



Universidad de Navarra

Documento de Investigación

DI nº 199

Octubre, 1990

GESTION EN LA EMPRESA HOSPITALARIA

Josep Valor*

Jaume Ribera**

* Profesor, Sistemas de Información, IESE

** Profesor, Dirección de Producción, Tecnología y Operaciones, IESE

IESE Business School – Universidad de Navarra

Avda. Pearson, 21 – 08034 Barcelona, España. Tel.: (+34) 93 253 42 00 Fax: (+34) 93 253 43 43

Camino del Cerro del Águila, 3 (Ctra. de Castilla, km 5,180) – 28023 Madrid, España. Tel.: (+34) 91 357 08 09 Fax: (+34) 91 357 29 13

Copyright © 1990 IESE Business School.

GESTION EN LA EMPRESA HOSPITALARIA

1. Introducción

¿Se puede gestionar un hospital? ¿Son los instrumentos de gestión utilizados en la empresa válidos en el contexto sanitario? A este tipo de preguntas intentaremos dar respuesta a lo largo de este artículo. Para ello, introduciremos un marco conceptual que permita descomponer las organizaciones en varios componentes, y entonces evaluar el comportamiento de instrumentos clásicos de gestión de empresas en cada uno de ellos. Siempre que sea posible, intentaremos hacer sugerencias concretas encaminadas a incrementar la gestionabilidad de los centros hospitalarios.

Si definimos al hospital como una empresa, ésta debe ser considerada una empresa de servicios. Una empresa de servicios es aquella en la que es imposible distinguir el producto del proceso, ya que ambos van íntimamente unidos. Por otra parte, el producto de un hospital es relativamente intangible, con lo que el paciente percibe producto y proceso de forma indistinguible y, por tanto, los valora conjuntamente.

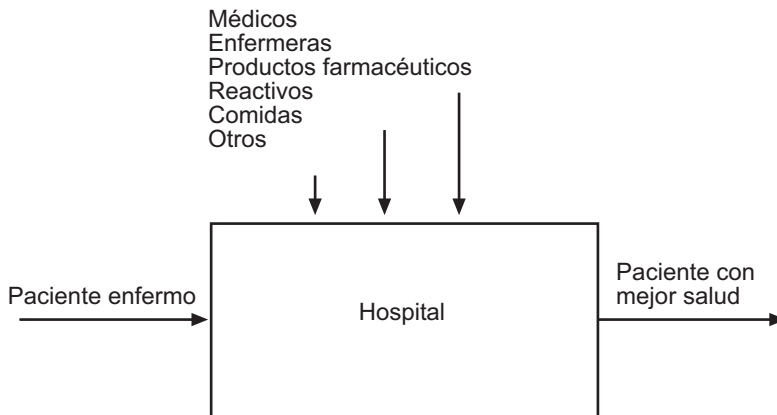
Por el hecho de considerar al hospital una empresa, debemos ser capaces de determinar con certeza cuál es su *producto* (en este caso un servicio, en contraste con un producto industrial típico como puede ser un coche o una alfombra), mediante qué *proceso* lo presta, en qué *mercado* compete, a qué *precio* lo vende y quiénes son sus *clientes*.

Estudiemos primero el producto básico de un hospital: la salud. Al hospital acuden los pacientes en busca de una mejora en su salud (o de un alivio en su dolor). Entendemos que el objetivo primordial del hospital es la mejora, no el mantenimiento, de la salud¹. Así, desde el punto de vista del paciente, un hospital es una empresa que produce y vende salud. La Figura 1 ilustra el proceso productivo de un hospital desde el punto de vista del paciente:

¹ No dudamos en ningún momento de la importancia de los programas de mantenimiento de salud y de educación sanitaria, pero en este artículo consideraremos solamente aquellos aspectos de la actividad hospitalaria clásica, es decir, los procesos de diagnóstico y tratamiento de procesos patológicos.

Figura 1

Proceso productivo de un hospital desde el punto de vista del paciente



El mercado de un hospital incluye aquella población que por razones geográficas de proximidad, por razones de especialización en cierto tipo de tratamientos, o por razones puramente administrativas (les ha sido asignado en la cartilla) pueden acudir al mismo en busca de una mejora de su salud. Centremos nuestra atención en el cliente del hospital. Hoy en día, es común decir que el cliente del hospital es el paciente. Incluso en los centros de la Seguridad Social es común entre sus dirigentes expresar intenciones de que el paciente debe ser tratado como un cliente. Desde el punto de vista de empresa, un cliente es una persona que reúne una serie de condiciones, de las que aquí destacaremos tres, el cliente: 1) decide qué va a comprar; 2) paga por el producto o servicio, y 3) evalúa la calidad recibida. En el caso del hospital, parece que ninguna de las tres condiciones se cumple completamente.

