representa las ventas.
- Una variación en el coste variable unitario, que variaría la pendiente de la recta que representa los costes totales.
- Una variación en los costes fijos, que desplazaría hacia arriba la recta que representa los costes totales.

Si la diferencia entre los ingresos y los costes totales queda en el área A la empresa tendrá pérdidas, si queda en el área B la empresa tendrá beneficios. La finalidad más importante de los gráficos del punto de equilibrio es probablemente la de darse cuenta de cómo varían los beneficios con el volumen de actividad, es decir, de qué volumen de ventas debemos conseguir para llegar a un beneficio que consideremos suficiente o de qué beneficios vamos a obtener con un volumen de ventas determinado.

1.5. El reparto de los costes

Como ya hemos comentado la contabilidad de costes es un método para asignar costes a los productos de manera sistemática. El grado de dificultad de esta tarea varía dependiendo de la clase de coste de que se trate. Para este fin podríamos clasificar los costes en tres clases:

- Costes variables directos.
- Costes fijos directos.
- Costes indirectos.

Los primeros no tienen ninguna dificultad para ser atribuidos a los productos, ya que más que una atribución es una medición.

Los segundos tampoco tienen ninguna dificultad para ser atribuidos a los productos, solamente deberemos tener en cuenta que dependiendo del número de unidades producidas la cantidad que se asigne a cada producto es distinta y por lo tanto habrá que tratar que el número de unidades de producto que se tome para la atribución de costes sea significativo para este fin.

El problema reside por tanto fundamentalmente en el reparto de los costes indirectos y dentro de ellos el grado de dificultad es distinto dependiendo de la posibilidad de poder establecer relaciones causa-efecto entre el coste y el producto. Así por ejemplo la energía eléctrica puede ser relativamente fácil de repartir, pero no lo es tanto el sueldo del Director Gerente de un hospital, los intereses de las obligaciones a largo plazo contraídas por una empresa o la calefacción de los edificios.

Sin embargo estos costes indirectos, que son mucho más difíciles de relacionar con los productos de manera directa, en cambio pueden ser más fáciles de relacionar con los departamentos de producción. Así cada departamento ocupa un espacio físico y resulta razonable repartir los gastos de calefacción y limpieza a los departamentos de acuerdo con el espacio físico que ocupan. Algunos capítulos de costes son también difíciles de relacionar con los departamentos (los salarios de Dirección entre ellos), porque sólo se pueden relacionar con la empresa en su conjunto. En estos casos cualquier asignación que se haga de estos gastos al producto será arbitraria y por lo tanto el método utilizado debe preocuparnos relativamente poco.

1.6. Los criterios de reparto

Cualquier reparto o asignación de costes, bien sea a los departamentos o bien directamente a los productos, tiene por necesidad un cierto grado de arbitrariedad, el cual es muy variable en función del tipo de

coste. Pero en cualquier caso, lo que debemos es buscar un criterio razonable, entendiendo como tal aquel que represente la relación de causa a efecto del coste, es decir, una base de reparto que intuitivamente parezca relacionada con el servicio del que se trate y que no sea innecesariamente complicada.

Algunos de los criterios de reparto más utilizados son:

a) Para repartir costes indirectos a los departamentos, se pueden usar

- Medidas físicas, como metros cuadrados, metros cúbicos, kilovatios instalados, horas máquina, etc. Así por ejemplo se pueden utilizar metros cuadrados para repartir los gastos de limpieza, metros cúbicos para repartir el coste de la calefacción y horas máquina para el coste de la energía.

- Medidas contables, como valor del inmovilizado para repartir el coste del seguro del mismo o la inversión en stocks de laboratorio para repartir cargas financieras.

b) Para repartir costes indirectos a los productos, se suelen usar los siguientes criterios

- Horas de mano de obra directa o su coste en euros si es la actividad más importante de producción o horas de máquina si el proceso es muy mecanizado.

- Costes de materia prima para aquellas partidas relacionadas con ella (costes de almacenamiento, etc.)

- Costes directos totales, si hay elementos de coste relacionados con las dos variables.

2. LA CONTABILIDAD ANALÍTICA EN LOS HOSPITALES: EL MODELO GECLIF

Antes de las transferencias en materia sanitaria a las comunidades autónomas, se produjo en el ámbito del extinto INSALUD un fuerte desarrollo de la contabilidad analítica en los hospitales. Se desarrollaron varios modelos (Signo 1, Signo 2) hasta llegar al modelo más avanzado, que se denominó Gestión clínico-financiera (GECLIF).

El objetivo del proyecto GECLIF es mejorar la contabilidad analítica en los hospitales y su adaptación hasta el coste por paciente, a fin de obtener información que de respuesta a las necesidades de información económica ligada a la actividad de los hospitales.

Las fases para la implantación de este modelo pueden resumirse en:

- Análisis del entorno: necesidades de información para alimentar el sistema y unificación de criterios entre todos los centros participantes.

- Definición de las necesidades de información: información que se va a obtener del sistema (indicadores, variables de estudio, frecuencia de cálculo, consultas tipo, niveles de usuario, etc.).

- Construcción del sistema de soporte a las decisiones: detectar y concretar las necesidades de los responsables de la organización.

Este modelo distingue las siguientes áreas de producción dentro de un hospital. La definición de estas áreas supone que vamos a poder obtener costes ligados a la actividad que se desarrolla en cada una de ellas:

- HOS: Hospitalización, en la que se incluye toda la actividad del hospital relacionada con la hospitalización de pacientes.
- CEX: Consultas externas, que recoge todos los procesos que se realizan en consultas.
- AMB: Resto actividad ambulatoria, dónde se incluyen el resto de procedimientos ambulatorios.
- DOC: Docencia.
- INV: Investigación.
- PEX: Procedimientos extraídos, que incluye una serie de procedimientos que por su coste u otras características conviene individualizar.
- URG: Urgencia, dónde se incluye toda la actividad de la urgencia hospitalaria.

Para recoger costes y obtener datos de estas áreas de producción, se define una estructura contable basada en los siguientes centros de coste:

- GRUPO FUNCIONAL HOMOGENEO (GFH): unidades mínimas de gestión que se caracterizan por tener una actividad homogénea, un único responsable, una ubicación física, unos objetivos propios, una responsabilidad definida y un código identificativo. Los GFH se definen en el ámbito de cada hospital, en función de sus intereses y necesidades, por tanto a este nivel la estructura contable es libre.

- SERVICIO: agrupación de varios GFH con homogeneidad en la prestación de servicios y un responsable jerárquico superior al del GFH. La estructura contable a nivel de Servicio, con el fin de poder realizar comparaciones entre centros, es fija para todo el modelo, de tal forma que todos los servicios posibles están codificados y el hospital podrá o no disponer de un servicio concreto, pero no podrá inventar servicios que no estén previamente creados en el modelo.

Los GFH, según su contribución al proceso productivo del hospital, se clasifican en:

- FINALES: definen la actividad principal del hospital, realizan la actividad clínica y dan altas.

- INTERMEDIOS/FINALES: por la naturaleza de la actividad que realizan pueden facturar a otros (cuando trabajan a demanda), pero también pueden dar altas (Medicina Intensiva, Urgencias, Diálisis y Unidad de Hemodinámica).

- INTERMEDIOS: realizan una función logística y asistencial, tienen un producto definido y medible y pueden facturar internamente.

- ESTRUCTURALES: realizan una función de dirección y administración y no generan un producto definido y facturable.

Debe tenerse en cuenta que la condición de estructural, intermedio o final, será propia de los GFH y no de los Servicios, en tanto que éstos podrán integrar GFH de distinta condición. Ejemplo de GFH posibles en un Servicio de Anestesia:

SERVICIO: ANESTESIA Y REANIMACIÓN	
GFHS INCLUIDOS	
Anestesia y reanimación	Intermedio
Anestesia	Intermedio
Reanimación	Intermedio
Unidad del dolor	Intermedio/Final
Consulta de anestesia	Final
Docencia	Final
Investigación	Final

El modelo GECLIF es un modelo de costes caracterizado por recoger tanto los costes de producción como los de estructura, realizar un análisis de los costes en directos e indirectos y llevar al coste final (GFH y productos finales) todas las cargas o costes del período: los costes directos de forma directa y los indirectos a través de algún criterio de reparto.

El reparto de costes se realiza en dos fases:

- Reparto primario o afectación de costes. Todos los costes se reparten a los distintos GFH en función del consumo y coste real. El reparto se realiza mensualmente una vez periodificados todos los costes que tienen una proyección superior a la mensual. El modelo tiene una serie de normas comunes sobre los criterios con los que se debe realizar este reparto para las distintas partidas presupuestarias (personal, bienes y servicios, amortización, etc.).

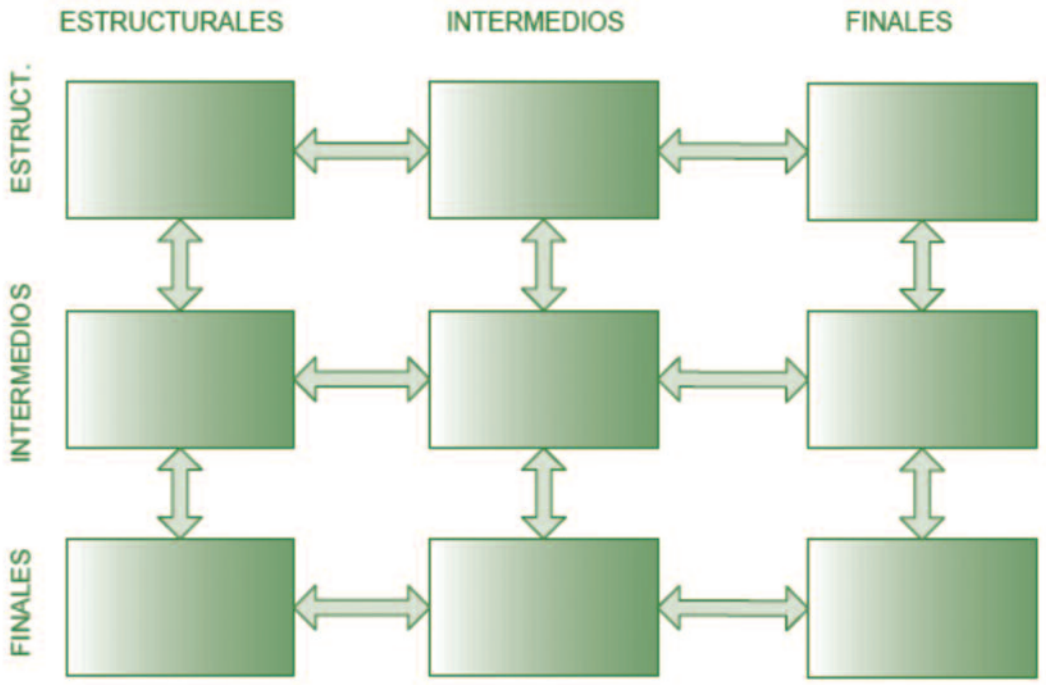
- Reparto secundario o imputación de costes. Todos los costes de los distintos GFH se imputan de tal forma que el coste total del hospital esté recogido en los GFH finales y en el coste de la producción final. Deben conocerse las relaciones existentes entre los GFH para establecer los criterios de imputación. En esta fase tiene que quedar claramente definido qué actividad realiza cada uno de los GFH (tipo de actividad y cantidad realizada) y quién demanda dicha actividad. Las tres coordenadas que sustentan este reparto secundario son:

  - GFH que realiza la producción (proveedor).