Las motivaciones por las que un paciente acude a un determinado hospital son variadas, y aunque puede acudir por decisión propia, en general lo hace por consejo de un profesional médico, quien en el mejor de los casos podrá aconsejar a qué centro acudir, y en otros muchos se verá obligado por razón de asignación previa dentro de la estructura de la Seguridad Social.

En muy pocos casos el paciente paga directamente por los servicios que recibe. Aun en el caso de la medicina privada, la situación más común es aquella en la que una compañía de seguros se hace cargo de los gastos hospitalarios. Podemos decir, pues, que es un cliente insensible al precio del producto, más bien al contrario, percibe una mayor calidad de servicio cuanto más tiempo/coste se invierte en su atención. Además, el paciente es un cliente incapaz de valorar la calidad del producto (por lo menos a corto-medio plazo y en su vertiente clínica), y en general es un cliente que no puede definir el proceso-producto que precisa.

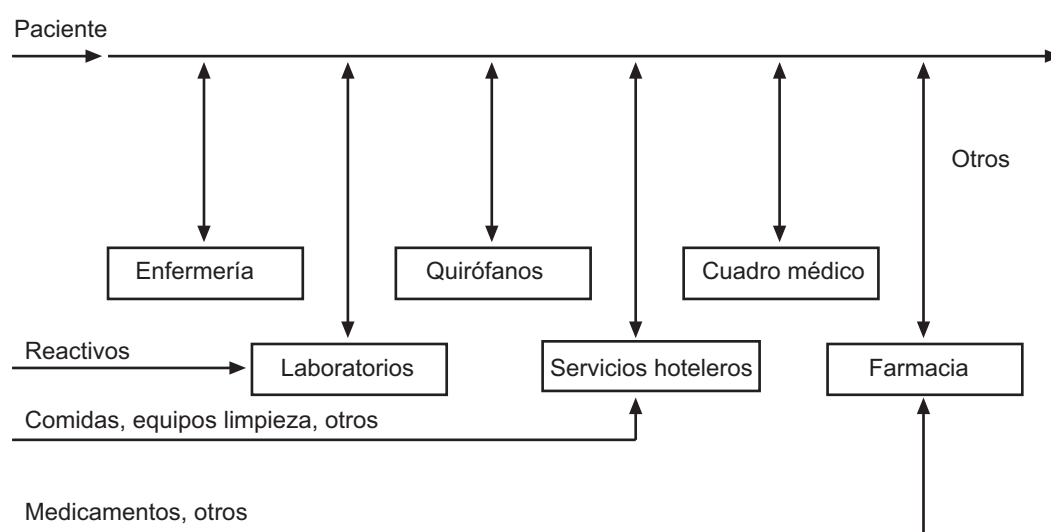
Y si el cliente-paciente tiene poco control sobre el proceso de elección de hospital, la característica más singular es que una vez admitido en el centro, el paciente se convierte en un componente (materia prima) esencial para la producción del producto hospitalario: pacientes con mejor salud. Nótese con respecto a esta última característica que cuando el paciente está dentro del hospital tiene muy poco que decir sobre el tipo de proceso clínico al que se le somete, siendo el médico, y no el paciente, el que genera la demanda de servicios, tratamientos y atenciones hospitalarias. El propio médico es además el proveedor de parte de estas necesidades, lo que produce una situación curiosa, inexistente en empresas productoras de bienes, rara en empresas productoras de servicios de consumo, pero habitual, aunque no tan exagerada, en empresas de servicios profesionales como consultoras, bufetes de abogados, etc.

Esta múltiple función del médico en un hospital, definidor del producto final (por ejemplo, un paciente más sano sin apéndice), apoderado de las decisiones del cliente, asalariado del hospital, cliente a su vez de otros servicios generados por el hospital (radiología, análisis, estancias, etc.), proveedor de parte de los servicios demandados, generador simultáneo de demanda y oferta, es una de las características del proceso de producción de un centro hospitalario que más dificultades entrañará en el análisis de la empresa sanitaria. También justifica la gran importancia del médico dentro de un hospital, y la preocupación que contemplaremos más adelante para definir sistemas de motivación, compensación e incentivos adecuados.