  - Producción realizada (tipo de actividad y cantidad realizada de cada producto).

  - GFH que demanda la actividad, que es al que se va a facturar.

En el sistema GECLIF el reparto entre GFH según la actividad realizada se basa en un sistema de imputaciones recíprocas, en el que todos los GFH pueden repartir sus costes teniendo en cuenta la actividad que se realiza, recogiendo todas las interrelaciones recíprocas que existen entre los GFH, permitiendo así imputar los costes en todas las direcciones.



En función de estas fases, los costes que recibe cada GFH se clasifican en:

- Costes propios o de funcionamiento: son aquellos costes directos o indirectos que han sido asignados a los GFH en el reparto primario.
- Costes repercutidos: aquellos costes imputados de un GFH a otro GFH, en función de la actividad realizada para este último.
- Costes estructurales: aquellos costes imputados desde un GFH estructural, que recogen costes de dirección, administración y otros costes estructurales.

3. EL PRODUCTO HOSPITALARIO Y SU MEDICIÓN

En los últimos tiempos la introducción de técnicas de gestión modernas ha llegado al mundo hospitalario. El alto nivel de sofisticación y de complejidad organizativa que el hospital ha alcanzado, los enormes costos ligados a este tipo de actividad y la progresiva preocupación social por la mejora de la eficiencia de los recursos sanitarios no han sido ajenos a este hecho. Con frecuencia se apunta que la adecuada valoración del outpout hospitalario exige la consideración de por lo menos tres de las dimensiones que este incorpora: la cantidad, la calidad y el case-mix. La incorporación de la dimensión del case-mix en la gestión hospitalaria se nos presenta, por tanto, como una necesidad inaplazable.

El concepto de case-mix se refiere a la diversidad de los pacientes, a los tipos de casos que potencialmente se pueden llegar a producir. Esto lleva, naturalmente implícito, el concepto de rasgos diferenciales relevantes. El case-mix es, por tanto, el abanico de situaciones propias o relacionadas con el paciente y que son relevantes o significativas desde el punto de vista de su comportamiento como tal. Así el comportamiento esperado de un paciente no varía por el hecho de ser rubio o moreno, pero sí por el hecho de tratarse de un niño o un anciano, ser sometido a una intervención quirúrgica o estar afecto de una neumonía. A partir de la idea anteriormente expresada, es fácil comprender como el concepto de case-mix va íntimamente ligado al de su medición como fenómeno. Así poco interés tiene el reconocimiento o constatación de que existen diferencias entre pacientes si no fuéramos capaces al mismo tiempo de cuantificar este grado de diversidad. Igualmente, muy escasa sería la trascendencia del reconocimiento de que algunos rasgos condicionan el posterior comportamiento y relación del paciente con el dispositivo asistencial si, a la vez, no fuera posible la medición de éstos como indicador o previsión de este comportamiento.

En el ámbito sanitario se han desarrollado gran cantidad de instrumentos de medición del case-mix, pero debemos tener en cuenta que la validez o no de una técnica de medición del case-mix va íntimamente ligada a la finalidad para la cual fue concebida y la aplicación que de ella se vaya a hacer y que son éstas las que, a la vez, determinan cuáles son los rasgos del case-mix cuya medición resulta relevante.

La medición del case-mix está generalmente basada en la clasificación. Una forma de medir es clasificar y son por tanto bastantes las técnicas de medición del case-mix, que consisten en sistemas de clasificación de pacientes en categorías preestablecidas. Algunas, sin embargo, se basan en la variación de los casos, mediante puntuaciones según cumplan o no determinadas características que se consideran predictoras de aquello que se pretende medir. Lo que los pacientes tienen en común en cada categoría, viene definido por los criterios de diseño de sistema y es naturalmente lo que se piensa que mejor sirve a la finalidad del mismo. Así las técnicas mejor conocidas y más desarrolladas que pretenden ser base para el reembolso de servicios sanitarios, intentan la agrupación de categorías de pacientes que resulten homogéneas en cuanto a su capacidad de predecir el consumo de recursos, que realizarán los pacientes incluidos en tales. Este concepto, el de la clasificación en grupos homogéneos o la construcción de índices basados en puntuaciones que reflejan esta homogeneidad en relación con un aspecto considerado previamente como relevante, está en la base de los diversos sistemas de medición del case-mix.

4. LOS GRUPOS RELACIONADOS POR EL DIAGNÓSTICO: GRD

Los GRD son un sistema de clasificación de pacientes y por tanto de medida del case-mix, que fue desarrollado por Fetter y Thompson a finales de los años 60 por encargo de la Health Care Financing Administration (HCFA). Es un sistema que pretende clasificar a los pacientes en grupos basándose en los diagnósticos emitidos al dar de alta al paciente. Se trata de crear grupos similares tanto en términos clínicos como de consumo de recursos. Por eso cuando en GRD hablamos de casuística más compleja, significa pacientes que consumen mayores recursos, pero no tiene por qué corresponder con mayor gravedad, peor pronóstico o mayor necesidad de actuación médica.

Para conseguir el objetivo propuesto se determinaron como características fundamentales que debería tener el sistema las siguientes:

- Los datos que utilizase el sistema deberían estar recopilados de forma habitual en los informes del hospital.
- El número total de GRD debería ser limitado y englobar a todos los pacientes en hospitalización.
- Cada GRD debería contener pacientes con un patrón similar de consumo de recursos.
- Cada GRD debería ser clínicamente coherente.

En la construcción del sistema de GRD se tuvo en cuenta tanto el juicio clínico como el análisis estadístico de datos. Para el desarrollo inicial del sistema se crearon paneles de expertos, responsables de realizar las siguientes tareas:

- Determinar las Categorías Diagnósticas Mayores (CDM). Inicialmente fueron 23, que se corresponden básicamente con el aparato o sistema orgánico afectado y menos con la etiología del proceso. Como algunas enfermedades no pueden ser asignadas a un aparato, se crearon varias CDM como Enfermedades Infecciosas Sistémicas o Enfermedades Mieloproliferativas.
- Asignar cada uno de los diagnósticos de la CIE-9-MC a una CDM.
- Clasificar los pacientes como médicos o quirúrgicos dentro de cada CDM.
- Establecer una jerarquía entre los procedimientos quirúrgicos dentro de cada categoría.
- Valorar si la existencia de complicaciones, comorbilidades o la edad afectaban de forma consistente al consumo de recursos.

El análisis estadístico se realizó con más de 1.4 millones de altas procedentes de 323 hospitales, con el fin de determinar las variables que tenían una influencia estadísticamente significativa en el consumo de recursos, es decir, aquellas variables que eran buenas predictoras del consumo de recursos que iba a suponer la atención del paciente. Dichas variables son:

- Diagnóstico principal.
- Procedimiento quirúrgico principal.
- Otros procedimientos.
- Edad.
- Complicaciones y/o comorbilidades.

En GRD se entiende por complicaciones aquellos procesos patológicos que surgen durante la permanencia del paciente en el hospital y se entiende por comorbilidades aquellos problemas de salud o enfermedades que presenta el paciente antes de su ingreso en el hospital, que requieren cuidados médicos y que producen un aumento en la duración de la estancia hospitalaria. A su vez, el sistema define como complicaciones o comorbilidades mayores aquellos cuadros que al aparecer junto con el diagnóstico principal, podían prolongar al menos un día la estancia en el hospital en más del 75% de los casos. Lógicamente las complicaciones o comorbilidades se tienen en cuenta en relación con el diagnóstico principal. El resultado final es un sistema de clasificación de pacientes en grupos (aproximadamente unos 700), en el cual cada GRD viene definido por un código, el literal del GRD (nombre), la categoría diagnóstica a la que pertenece, si es un GRD médico o quirúrgico y el peso. Este último es una unidad de valor relativa que expresa el consumo de recursos de ese GRD con respecto a los otros.

EJEMPLO. VERSIÓN 25 DEL AGRUPADOR AP-GRD

CÓDIGO GRD	LITERAL	CMD	TIPO	PESO
772	Neumonía simple y pleuritis. Edad < 18 con CC	4	M	0,9093
773	Neumonía simple y pleuritis. Edad < 18 sin CC	4	M	0,6861
774	Bronquitis y asma. Edad < 18 con CC	4	M	0,8405
775	Bronquitis y asma. Edad < 18 sin CC	4	M	0,6364

La versión inicial para la HCFA se centraba fundamentalmente en los problemas de la población mayor de 65 años. En 1987 se comienzan a desarrollar los All Patient GRDs (AP-GRDs) que incluían patologías de los recién nacidos y pacientes con infección por VIH. Posteriormente se añadió la CDM 25 Politraumatismos, se reestructuró la CDM 20 Alcoholismo y Drogadicción y se realizaron diversas mejoras referentes a determinados procesos muy concretos (traqueotomía, trasplantes, etc.) y a las principales complicaciones y comorbilidades.

Hoy en día, los GRD son el sistema de medición del case-mix más potente, extendido y validado, estando sometido a continuas revisiones de mejora y actualización. Se considera una herramienta fundamental en el campo de la gestión ya que permite comparaciones entre hospitales, gestionar por línea de producto, evaluar la actividad, productividad, calidad y eficacia hospitalaria. No por ello está ajeno a inconvenientes, como son la falta de capacidad para detectar variaciones en la complejidad de los casos dentro de un mismo GRD, la falta de homogeneidad en GRD concretos o la incentivación negativa de determinadas prácticas (poco rentables).

4.1. Análisis de la estancia media utilizando Grd. Indicadores De Gestión

Durante mucho tiempo las comparaciones entre hospitales, servicios y unidades, por lo que se refiere a la hospitalización, se han realizado sobre la base de la estancia media, asumiendo que este indicador es un estimable predictor del consumo de recursos. Sin embargo, comparar las estancias medias brutas de dos hospitales o servicios induce a error si no se tiene en cuenta la composición de casos atendida.

Ejemplo. Suponemos que estamos comparando la estancia media de dos servicios clínicos de la misma especialidad, según los datos que se ofrecen a continuación:

SERVICIO X				SERVICIO ESTANDAR			
GRDs	Nº CASOS	E.M.	ESTANCIAS	GRDs	Nº CASOS	E.M.	ESTANCIAS
GRD A	20	8	160	GRD A	50	11	550
GRD B	30	5	150	GRD B	80	8	640
GRD C	40	6	240	GRD C	120	9	1.080
GRD D	10	2	20	GRD D	80	5	400
GRD E	50	30	1.500	GRD E	10	33	330
TOTAL	**150**	**13,8**	**2.070**	**TOTAL**	**340**	**8,8**	**3.000**

A simple vista pudiera parecer que el Servicio estándar es más eficiente puesto que atiende el mismo tipo de casuística que el X pero con menor estancia media, pero esta afirmación no es correcta puesto que en la estancia media global influye el número de casos atendidos de cada tipo. De hecho en el ejemplo propuesto puede observarse que aunque la estancia media global del Servicio estándar es menor, si analizamos GRD a GRD el Servicio X tiene una estancia media menor. El estándar de comparación puede ser cualquier otro hospital/servicio de la misma especialidad, un gold-estándar o una media de hospitales/servicios.

Por lo tanto no se pueden comparar estancias medias brutas entre dos hospitales o servicios, si previamente no hacemos algún tipo de ajuste que nos permita tener en cuenta la casuística atendida. El ajuste que se utiliza habitualmente es la denominada estancia media ajustada por funcionamiento (EMf), la cual se obtiene considerando la casuística del Servicio X (tipo y número de casos) y la estancia media empleada para cada tipo de caso por el estándar. Es decir, GRD a GRD se multiplica el número de altas del Servicio X en ese GRD por la estancia media del estándar en ese GRD, se suman las estancias y se divide por el número total de altas para obtener la estancia media ajustada por funcionamiento. De esta forma conseguimos realizar una comparación con base en la misma casuística que nos permitirá contestar a la cuestión: ¿cuál sería la estancia media global del Servicio estándar si atendiera la casuística del Servicio X con su forma de funcionar (con sus estancias medias)?

En el ejemplo anterior el resultado de este ajuste sería:

AJUSTE DE LA E.M. POR FUNCIONAMIENTO			
GRDs	**Nº CASOS**	**E.M.**	**ESTANCIAS**
GRD A	20	11	220
GRD B	30	8	240
GRD C	40	9	360
GRD D	10	5	50
GRD E	50	33	1.650
TOTAL	**150**	**16,8**	**2.520**

Es decir, la estancia media ajustada por funcionamiento sería de 16,8 días, por lo que queda clarificado que el Servicio estándar no es más eficiente, puesto que si atendiera la casuística del Servicio X obtendría una estancia media de 16,8 días.

Con la estancia media ajustada por funcionamiento se calculan dos indicadores que se consideran básicos en el análisis de la estancia media.

4.1.1. Índice de complejidad (IC)

Compara la estancia media ajustada por funcionamiento con la estancia media del estándar y nos da una idea de la complejidad de la casuística atendida por el hospital/servicio que estamos comparando.

IC = Emf / EM estándar

Si el IC es mayor de 1 quiere decir que la casuística del hospital/servicio que estamos comparando es más compleja que el del estándar, en el sentido de que tiene una mayor proporción de casos con estancias medias prolongadas según el funcionamiento estándar.

Si en vez de cómo cociente lo expresamos como diferencia se obtiene:

Diferencia de EM debida a la casuística = EMf – EM estándar

Que nos indica qué parte de la diferencia de estancias medias entre los dos hospitales/servicios que estamos comparando se debe a una diferente casuística.

4.1.2. Índice de la estancia media ajustada (IEMA)

Compara la estancia media del hospital/servicio que estamos comparando con la estancia media ajustada por funcionamiento.

IEMA = EM hospital/servicio / Emf

Si el IEMA es menor de 1 indica una mayor eficiencia en el funcionamiento del hospital/servicio con respecto al estándar, ya que supone que por cada estancia que genera el estándar el hospital/servicio genera menos de una.

Si en vez de cómo cociente lo expresamos como diferencia se obtiene:

Diferencia de EM debida al funcionamiento = EM hospital/servicio – EMf

Que nos indica qué parte de la diferencia de estancias medias entre los dos hospitales/servicios que estamos comparando se debe a una diferente forma de funcionar (diferentes estancias medias para cada proceso).

Ejemplo. En el ejemplo que estamos considerando, si calculamos estos índices obtenemos:

- IC = 16,8 / 8,8 = 1,9.
- Diferencia debida a la casuística = 16,8 – 8,8 = 8 días.
- IEMA = 13,8 / 16,8 = 0,82.
- Diferencia debida al funcionamiento = 13,8 – 16,8 = -3 días.
- Interpretación: El Servicio X atiende una casuística más compleja que el estándar (IC = 1,9) y es más eficiente (IEMA = 0,82). De la diferencia bruta de estancia media entre los dos servicios (13,8 – 8,8 = 5 días), 8 días (el 73%) se deben a que el Servicio X atiende una casuística más compleja y –3 días (el 27%) a que funciona con estancias medias más cortas.

5. ACERCAMIENTO AL COSTE MEDIO POR PROCESO

Para llegar a determinar costes medios por proceso atendido simplemente tenemos que integrar la información procedente de la contabilidad analítica con la información asistencial. En todas las áreas de producción como hospitalización, urgencias, consultas, resto de actividad ambulatoria, etc. tendremos información de los costes atribuidos a cada unidad y de la actividad realizada por dicha unidad, lo cual nos permite determinar costes medios.

Para ilustrar este acercamiento nos vamos a centrar en la actividad de hospitalización que es la que está ligada a GRD. Por una parte tendremos información de los costes atribuidos a cada GFH de hospitalización y por otra los procesos atendidos en cada uno de esos GFH medidos con el sistema de GRD. Para el cálculo de costes medios de cada GRD simplemente tendremos que calcular el coste asociado a una unidad de peso de GRD en el GFH correspondiente y a partir de este cálculo podremos obtener el coste medio de cualquier GRD atendido en esa unidad.

Ejemplo: El GFH Oftalmología hospitalización de un hospital ha tenido en un período un coste obtenido por contabilidad analítica de 1.263.600€. En ese mismo período ha atendido pacientes hospitalizados que clasificados por GRD y teniendo en cuenta los pesos suponen 780 unidades (resultado del sumatorio de multiplicar número de altas en cada GRD por su peso).

Esto supone que una unidad de peso GRD en ese GFH tiene un coste de:

1.263.600 / 780 = 1.620€

Teniendo en cuenta lo anterior, podríamos calcular el coste medio de cada uno de los siguientes GRD atendidos en el GFH Oftalmología hospitalización:

EJEMPLO. VERSIÓN 25 DEL AGRUPADOR AP-GRD

CÓDIGO	LITERAL	PESO	COSTE MEDIO
36	Procedimientos sobre retina	1,0079	1.632,80 € (1,0079 * 1.620)
38	Procedimientos sobre iris	0,8217	1.331,15 €
44	Infeccione agudas mayores del ojo	0,7162	1.160,24 €
45	Trastornos neurológicos del ojo	0,8160	1.321,92 €

La misma metodología se puede utilizar para el cálculo del coste medio de cualquier tipo de actividad, siempre que esté perfectamente delimitado el catálogo de prestaciones de la unidad asistencial de que se trate y se haya hecho una valoración del coste relativo de cada prestación.

BIBLIOGRAFÍA

Averill R., Goldfield N., Steinbeck B. Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRDs). 3M-SIGESA. 1995.

Coan-hyd, manual de la aplicación. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla, 2003.

Fullana C., Paredes J.L. Manual de contabilidad de costes. Delta Publicaciones Universitarias. Madrid, 2008.

Gestión clínico-financiera y coste por proceso. Instituto Nacional de la Salud. Madrid, 2001.

Ibern P. (editor). Incentivos y contratos en los Servicios de Salud. Springer-Verlag Ibérica. Barcelona, 1999.

Jones L. (editor). Reimbursement Methodologies for healthcare services. American Health Information Management Association. Chicago, 2001.

Manual de descripción de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (AP-GRD v. 25.0), 5ª ed. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Vitoria, 2010.

Prieto B., Santidrián A., Aguilar P. Contabilidad de costes y de gestión: un enfoque práctico. Delta Publicaciones Universitarias. Madrid, 2006.

Rodríguez M.J., García A.J. Costes del dolor neuropático según etiología en las Unidades del Dolor en España. Rev. Soc. Esp. Dolor 6: 404-415; 2007

Stadler M., Schlander M., Braechman M., et al. A cost- utility and cost effectiveness analysis of an Acute Pain Service. J Clin Anesth. 2004;16: 159-67

Unidad de tratamiento del dolor: estándares y recomendaciones. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Madrid, 2011.

Yetano J., López G, Salvador J, et al. Los Grupos Relacionados por el Diagnóstico-All Patient versión 25.0. Descripción de los nuevos grupos respecto a la versión 21.0. Papeles Médicos, vol. 20, n.1, marzo 2011.

Capítulo 12

Innovación Organizativa

Autor:

Miguel Arjona Torres

Miguel Arjona Torres: *Licenciado en Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad Complutense de Madrid. Master en Corporate Finance IOF. Doctorando en Dirección Estratégica UCLM. Consultor. Profesor de Estrategia e Innovación MBA, EMBA ICADE. Profesor de Innovación Organnizativa Profesor de Innovación Organizativa del Máster de Administración y Dirección de Servicios Sanitarios, Fundación Gaspar Casal y Universidad Pompeu Fabra. Universidad Pompeu Fabra – FGC. Miembro del Consejo Asesor de la Fundación Gaspar Casal. Autor y coautor de diferentes libros sobre estrategia, innovación, BSC etc.*
info@miguel-arjona.com

1. INTRODUCCIÓN

En términos macroeconómicos la salud o el sector de la salud es uno de los más activos en cualquier país, y en la mayoría de ellos está en un permanente proceso de revisión y continuas reformas. Es además uno de los sectores más importantes en términos de gasto medido como porcentaje del PIB o de empleabilidad. Este proceso de desarrollo sectorial afecta a otros sectores directamente relacionados con la salud y en términos de Análisis de Porter nos permitiría describirlo como un sector complejo, de alta intensidad competitiva, con barreras de entrada en determinadas actividades y con un mapa de sujetos económicos implicados con un objetivo finalista común que es lograr la mejora en el estado de salud de la población. Este desarrollo genera retos y problemas –crecimiento del gasto, ineficiencias, inequidades– cuya solución no pasa, únicamente, por una férrea voluntad política (y su coste) para abordarlos. Es necesario aplicar modelos, herramientas y estrategias orientadas a la gestión sanitaria. Estas deberían estar basadas en principios como la rentabilidad, la eficiencia en costes, el diseño de estrategias orientadas a la mejora o la gestión del cambio como principio clave de gestión, entre otras.

Este capítulo recoge una reflexión sobre los modelos causa-efecto y en concreto sobre su aplicación a las Unidades del Dolor. Las reflexiones contenidas en el capítulo son el resultado de la magnífica experiencia práctica compartida con distintos profesionales de la medicina con quienes he debatido desde la práctica y que ha generado retos en talleres de mejora. Por otro lado se basa en el sentido común, a veces tan olvidado, y que los economistas de empresa trasladamos a modelos con el interés de formalizar las prácticas de gestión.