La Figura 2 ilustra el proceso productivo de un hospital:

Figura 2

Proceso productivo de un hospital



Este proceso es diferente para cada paciente, y es definido y controlado por un médico que actúa con funciones similares a las de un director de proyecto, considerando cada paciente/caso como un proyecto que va requiriendo utilización de diversos recursos del propio centro. Obsérvese que algunas partes del hospital actúan como fabricantes de productos intermedios (análisis, radiología, etc.) que son solicitados (comprados) por el médico para su paciente. Algunos médicos fabrican sus propios productos intermedios, lo que presenta situaciones paradójicas, poniendo al médico como cliente (decide qué hace) y proveedor del servicio que ha decidido hacer. En el caso de la medicina privada, en la que el médico es directamente reembolsado por un acto que él mismo ha decidido hacer, se producen situaciones de extrema dificultad de gestión. Una serie de dificultades complican la gestión del proyecto:

1. El proyecto no está bien definido, sino que se define a medida que se va avanzando en el mismo, a través de una secuencia iterativa de fases de diagnóstico/tratamiento. Esta característica también es compartida por la gestión de proyectos de alta tecnología.
2. No existe una limitación explícita sobre los recursos que pueden utilizarse en la gestión de cada proyecto. La salud no tiene precio. Esta característica sí que creemos es única en los sistemas sanitarios, y es donde estriba la diferenciación entre eficacia económica

y eficacia médica y ética. Existe una limitación presupuestaria general, pero no está dividida al nivel de cada proyecto.

3. Desde el punto de vista de la gerencia, para muchos hospitales su producto es un paciente tratado, que es por lo que perciben ingresos. Desde este punto de vista, el paciente puede considerarse como una materia prima necesaria para fabricar el producto final.

A lo largo de este artículo nos referiremos en muchas ocasiones a "los médicos"; debe entenderse que nos referimos también al resto del personal sanitario, enfermeras y técnicos con responsabilidad de decisión que implican gasto en el centro.

2. El proceso de prestación del servicio en el hospital²

Una posible metodología de análisis del hospital consiste en descomponer el proceso de prestación de servicio en sus componentes más elementales y estudiarlos en detalle, intentando aplicar a cada una de ellos los instrumentos de gestión apropiados. En general, podemos descomponer la actividad de operaciones de un hospital en dos tipos bien diferenciados, tanto por su relación con los pacientes como en la manera en que los podemos gestionar: 1) procesos *off-line*, y 2) procesos *in-line*.

2.1. Procesos *off-line* (creación de servicios intermedios)

En el hospital hay un conjunto de actividades que estando relacionadas con el proceso de diagnosticar o tratar a un paciente se pueden considerar como generadores de productos intermedios que son "ensamblados", en general por el médico responsable del paciente, para producir el efecto deseado. La realización de un test de laboratorio, por ejemplo, considerado desde la entrada de la muestra en el recinto del laboratorio hasta la comunicación del resultado al médico que ordenó la prueba, se considera un proceso productivo *off-line* del paciente en sí. Estos procesos son susceptibles de ser analizados con las técnicas clásicas de gestión industrial, ya que el contenido de subjetividad y aleatoriedad de los mismos es mínimo en la mayoría de los casos.

En estos procesos, la automatización y la informatización pueden producir grandes ahorros por muestra (o paciente) procesado. En este punto hay que introducir un aspecto de vital importancia en la gestión del centro. Supongamos que estamos estudiando el laboratorio de hematología de un determinado hospital y que los costes unitarios de cada determinación son elevados. La responsabilidad de esta desviación no tiene por qué recaer imperiosamente en el jefe del laboratorio en cuestión. Los costes unitarios dependen de dos factores: del coste total incurrido y del volumen procesado. Si el dimensionamiento del laboratorio es inadecuado, o el equipo no está ajustado al volumen de proceso y se enfrenta a una gran cantidad de costes fijos, el coste de cada determinación será elevado aunque se gestione el laboratorio a la perfección. En este caso, la única alternativa (si no se puede reducir capacidad, obviamente) es "aumentar la producción", posiblemente contratando capacidad a otros hospitales o ambulatorios. En otras palabras, hay que descomponer los costes en fijos y variables, y *hacer a cada decisor responsable de los costes que en verdad puede gestionar*.