El título del libro ya orienta la reflexión de sus capítulos a un aspecto muy concreto como es el de la Gestión Clínica aplicada a Unidades del Dolor. En las próximas páginas intentaré convencer al lector de lo interesante que es disponer de herramientas y modelos para la gestión y organización asistencial. Uno de estos modelos es el Cuadro de Mando Integral. No trato de utilizar el modelo ampliamente desarrollado por sus autores, Kaplan y Norton, sino más bien aprovechar su enfoque metodológico. Las personas que han compartido conmigo talleres saben que uso una sola diapositiva (no siempre) para explicar este modelo. La diapositiva es el volante de carreras de Fernando Alonso. Figura 1.

Fig. 1. Volante de Fernando Alonso

El volante de FA sintetiza toda la estrategia de Ferrari y la necesidad de utilizar un Cuadro de Mando Integral para poder hacer un seguimiento de los objetivos que se proponen conseguir. No se necesita más para entender la justificación metodológica. Claro que en este caso y si el lector tiene la paciencia suficiente para realizar la lectura hasta el final explicaré como utilizar este tipo de modelos, su justificación conceptual y su

aplicación a Unidades del Dolor. No pretendo con estas páginas más que motivarte a reflexionar un rato sobre algunos aspectos de la innovación organizativa que pueden ser útiles para mejorar la gestión de las Unidades del Dolor. Mucho ánimo y una dosis de suerte bien aplicada.

2. LA INNOVACIÓN ORGANIZATIVA COMO ESTRATEGIA

Estrategia es proporcionar una respuesta coherente a un reto para la organización. Por lo tanto incluirá un conjunto coherente de análisis y analíticas, conceptos, políticas, argumentos y acciones que se refieren a un desafío y por lo tanto a un coste de oportunidad alto en las decisiones que se tomen. Desde el punto de vista práctico tres elementos o procesos deben considerase en su construcción: diagnóstico, establecimiento de políticas o guías de actuación y un plan de acción.

Innovación es una palabra que genera vivos debates en un intento de acotar su significado práctico:

- Mudar o alterar algo, introduciendo novedades. Esta es una definición no limitativa que evita típicas discusiones sobre la innovación.
- Transformar la creatividad en valor. En este caso la definición parte de la creatividad como "materia prima" del proceso. El talento genera creatividad y esta se incorpora al proceso de innovación a través de la invención.
- Hacer cambios en algo establecido, en especial alterando e introduciendo nuevos métodos, ideas o productos. La definición se construye sobre el "output" o resultado pudiendo ser este de cualquier tipo, por ejemplo una idea nueva, un producto o una nueva forma de hacer las cosas.

Desde el punto de vista organizativo la famosa frase que se atribuye a Einstein "*Si buscas resultados distintos no hagas siempre lo mismo*" aplica a la perfección para entender la innovación como una estrategia orientada a hacer cosas diferentes. En este sentido debemos entender la innovación organizativa. Al no incorporar limitaciones en la definición el objetivo es buscar en el hospital, y por lo tanto en la Unidad del Dolor como parte integrante del mismo, hacer cosas diferentes o hacer las mismas cosas pero de una forma más eficiente. Para entender este concepto utilizo como ejemplo las iniciativas organizativas puestas en marcha en uno de los famosos hospitales universitarios de Suecia, el Karolinska Sjukhuset. El Dr. Jan Lindsten logró mejorar la eficiencia del Hospital Karolinska actuando sobre tres elementos clave: el enfoque en el servicio al paciente, la racionalización en el empleo de los recursos y la mejora de la satisfacción de los empleados. El resultado fue mejor servicio a menos coste. El modelo de innovación organizativa puesto en marcha se basó en tres metodologías de cambio organizativo ampliamente utilizadas en el mundo de la empresa privada y que manejadas con sentido común pueden ser herramientas muy efectivas para mejorar la eficiencia sin disminuir la calidad asistencial:

- La revisión y reflexión cuidadosa de la estructura organizativa.
- El desarrollo de un plan integral práctico y eficaz de mejora continua orientado a la mejora de la calidad asistencial.
- La reingeniería de procesos como motor de cambio y una obsesión no por lo qué se hace sino por cómo se hace.

Sin embargo, y siendo las tres iniciativas anteriores clave para la consecución de los objetivos planteados, se considera que el éxito se consiguió gracias a la gran capacidad de liderazgo de Lindsten para ilusionar, convencer y comunicar su "visión" del hospital.

Los hospitales se encuentran entre las organizaciones más complejas de gestionar ya que el binomio cliente-persona, que percibe valor mediante las actuaciones de una empresa, (en su faceta de cliente que paga y persona que siente), se complica enormemente por el tercer aspecto: el de paciente. Uno de los gurús de la innovación organizativa y la estructuración de organizaciones, Henry Mintzberg, propone un

modelo que establece cuatro “mundos” integrados pero con sus propias particularidades que denomino las 4c´s (Care, cure, control y community): Curar (médicos), cuidar (enfermeros y otro personal asistencial), controlar (gerentes y personas que gestionan) y comunidad (enfermos y familiares, resto de la comunidad). La innovación organizativa debe intentar el equilibrio estable entre estos “mundos” utilizando cualquier metodología, modelo o herramienta que permita hacer las cosas diferentes y hacerlas mejor.

3. ¿NECESITAN LOS HOSPITALES UN CUADRO DE MANDO INTEGRAL?

La respuesta rápida es decir que no. Ninguna organización “necesita” herramientas con nombres y apellidos. Las organizaciones necesitan conseguir resultados, que pueden ser económicos o de otro tipo. Por ejemplo podríamos decir que la Unidad del Dolor trata de remediar el dolor crónico mediante un conjunto de actuaciones multidisciplinares y que producen resultados. La cartera de Servicios de la UD creo que es (pido perdón por el atrevimiento de economista) fundamentalmente el diagnóstico y tratamiento del dolor crónico o neuropático. La forma de conseguir este objetivo, con un determinado nivel de rendimiento, es harina de otro costal. Unos dirán que el rediseño de la Unidad en términos organizativos es la clave para lograrlo. Otros la capacidad de disponer de una actividad diagnóstica y terapeútica de determinado tipo. Algunos dirán que hay que trabajar por procesos y esto pasa por una coordinación desde la gerencia orientada al paciente. En el Hospital Virginia Mason - USA encontraron que aplicar metodologías de mejora continua utilizadas en la industria del automóvil podía mejorar significativamente su rendimiento y la gestión de los recursos. Just in Time, kanban, Six Sigma… ¿donde está el límite? En la visión y capacidad de diagnóstico del decisor.

Por lo tanto si bien no es tan importante utilizar un Cuadro de Mando Integral (Balanced Scorecard) porque es un producto con nombre y apellidos, sí necesitamos modelos que permitan construir relaciones causa-efecto como principio probado de gestión y aplicable a las Unidades del Dolor.

Los modelos causa-efecto son los culpables de cambiar nuestro paradigma de gestión. Imaginemos un proceso asistencial como es de la nutrición especializada (es decir enteral y parenteral). Si le preguntamos a un farmaceútico sobre el rendimiento del proceso (su grado de eficiencia) podría contestar que la existencia de estándares de práctica, grados de recomendación e indicadores para garantizar su cumplimiento serían suficientes para saber si el proceso es eficiente. Por ejemplo, podría argumentar que en la valoración nutricional, prevenir interacciones es clave y que la construcción de un indicador que lo mida sería suficiente para saber si mejoro. La reflexión es buena pero se orienta a medir resultados y no trabaja las causas que permiten mejorar. No sólo basta con medir que no se producen interacciones entre medicamentos hay que analizar las causas que las provocan y proponer acciones de mejora para evitarlas. Ampliaremos entonces la cartera de indicadores, pero sólo si logramos identificarlas. En realidad nos miden por resultados y por lo tanto se genera un paradigma que, sin ser erróneo, (todos queremos dar resultados) no trabaja las causas que permiten su consecución.

Este es uno de los principios de gestión que bien utilizados da una enorme visibilidad a los puntos de mejora de un proceso y por lo tanto de una unidad organizativa. En consecuencia y desde este punto de vista *sí* necesitamos un Cuadro de Mando Causal, llámese Kaplan o Arjona. Esta es la razón que justifica su uso.

¿Hay algún otro principio general que debamos tener en cuenta a la hora de aplicar Cuadros de mando Causales (Integrales)? Sí, necesitamos tener en cuenta dos aspectos clave: el primero, tener una cierta visión de lo que queremos conseguir en nuestra Unidad del Dolor, en el Hospital o en el proceso de nutrición del ejemplo anterior. Por lo tanto debemos plantearnos, siempre con sentido común, unas metas u objetivos estratégicos. Estos servirán de orientación para la construcción de planes de acción y mejora. El segundo es la necesidad de ver el hospital como un conjunto de procesos donde el resultado de su actuación es el restablecimiento de la salud del paciente. Este enfoque, que por ser tan lógico parece evidente, no lo es tanto en la realidad de las organizaciones. Seguimos mirando nuestro entorno organizativo donde tene-

mos capacidad de actuar para gestionar. Es, en teoría, nuestra área de responsabilidad y sólo esa. No nos damos cuenta que un hospital es un sistema y como buen sistema si una de sus partes no se encuentra en equilibrio el sistema se descompensa. Por lo tanto necesitamos en este coctel tres ingredientes: estrategia, procesos y relaciones causa efecto. Claro y una pizca de suerte, sentido común a toneladas y cariño e ilusión para hacer las cosas mejor.

4. ENTENDIENDO UN CENTRO HOSPITALARIO COMO UN CONJUNTO DE PROCESOS

El plan estratégico es el "producto" que se obtiene de la implantación de un proceso estratégico. La estrategia de la organización, pública o privada, nos permite entender la razón de ser de su existencia y lo que es más importante, nos debe permitir reflexionar sobre lo que la organización quiere ser en el futuro, su visión. Esta visión o "estado futuro" se convierte en el modelo director de los cambios que se deben implantar para conseguir los objetivos estratégicos.

"La atención sanitaria es un proceso cuyo producto, la prestación sanitaria, debe producir salud o ayudar a restablecerla" Esta definición recoge, implícitamente, la existencia de elementos clave que permiten establecer criterios para medir la calidad del producto obtenido.

Por ejemplo. Tratar el dolor como enfermedad será clave a la hora de establecer objetivos estratégicos. Lo será, también, el enfoque que se plantee ante la construcción de unidades (con contenido organizativo o no) como podría ser la de Unidad de Dolor Torácico y otras. Esas decisiones son de un ámbito estratégico y afectarán al desarrollo de los planes de acción para mejorar el rendimiento de la Unidad del Dolor. De la misma forma será estratégica la decisión del tipo de actividades a realizar, asistenciales, docentes o investigadoras.

Desde el punto de vista práctico la mejor aproximación para entender el funcionamiento de una organización es la que nos permite "ver" y representar los diferentes procesos que identifican su modelo de gestión y describen la forma en que se desarrollan sus actividades. Figura 2.

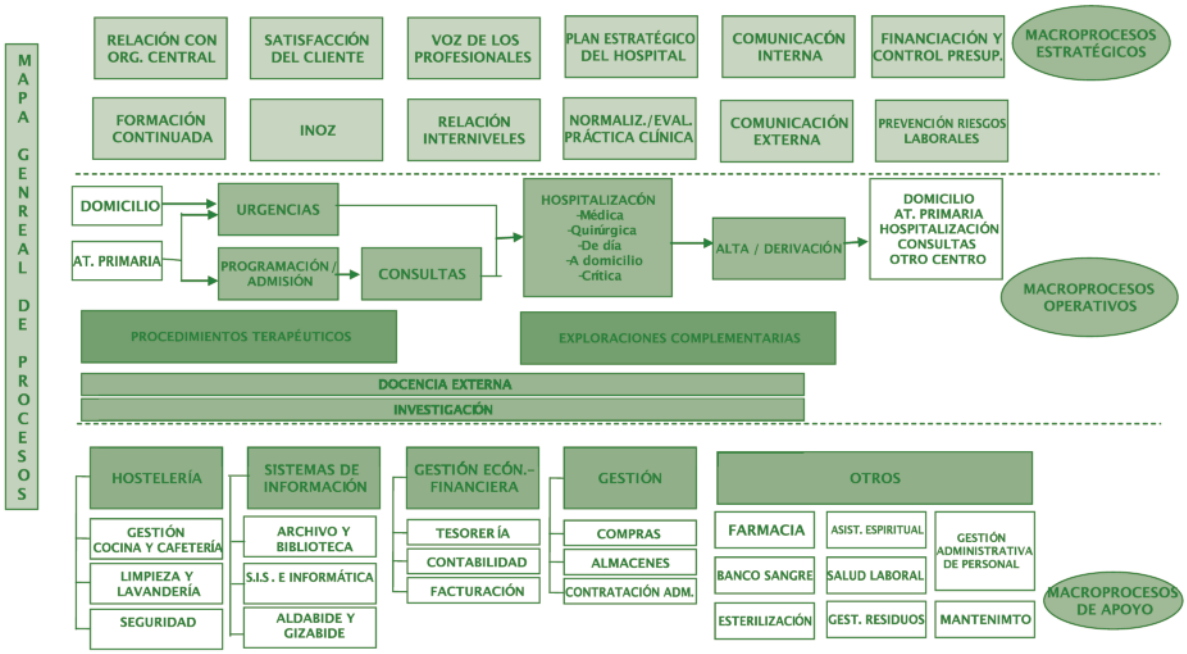


Fig. 2. Mapa de procesos

Supongamos que necesito entender que aspecto debo cambiar o mejorar, para ser más eficiente, o aumentar el rendimiento general del hospital. No queda más remedio que analizar cómo funcionan las cosas , no tanto qué hago sino cómo lo hago. Necesito valorar el rendimiento de las actividades del hospital, alinear las especialidades médicas con las necesidades asistenciales a cubrir. Qué equipos necesitan, qué médicos, ayudantes y personal de apoyo, como organizarlos y coordinarlos. Debería valorar si la tecnología en la que he invertido recursos es eficiente , no sólo desde el punto de vista asistencial, sino desde el punto de vista de un activo en línea con un objetivo estratégico definido (por ejemplo si tengo que hacer una inversión económica en un sistema de información que me permita automatizar el control de la dosis unitaria o integrar las prescripciones farmacológicas en los procesos asistenciales).

Es entender los procesos que constituyen el corazón de la actividad asistencial y que dan sentido y definen el tipo de centro asistencial que quiero desarrollar. Son, en definitiva, los procesos principales del hospital. Se relacionan con el paciente y la actividad asistencial.

Proporcionan una visión horizontal de la organización que permite analizar los enlaces entre las unidades funcionales (especialidades). Rompen la visión vertical típica de las organizaciones permitiendo entender las conexiones entre las diferentes funciones y por lo tanto la gestión del rendimiento del proceso.

Son considerados procesos principales, la atención primaria, el proceso de admisiones, el proceso de urgencias, el de hospitalización o el de cirugía mayor ambulatoria, entre otros. Al mismo tiempo se necesitan definir aquellos procesos, que si bien no son asistenciales, deben permitir el correcto funcionamiento del hospital o apoyan a los principales en su función asistencial

Un desglose posterior, por ejemplo documentando el proceso de hospitalización médica, Figura 3, nos permitiría ir entendiendo el funcionamiento de cada proceso del hospital de forma que podamos plantear mejoras en eficiencia basando el análisis de las actividades que se desarrollan.

Veamos un ejemplo aplicable a Unidades del Dolor.

El paciente que entra con un cuadro de dolor agudo y que entra en el proceso a través de Primaria puede ser derivado a hospital o bien entrar directamente desde urgencias. Supongamos que los pacientes que acuden a la Unidad del Dolor en primera consulta son evaluados directamente por enfermería. Se procedería a un cribado mediante la recogida de datos del paciente, antecedentes, hábitos etc. Se le podrían aplicar diferentes tests como Goldberg, Escala de Barthell o EVA.

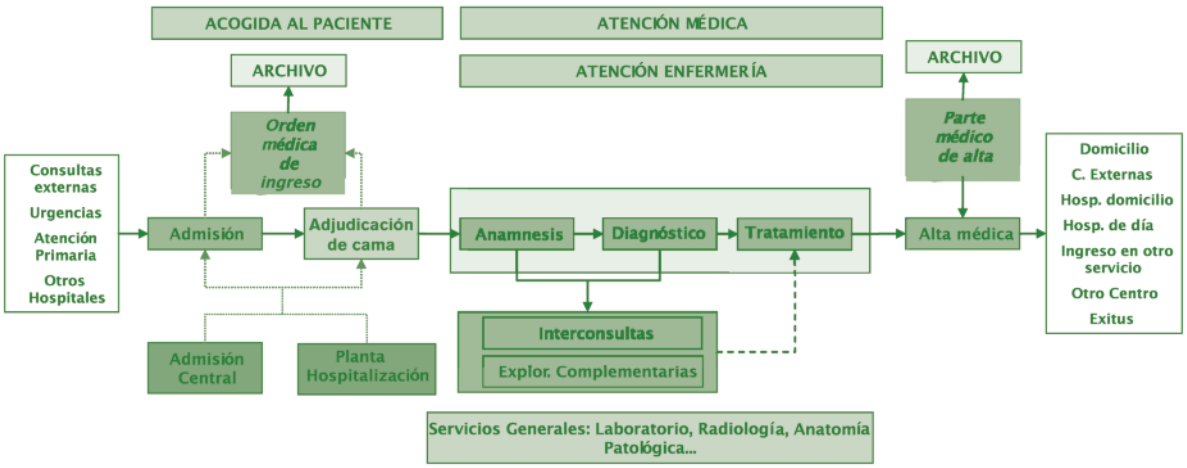


Fig. 3. Proceso de Hospitalización Médica

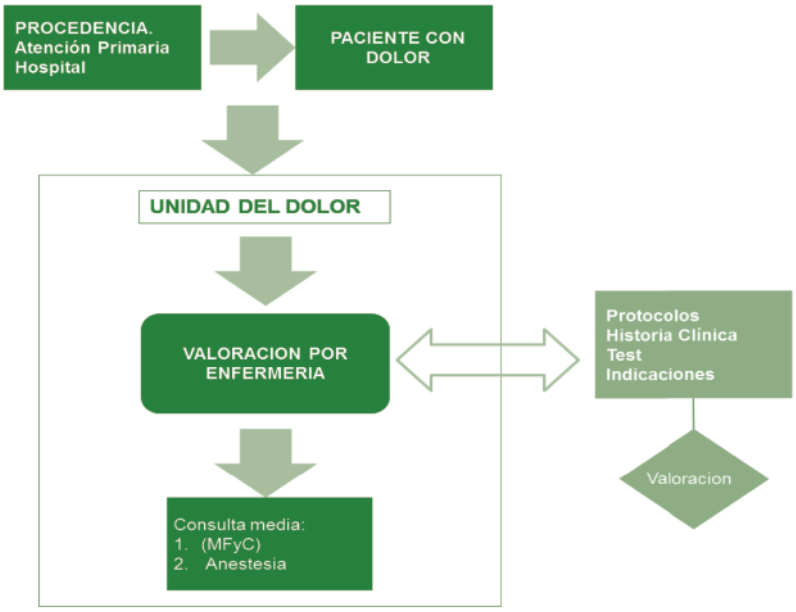


Fig. 4.

Podríamos pensar que las enfermeras tienen protocolizadas las actuaciones de terapias no farmacológicas para asesorar al paciente. Si la valoración produce determinados resultados se podría devolver al paciente a su médico de cabecera con un determinado tratamiento e indicaciones terapeúticas. Una vez avaluado el paciente puede pasar a la Unidad del Dolor para realizar una consulta médica. Es en la Unidad del Dolor donde se decide el tratamiento sistemático e intensivo. El paciente acude periódicamente a la Unidad a recibir terapia no farmacológica intentado distanciar las consultas en base a su mejora progresiva.

El resultado del proceso anteriormente descrito sería el recogido en la Figura 4.

Cualquier enfoque orientado a mejorar el rendimiento de la Unidad del Dolor pasa entonces por entender el proceso y valora los aspectos críticos (actividades) que inciden, como relación causa-efecto, en su resultado. Como reflexión complementaria a esta visión podríamos pensar que las Guías Clínicas no son más que un intento de normalizar procesos. Si bien son recomendaciones se orientan al proceso mediante una actuación sistemática y sistémica que facilita la toma de decisiones sobre intervenciones sanitarias adecuadas al abordaje de una condición clínica específica.

En resumen, es la estrategia de la organización la que permite construir un adecuado modelo de procesos ya que estos “dan forma” y definen las actividades a llevar a cabo para lograr los objetivos del Centro Hospitalario. Estas actividades, integradas, constituyen el modelo de procesos de un centro hospitalario como organización que atiende a un cliente final que es además paciente y persona.

Una reflexión estratégica sobre los objetivos perseguidos por la Unidad del Dolor nos la proporcionan los criterios mínimos de asistencia para su tratamiento y que son clave para mejorar la calidad de estos servicios. Veamos como define Clemente Muriel en una de la guías clínicas de unidades de dolor el programa de tratamiento del dolor crónico: “programa organizado para disminuir el dolor, aumentar la calidad de vida y reducir la dependencia del sistema sanitario de los pacientes con dolor crónico, que interfiere con el funcionamiento físico psicológico y profesional a través de la provisión de servicios de equipos coordinados, interdisciplinarios y orientados hacia los objetivos en un régimen de ingreso y/o ambulatorio”. Por lo tanto esos requisitos mínimos deben contener lo siguiente:

- Evaluación interdisciplinar por un equipo constituido por un director del programa y un grupo de profesionales sanitarios seleccionados e identificados que estén suficientemente cualificados para tratar el doro crónico y que representen más de una disciplina.
- Supervisión médica adecuada, preferiblemente por un grupo de profesionales con dedicación exclusiva.
- Servicios adecuados de apoyo médico y servicios de consulta de un psiquiatra y/o psicólogo, medidas para evaluación del paciente y terapias afines adecuadas.
- Procesos de evaluación organizada para detección y selección de los pacientes.
- Instalaciones adecuadas para evaluar las causas y los efectos médicos, psicológicos, sociales y ambientales del dolor crónico en los pacientes.