² Un análisis más completo de las denominadas actividades de la cadena de valor del hospital puede encontrarse en Valor, J. y J. Ribera, "Algunos aspectos de gestión en instituciones sanitarias", *CIRIEC*, Valencia, marzo de 1989.

Nótese que no hemos hablado ni del volumen de solicitudes que el hospital pasa al laboratorio, ni de la adecuación de dichos análisis para el diagnóstico o seguimiento del tratamiento de un enfermo determinado. Estas preguntas nos las formulamos en el apartado siguiente.

2.2. Procesos in-line (*proceso clínico de un paciente*)

En contraste a los anteriores, hay una serie de procesos que en general se realizan sobre el propio paciente, que no siguen necesariamente un proceso estandarizable.

El médico a cargo de un paciente toma decisiones en función de su estado clínico y demanda servicios *off-line* para conseguir un diagnóstico y, en consecuencia, aplicar una terapia determinada.

Los procesos *in-line* deben ser controlados tanto por su eficiencia económica como por su eficacia clínica de una manera completamente distinta a los procesos industriales clásicos. En realidad, podemos equiparar al médico al director de un proyecto de ingeniería único que debe usar servicios y materiales proporcionados por terceros (los laboratorios y otros centros de soporte), para llevar a buen término al paciente confiado a su cargo. No hay dos proyectos exactamente iguales y, en consecuencia, no podemos valorar la acción del jefe de proyecto de manera estandarizada controlando solamente los recursos consumidos.

3. La productividad en los hospitales: un posible enfoque globalizador

El aumento de los costes en el sector sanitario ha llevado a sus directivos a plantearse esquemas para su reducción, manteniendo un nivel de servicios adecuados. En muchas instituciones se han iniciado programas de mejora de productividad, en muchos casos copiados directamente de la empresa industrial. No hace mucho tiempo, en uno de los hospitales españoles podía verse a las enfermeras atendiendo a los enfermos con un cronómetro en el bolsillo, manteniendo un registro de los tiempos precisos para cada actividad.

La definición más extendida de productividad es la de cociente entre los resultados obtenidos y los medios empleados para su obtención. Esta definición presupone la capacidad de medición de los resultados y de los recursos utilizados de manera consistente. Más aún, exige el establecimiento de unas unidades de medida comunes que permitan comparar y sumar, a la hora de valorar recursos, dos horas de enfermera con tres centímetros cúbicos de reactivo y con cinco días de ocupación de una cama, y a la hora de valorar resultados, tres apendicetomías con un psicoanálisis.

La forma más fácil de resolver este problema consiste en reducir los resultados y los recursos a unidades monetarias, obteniendo así una productividad ligada a conceptos de coste, cuando en realidad, los resultados obtenidos y los recursos utilizados son mucho más ricos en matices que lo que la reducción a términos de coste tiende a reflejar. Así, todos los conceptos ligados a la noción de calidad, por ejemplo los del número de visitas precisas, la tasa de infecciones postoperatorias, la rapidez en el tratamiento, etc., sólo aparecen reflejados como unos niveles mínimos a satisfacer o una reducción a coste.

Aun cuando no neguemos la importancia que la productividad económica tiene en la gestión de las instituciones sanitarias, nuestro enfoque en esta sección será más global, intentando abarcar

todos los aspectos de lo que puede considerarse excelencia. Desde luego, una organización que sea capaz de proveer un buen servicio a bajo coste deberá también traducirse en nuestro modelo en un nivel de excelencia superior.

En esta sección plantearemos un enfoque a la medida (y mejora) de la excelencia, englobando en ésta los conceptos de productividad/bajo coste, calidad técnica, calidad de interacción, etc.