- Procedimientos para la integración expeditiva de esta información con el fin de formular una opinión diagnóstica y llevar a cabo una estrategia de tratamiento que comprenda el tratamiento multimodal.
- Revisión y mantenimiento de historias.
- Medidas cuantitativas de disfunción.
- Metas de rehabilitación amplias, incluyendo destoxificación, aumento de la funcionalidad, consejo psicológico y control del estrés/dolor.
- Consentimiento informado para el tratamiento.
- Reevaluación periódica de los progresos y los resultados de la terapia.

Como consecuencia de estas reflexiones y desde el ámbito estratégico cabe hacer la valoración sobre la orientación multidisciplinar siendo la tendencia la revisión de unidades o clínicas monodisciplinarias del dolor orientadas al tratamiento de una modalidad.

5. MAPAS ESTRATÉGICOS PARA UNIDADES DEL DOLOR

La aplicación de modelos causa-efecto a las estrategias (metas y objetivos estratégicos) de la Unidades del Dolor permite la construcción de los mapas estratégicos. Esta herramienta, ampliamente utilizada en la empresa privada, permite visualizar, desde un enfoque estratégico, los aspectos críticos (personas, procesos, tecnología etc.) donde debemos garantizar el nivel de rendimiento adecuado y que si no lo conseguimos el resto de las actividades y el nivel de rendimiento alcanzado no será suficiente para conseguir los objetivos.

Desde el punto de vista conceptual la idea es sencilla. En cualquier ámbito organizativo, sea público o privado, disponemos de una determinada visión estratégica que se materializa en un conjunto de metas y objetivos estratégicos. Tengo un buen amigo, médico de familia y ahora gerente de un gran hospital público. Entre sus objetivos estratégicos se ha fijado mejorar el proceso de derivaciones que garantice una mayor eficiencia en el uso de los recursos (tiempos, diagnósticos,…). y la integración eficaz y eficiente entre primaria y las especialidades. Ha llegado a la conclusión que es un aspecto estratégico para el centro hospitalario y lo ha convertido en un objetivo explicito dentro de la cartera de objetivos estratégicos. En su agenda de objetivos estratégicos hay más. Este es uno de ellos.

El punto de partida es haber hecho la valoración estratégica del hospital. Es entender el “estado actual” de la organización y plantear donde queremos estar en el futuro. Su estado futuro. Como buenos clínicos uno de los aspectos críticos será el de diagnosticar correctamente los aspectos a mejorar y utilizar las pruebas diagnósticas adecuadas en función de las necesidades. Nos referimos al diagnóstico estratégico de la Unidad del Dolor que permita establecer los objetivos estratégicos en las áreas asistencial, docente e investigadora. Estos objetivos o metas estratégicos serán la referencia para la construcción del mapa estratégico. El punto de partida será la reflexión cuidadosa de la visión de la Unidad del Dolor que quiero llegar a construir. Metodológicamente el proceso es muy sencillo:

1. Establecer la visión de la Unidad del Dolor integrada en la propia del centro hospitalario. Es decir lograr la coherencia estratégica entre el hospital y la UD como parte integrante del mismo.
2. Traducir a objetivos estratégicos o metas la visión o estado futuro desarrollado en la etapa anterior.
3. Reflexionar sobre los aspectos clave o críticos que condicionarán estratégicamente la consecución de los objetivos de la UD.
4. Realizar el mapa estratégico mediante un debate abierto utilizando diferentes técnicas adaptadas al grupo de trabajo.
5. Reflexionar sobre las conexiones estratégicas de los factores clave.
6. El proceso permite realizar iteraciones hasta que el equipo consensue el mapa.

Fig. 5.

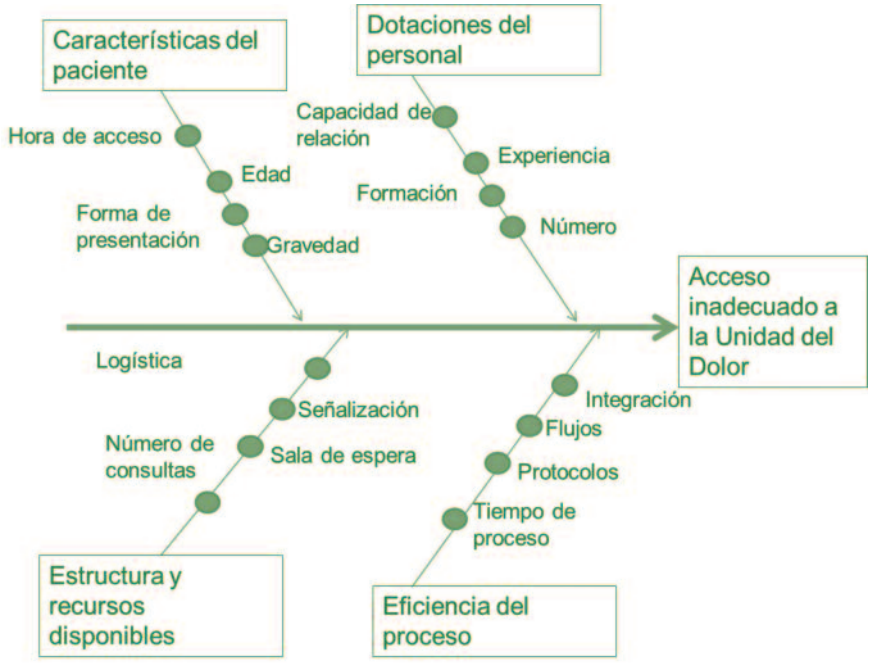


Fig. 6.

El resultado será un modelo gráfico que permitirá al grupo de trabajo "visualizar" rápidamente los aspectos a desarrollar o mejorar de la UD y que estarán alineados con la estrategia del centro hospitalario y por lo tanto con su equipo directivo.

Un ejemplo del resultado de un mapa estratégico sencillo (primera iteración) se recoge en la Figura 5.

El proceso permite ir generando iniciativas y reflexiones apoyadas con otras técnicas y herramientas. El responsable de coordinar y dirigir la sesión deberá elegir entre las que mejor se adapten a las necesidades del grupo. Si por ejemplo se discute un aspecto clave como puede ser el acceso a la unidad del dolor podría ser interesante utilizar alguna que permita reflexionar sobre los motivos o causas que provocan esta situación. Elegimos una muy conocida, diagrama Ishikawa adaptado al contenido en la GCSED. El resultado podría ser el de la Figura 6.

Esta técnica es especialmente interesante ya que sigue aportando información en base a reflexiones causa efecto. En este caso es especialmente importante que la persona o el equipo que dirija la sesión de trabajo conozcan, no sólo la técnica a utilizar, sino que sepa motivar y dirigir al equipo de trabajo

Una vez finalizado el mapa estratégico ya podemos empezar a diseñar un Cuadro de Mando Estratégico para la UD basado en relaciones causa-efecto.

6. CUADRO DE MANDO (INTEGRAL) PARA LA UD COMO RESULTADO DEL PROCESO

La elaboración del mapa estratégico es el corazón en la construcción del CM (I) para la UD. Si el resultado de la reflexión anterior es bueno el cuadro de mando a implantar cumplirá unas de las condiciones de éxito en el desarrollo metodológico . En caso contrario lo que vamos a obtener es un conjunto de indicadores que no permitirán trazar la estrategia diseñada para la UD ni la consecución de los objetivos definidos. De la etapa anterior hemos obtenido los factores clave que debemos vigilar y medir. Ahora sí estamos en disposición de crear los "famosos" indicadores de rendimiento que permitan medir la consecución de las actividades críticas.

Aprovecho para recordar algunos de los aspectos que se relacionan con la construcción de indicadores y que de la calidad y precisión con que midamos dependerá la capacidad de reaccionar ante desviaciones en los objetivos de la UD. Por lo tanto no se trata de tener indicadores sólo de calidad es disponer de indicadores que midan lo que necesitamos medir.

La Figura 7. recoge, en una foto, el proceso de generación de indicadores y propone un "check list" para valorar su calidad antes de incorporarlos al cuadro de mando integral. El proceso de generación de indicadores se recoge en la misma figura.

Para garantizar la calidad de los indicadores se propone la siguiente tabla:

- Ser relevante.
- No ser ambiguo.
- Inequívoco.
- Pertinente.
- Objetivo.
- Preciso.
- Accesibilidad.
- Sensibilidad.

Es importante destacar que muchos indicadores reflejarán aspectos no asistenciales, es decir, estarán ligados a actividades críticas que si bien por un proceso causal llegarán al final a tener un efecto sobre la calidad asistencial, incidirán en las causas iniciales y no en los resultados. Es un defecto habitual trabajar sobre indicadores de resultados y no plantearse los indicadores ligados a los aspectos a mejorar, que en el caso del Cuadro de Mando Integral son claves.

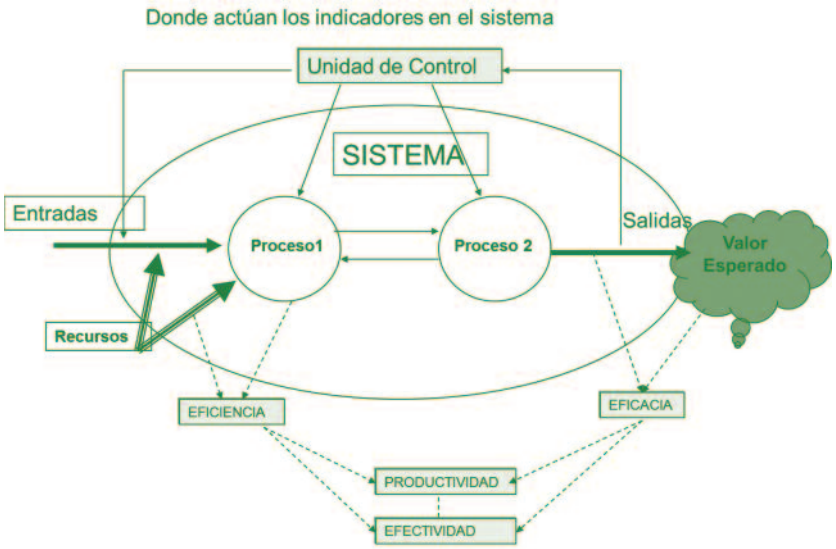


Fig. 7.

Ejemplo de generación de indicadores aplicable a una Unidad de Dolor Torácico (UDT):

A los pacientes con dolor torácico sospechoso de ser de etiología isquémica coronaria en los que se ha descartado según la guía correspondiente un SCA (ECG y troponinas seriadas normales) y que sean capaces

de realizar ejercicio se les practicará una prueba de esfuerzo diagnóstica en tapiz según el protocolo de Bruce.

De los resultados de esta prueba se derivarán 2 actuaciones:

1. En caso de positividad de la prueba los pacientes serán ingresados en el servicio de Cardiología para su estudio y tratamiento o, una vez iniciado el tratamiento, remitidos a la policlínica de dolor torácico para su seguimiento.
2. En caso de test de esfuerzo negativo el paciente será Alta a su domicilio y control en los próximos días por su médico de Atención Primaria o en la Consulta externa de dolor torácico del servicio de Cardiología.

Los pacientes con incapacidad para efectuar una prueba de esfuerzo adecuada por limitaciones físicas y/o dificultad de interpretación del ECG durante la prueba, la provocación de la isquemia debe realizarse por medios farmacológicos, especialmente con ecocardiografía de estés. La realización de esta técnica es ambulatoria debiendo tener el paciente en el momento de alta, fecha para la realización de la prueba y para entregar su resultado en Policlínicas. En caso de no poder realizarse la prueba de esfuerzo el paciente ingresará para estudio.

En pacientes en los que sea preciso descartara otras etiologías cardiológicas del dolor torácico no coronario y/o valorara la contractilidad segmentaria y loa función ventricular izquierda, se realizará un Ecocardiograma Doppler en la UDT. Este equipo sería también utilizable las 24 horas del día para las urgencias cardiológicas que precisaran este método diagnóstico.

El informe resume los indicadores de proceso y resultados referidos a la calidad asistencial:

Por tratarse de un área donde las decisiones terapéuticas tienen gran trascendencia se debería llevar un registro que permita evaluar continuamente la eficacia de la UDT y su calidad asistencial. Se deberá codificar:

1. Número total de ingresos: sobre una media estimada de 120 ingresos mensuales, sería aceptable una ocupación el 80-100%.
2. Tiempos de actuación:
   a) Porcentaje de ECG realizados antes de los 10 minutos de la llegada a Urgencias.
   b) Porcentaje de pacientes con una primera extracción de troponinas antes de los 20 minutos de la llegada a Urgencias.
3. Porcentaje de pacientes con ergometría realizada en las primeras 12 horas.
4. Porcentaje de pacientes con ergometría realizada en las primeras 24 horas.
5. Porcentajes de errores en el diagnóstico final.

De esta observación continua de la actuación en la unidad deben surgir objetivos de mejora y modificaciones en la organización y en las guías. Los posibles cambios se realizarán en las reuniones del Comité de seguimiento a propuesta de cualquiera de las partes representadas.

7. LA AGENDA DE MEJORAS COMO PRODUCTO DEL PROCESO

Uno de los aspectos más desarrollados en dirección de organizaciones y en especial en dirección estratégica en los últimos años ha sido el que se relaciona con el establecimiento de un sistema que permita hacer un seguimiento de la estrategia implantada en una organización y por lo tanto de su rendimiento (esperado). La utilización de indicadores y medidas basadas en los sistemas transaccionales de las organizaciones y sobre todo en el resultado económico financiero originó una desconexión entre lo que se

intentaba conseguir mediante la definición de un plan estratégico y como realmente se estaba consiguiendo. Históricamente se ha prestado más atención a los resultados y a su valoración que a lo que permitía generar esos resultados (los drivers o inductores de resultados). De esta forma si un indicador finalista se encontraba dentro del límite permitido (holgura) no se debería producir ninguna actuación. Por el contrario si esto no ocurre se debería poner en marcha alguna iniciativa que permita corregir la desviación. No es difícil entender que este proceso de retroalimentación sobre el resultado tiene dos grandes defectos implícitos al propio modelo:

- no permite adelantarse al resultado final ya que no mide las causas que lo generan.
- no trabaja sobre los factores clave (drivers) intermedios que permiten anticiparse, y por lo tanto corregir las desviaciones antes de que se trasladen al indicador finalista.

Al mismo tiempo que se producía esta desconexión entre una estrategia explícita definida para una organización y la capacidad de actuar antes de que el resultado se refleje en un indicador, nos encontramos con modelos de gestión donde, si bien se incidía sobre los indicadores y su construcción, no se prestó especial atención a la necesidad de implantar un proceso que lanzase iniciativas de cambio (proyectos) cuando el resultado no fuese el deseado.

En realidad lo que se pone de manifiesto es la necesidad de tratar las organizaciones como sistemas donde aislar y tratar los elementos que lo componen repercute muchísimo, y negativamente, sobre el rendimiento global y su gestión. El problema es la incapacidad práctica de hacerlo ya que la complejidad derivada de una visión integrada e interconectada de los elementos del sistema no permite su tratamiento práctico.

En la Figura 8 se recoge el proceso completo (sólo recoge la primera iteración). Es importante recordar que el proceso de cambio empieza cuando acaba la obtención del mapa estratégico, las relaciones cau-

Fig. 8.

sales y la cartera de indicadores. Debemos organizar la agenda de proyectos que promueva los cambios . Estos serán los verdaderos motores de hacer cosas diferentes. No los indicadores, que permitirán trazar la estrategia pero por si solos no promueven cambios.

Como agenda de mejoras propongo una como la de la Figura 9 que suelo utilizar en proyectos y se basa en el diseño de dos ejes que permiten organizar los proyectos de mejora.

Se generarán, por ejemplo, los indicadores estratégicos del tipo:

- Icr = Derivación < 2% de pacientes que acuden por dolor a at. 1ª.
- Iot = Nº técnicas específicas / Nº pacientes >50%.
- Nº de protocolos implantados en el periodo "t".

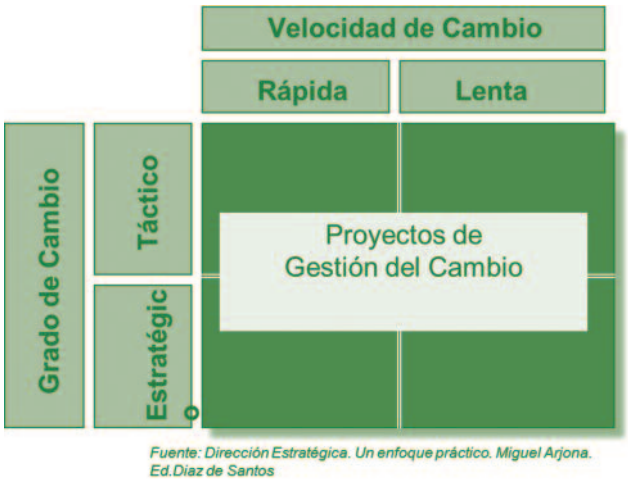


Fig. 9.

Una vez elaborado el modelo y consensuadas en sucesivas iteraciones el mapa estratégico y los indicadores debemos trabajar en los proyectos a poner en marcha. Para ello podemos utilizar la matriz de la Figura 9 que nos permite definir dos aspectos interesantes para priorizar la cartera de iniciativas como son la urgencia del cambio y la velocidad del cambio. En la matriz colocamos los proyectos según estos criterios con el objetivo de visualizar el proceso de implantación.

En realidad hemos utilizado el sentido común para establecer una metodología válida para cualquier centro hospitalario público o privado. Se puede aplicar a cualquier nivel organizativo y necesita un equipo de apoyo que maneje estos conceptos con soltura y sea capaz de dirigir las sesiones de trabajo para lograr resultados útiles. Es, en definitiva, una forma de pensar en la innovación organizativa como un aspecto clave para mejorar la calidad asistencial.

8. CONCLUSIONES

El punto de partida de la innovación y por lo tanto de la innovación organizativa es la creatividad y el origen de la creatividad es el talento aplicado. La consecuencia es obvia. El único capital que de verdad produce innovación es el capital intelectual. Las personas son clave, pero las personas comprometidas y con ilusión por los proyectos.

Hace poco las imperfecciones del mercado se explicaban mediante ejemplos de información imperfecta o producción imperfecta. Pero esta situación está cambiando. Determinadas singularidades de los mercados están desapareciendo por la capacidad de conocer y descontar las ventajas competitivas en tiempo real.

Los procesos se hacen simples y copiables y la TIC nos comunican a nivel global en tiempo real. Estamos llegando a un punto donde la cantidad de productos y servicios a elegir es enorme y lo mismo ocurre con las organizaciones donde la innovación liderada por personas que no se conformen con el statu quo serán claves para hacer las cosas no sólo de forma diferentes sino hacer cosas diferentes.

La estructura organizativa, y por lo tanto su diseño, se convierte en facilitador de la innovación. En términos prácticos el diseño de la estrategia de innovación deberá contemplar, como aspecto clave, el tipo de organización a diseñar y prestar especial atención, no sólo a la macro-estructura, sino al diseño de procesos, el modelo de retribución y lo más importante el equipo humano y su gestión. Estos factores son de especial relevancia en las organizaciones hospitalarias, públicas o privadas. Será necesaria la existencia de un modelo de coordinación y liderazgo eficiente ya que los procesos son, cada vez con más frecuencia, multidisciplinares y por lo tanto el resultado obtenido de su intervención nunca depende de una sola actuación organizativa. En este aspecto, la formación, la motivación, la participación en la gestión y en la toma de decisiones o el modelo de incentivos que permitan un equilibrio entre la vida profesional y personal parecen fundamentales. Es, en definitiva, acompañar la innovación organizativa de un adecuado proceso de Gestión del Cambio que ilusiones a la personas ante el reto de innovar.

La gestión del cambio facilita el proceso de innovación organizativa y reflexiona sobre el coste de permanecer en el "estado actual" como organización, la necesidad de cambiar hacia un "estado futuro" y el coste , no sólo de hacerlo, sino de no hacerlo.

La Figura 10 recoge este proceso:

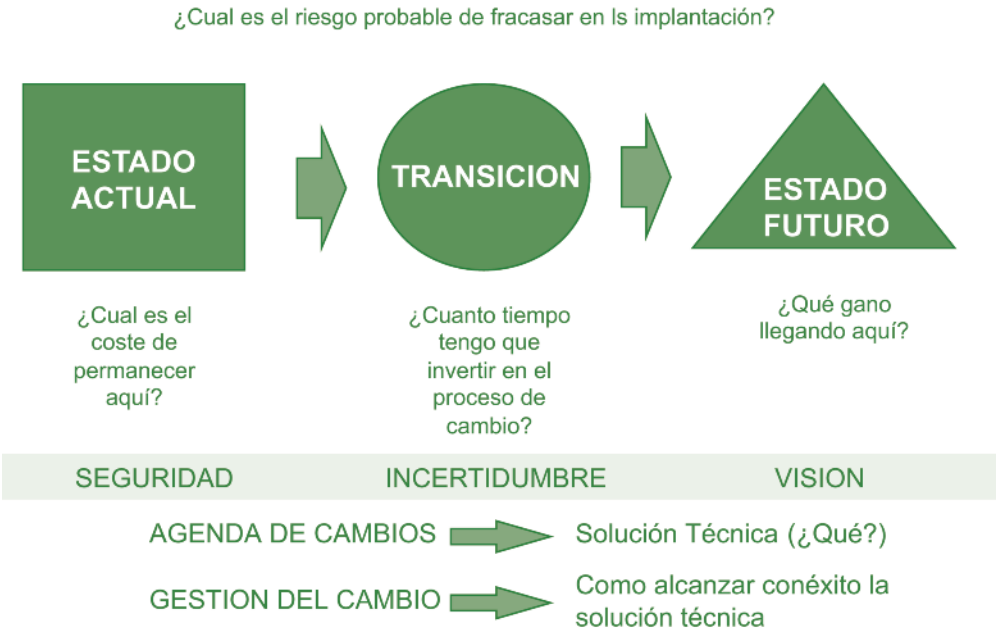


Fig. 10.

En este sentido las personas, de cualquier nivel, juegan un papel esencial en el proceso de innovación organizativa ya que se convierten en los "agentes de cambio" diseñando actuaciones que permitan realizar la transición hacia nuevos modelos al menor coste posible. Ante este reto hay que complementar el modelo de cambio basado en proporcionar información y analíticas que influyan en nuestra forma de actuar con el enfoque de ayudar a la gente a "ver y sentir" actuando sobre las actitudes para modificar comportamientos. Es el modelo ver-sentir-cambiar, como complemento a analizar – pensar-cambiar.

En resumen, la creatividad y la innovación son el motor de las organizaciones del futuro. La organización burocrática, estática y que no se reinvente a sí misma no podrá competir en los mercados actuales. Incluso las pequeñas y medianas organizaciones deberán incorporar cambios en sus formas de entender las transacciones y relaciones en los mercados y con la personas. La reinvención no consiste en cambiar

lo que hay, sino en crear lo que no hay o tal vez encontrar nuevas aplicaciones para cosas ordinarias. El Circo del Sol no es un circo evolucionado, ni un espectáculo musical, ni una actuación teatral. Es algo diferente, es el Circo del Sol. Se ha reinventado. La reinvención necesita de tres componentes esenciales: talento, creatividad y capacidad de convertir la creatividad en innovación. Esta metamorfosis no es un proceso puntual que se da por casualidad, es un cambio en el tiempo que afecta a toda la organización. Quizás haya que ir pensando que una organización, en su estado actual, no debe ni puede durar siempre. El concepto de sobrevivir da paso al de cambiar, desaparecer, transformarse y convertirse en algo diferente. La mariposa no es una larva en su etapa final evolutiva, es una criatura diferente. Las empresas clasificadas como excelentes por gurús de la gestión, dejan de serlo en muy poco tiempo. Los gestores clasificados como visionarios pasan a ser "del montón" si su empresa no crece por encima de la media del mercado o sus indicadores financieros no descuentan rápidamente resultados futuros. Es la visión del corto plazo, la gestión urgente. La imagen de la empresa y la capacidad de comunicar sus éxitos al mercado pasan a ser tan importantes como los fundamentales intrínsecos a su actividad.

La esperanza de vida de una empresa multinacional (de las 500 del *Fortune*) está entre los cuarenta o cincuenta años. Quizás la causa de su desaparición se deba a que los directivos que las dirigen se centran más en ganar mucho y en crecer mucho en lugar de pensar en el "viaje estratégico" o en las personas que constituyen el verdadero motor de la empresa. El fin de una empresa como el de la propia persona, debería ser el de desarrollar al máximo sus capacidades y sacar el máximo partido a su creatividad, en lugar de pensar en vivir eternamente. Para una empresa, y en general para cualquier tipo de organización, esta visión implica una cierta "gestión nómada", donde se busquen aires nuevos, otros retos y mucha creatividad. No digo que debamos pensar en desaparecer, ni en dejar de aplicar los buenos principios de una lógica estratégica bien diseñada, lo que intento transmitir es que debemos incorporar a nuestra cultura de empresa el reto de la reinvención como complemento a la estrategia de supervivencia a toda costa. La integración vertical es una estrategia de negocio pero más importante es la integración virtual. Las tecnologías de la información afectan a todos y a todo. Es la era del aprendizaje informal. La competencia se desdibuja en una especie de cuadro expresionista y está tan sólo a unos clics de nosotros. Los océanos azules como paradigma competitivo. En definitiva un panorama nuevo, con ciertas similitudes a un caos controlado donde la incertidumbre juega un papel clave. Querer evitar esa incertidumbre forma parte del intento del ser humano de controlarlo todo. Se contratan asesores para reducir la incertidumbre, que acuden a personas de la propia empresa para entender bien lo que pasa y posteriormente decidir sobre lo que han entendido. Compramos asesoramiento para evitar la incertidumbre y en algunos casos, los menos, para innovar. La respuesta ideal debería ser aceptar la complejidad y no intentar eliminarla.

Este panorama nos dirige de la mano a un cambio importante en la forma de entender la empresa, sus relaciones con el entorno (incluyendo el medio ambiente), las personas, sus inquietudes y sus necesidades y en definitiva a pensar en que la empresa no vive eternamente y que su longevidad depende de su capacidad de crear y reinventarse. El problema radica en que las empresas no se desarrollan sobre la base de la innovación ni de la creatividad. Es curioso cómo explicamos en las escuelas de negocios lo que son las empresas y en general las organizaciones. Las definimos como la mezcla de activos, actividades y órganos de gobierno. Hablamos de inputs, procesos y outputs. Definimos e implantamos estructuras y mecanismos para explotar los recursos y producir bienes y servicios, pero no las diseñamos para ser creativas. Pero no hay que confundirse. La cultura de la creatividad no es anárquica. Es trabajar y romper barreras. Es crear estructuras que faciliten su desarrollo. Es aplicar el marketing lateral. La penicilina la descubrió Fleming gracias a un experimento que le salió mal, Colón descubrió América por un "pequeño" fallo de orientación y cartografía naval, y así tantos otros. La innovación es una actitud y un proceso mental nuevo. Intentamos aplicar modelos para explicar el futuro. Las hojas de cálculo son cada vez más sofisticadas y sin embargo nos da miedo el riesgo de experimentar. Pero experimentar es también fracasar. Un entorno que desarrolle la innovación debe admitir los fracasos como parte del proceso, por eso los fallos son parte del proceso. A lo mejor hay que empezar a premiar ideas aunque no lleguen a convertirse en cash flow. Me encanta el video de Steve Jobs frente a un montón de alumnos de Stanford. Habla de fallos, de riesgos, de ilusiones de hacer las cosas con cariño, de trabajar en lo que realmente disfrutas y disfrutar con tu trabajo.

De nuevo lo emocional frente a lo racional. El fracaso como motor y el líder de verdad para motivar al que fracasa para seguir intentándolo. Me entusiasma Van Gogh. Como los demás impresionistas, rompieron los esquemas tradicionales. Ya no es lo que ves sino la percepción de lo que ves, su interpretación, el color y no la forma. Se discute la realidad y se lleva a sus últimas consecuencias: la pintura impresionista, como Goya, que se anticipa con su pintura y se arriesga. A veces, cuando me preguntan a qué me dedico, digo que soy pintor. Es verdad, es una de mis aficiones que más satisfacciones me da, otra es viajar. En la pintura el límite de la innovación es casi infinito, cuando pintamos intentamos evitar hacer obras predecibles y limitadas. Buscamos el valor en lo nuevo, diferente o infinito. El viajero, no el turista, espera lo imprevisto, su actitud es creativa, se empapa de la novedad y la convierte en placer, descubre situaciones nuevas y las incorpora a su propia experiencia, lo que le permite disfrutar más del viaje. Este es el viaje de la innovación y de la creatividad aplicada al desarrollo. Un viaje donde la emoción, la imaginación, la ilusión, que no se pueden reflejar en un organigrama, componen el activo más importante de la empresa: la actitud de innovar. Y como el buen cocinero, unos buenos ingredientes son clave: ilusión, una buena cartera de herramientas bien entendidas, sentido común, un equipo, liderazgo en abundancia y mucha suerte. info@miguel-arjona.com

BIBLIOGRAFÍA

Andrews, K. (1971): *El concepto de estrategia de empresa.* Ed. EUNSA, Barcelona.

Argyle, M. (1983): *Análisis de la interacción.* Buenos Aires: Amorrortu.

Arjona Torres, M. (1999): *Dirección Estratégica. Un enfoque práctico*. Ed. Díaz de Santos. Madrid.

Barnard, Chester I. (1968): *The Functions of the Executive*. Harvard Univ. Press. Cambridge, Massachusetts.

Barney, J.B. (2007): *Gaining and sustaining competitive advantage.(3ª ed.)* Prentice Hall. Madrid.

Besanko, D. *et al.: Ec*onomics *of Strategy.*(2007). (4ª ed). Wiley *& Co*.

Biblioteca IESE de Gestión de Empresas (1997): *Dirección Estratégica*. Ed. Folio, Barcelona.

Boston Consulting Group (1998): *Ideas sobre Estrategia*. Ediciones Deusto. Barcelona.

Brickey, James A. (2004): *Diseño de organizaciones para crear valor: de la estrategia a la estructura*. Mcgraw-Hill / Interamericana de México. México DF.

Clausewitz, Carl von (2005): *De la Guerra.* La esfera de los libros.Madrid.

Collis, D.J. *et al.: Estrategia Corporativa: un enfoque basado en los recursos.* (2007). (2ª ed.). McGraw-Hill. Madrid.

Collins, James C. *et al.:* (1996): *Empresas que perduran: principios básicos de las Compañías con visión de futuro*. Paidós Empresa. Barcelona.

Costa, M. y López, E. (2009): *Los secretos de la dirección. Liderar y fortalecer personas y equipos.* Madrid: Pirámide.

Fisher, R. y Ury, W. (1985): *Obtenga el Sí. El arte de negociar sin ceder.* México: Cecsa.

Gordon, Th. (1980): *Líderes eficaz y técnicamente preparados.* México: Diana.

Leboeuf, M. (1986): *El gran principio del management.* Barcelona: Grijalbo.

Minzberg, H. (1983): *La naturaleza del trabajo directivo.* Barcelona: Ariel.

Muriel, Clemente (2007): *Estructura y funcionamiento de las unidades de dolor.* Arán Ediciones. Madrid.

Peters, Th. y Waterman, R. (1990): *En busca de la excelencia.* Barcelona: Folio.

Randolph, W.A. y Posner, B. (1989): *El arte de gestionar y planificar en equipo.* Barcelona: Grijalbo.

Strayhorn, N. (1986): *Cómo dialogar de forma constructiva.* Bilbao: Deusto.

Weisinger, H. y Lobsenz, N.M. (1983): *Nadie es perfecto.* Barcelona: Grijalbo.

APLICADA A UNIDADES DE DOLOR HOSPITALARIAS

FUNDACIÓN GRÜNENTHAL España

FUNDACION GASPAR CASAL
PARA LA INVESTIGACIÓN Y EL DESARROLLO DE LA SALUD
www.fgcasal.org