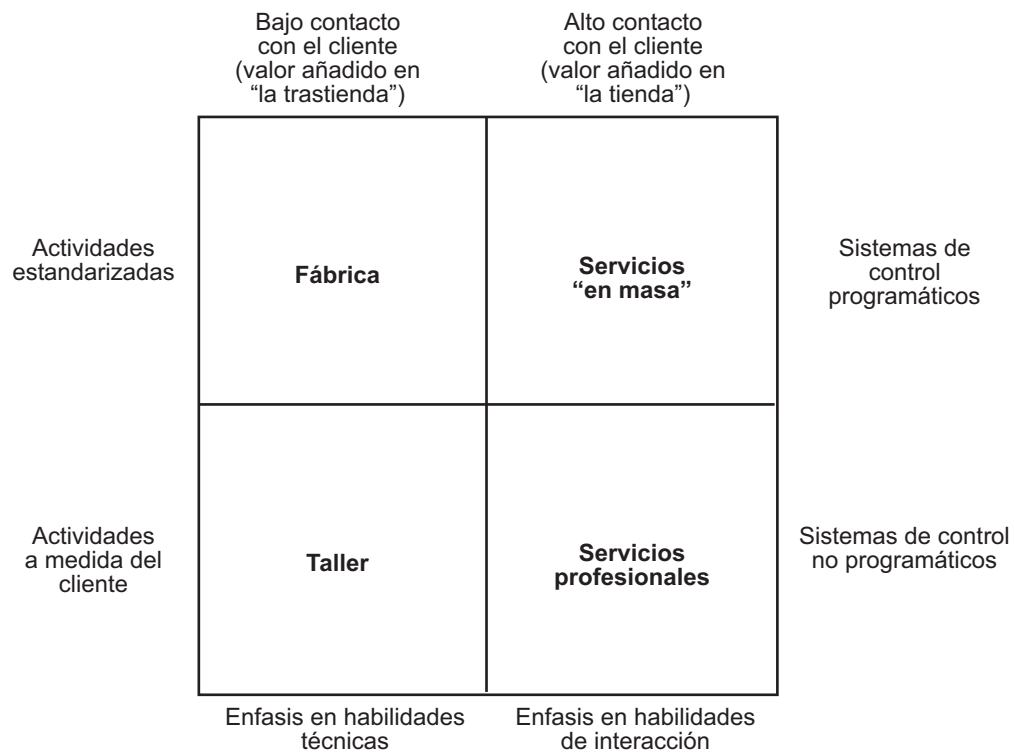
3.1. Esquema de clasificación de puestos

Una de las clasificaciones usadas para ayudar a la gestión de actividades de prestación de servicios es la propuesta por el profesor Maister³. En ella se incluyen dos variables, la primera midiendo el nivel de estandarización de las actividades a realizar, y la segunda midiendo el nivel de contacto con el cliente en la cadena de adición de valor.

Basada en estas dos variables, se obtiene la siguiente clasificación:

Figura 3

Clasificación de actividades de prestación de servicios



En un hospital podemos encontrar departamentos o servicios que encajan (en un mayor o menor grado) en cada una de las cuatro categorías. Por ejemplo, los laboratorios de análisis, el departamento de radiología, la cocina... se considerarían fábrica, en cuanto que las actividades que realizan son muy estandarizadas y tienen un contacto escaso o nulo con el paciente; el departamento de admisiones, el servicio de extracción de muestras de sangre o el servicio de

³ Maister, D., "Research in Service Operations Management", Proc. Workshop on Teaching and Researching Production and Operations Management, London Business School, 1983.

chequeo médico serían "servicios en masa", ya que los procedimientos a seguir son muy estándares, pero tienen un alto contacto con el cliente; el servicio de planificación familiar sería un servicio profesional, poco estandarizado y con alto contacto con el paciente; y el anestésista, en cierta medida, sería un ejemplo de departamento taller, ya que aun cuando está en contacto con el paciente, éste no es consciente de este contacto.

El posicionamiento de una actividad en esta tabla clasificatoria está muy relacionado con el tipo de excelencia a medir y con la forma de gestión para la actividad. Así, para los departamentos fábrica es posible el establecimiento de sistemas de gestión copiados de los sistemas industriales, es decir, establecimiento de unos estándares de calidad y de unos tiempos concedidos para realizar las distintas operaciones, midiendo después la calidad del sistema como el nivel de cumplimiento de los estándares impuestos, y la productividad como la ratio entre los tiempos reales y los establecidos. En los laboratorios de análisis es posible, de esta forma, establecer unos estándares de calidad, definiendo las frecuencias de calibración de aparatos, la inclusión de muestras de control, etc., y también establecer unos niveles de productividad basados en tiempo de personal utilizado por cada parámetro a determinar⁴.

En actividades situadas en la zona fábrica de la matriz de clasificación, que implican poco contacto con el cliente y alta estandarización, tienen sentido, y se han realizado con éxito, intentos de reestructuración de puestos y racionalización del trabajo a semejanza de los que se llevan a cabo en la industria.

Este enfoque de productividad/estándares no es satisfactorio en las actividades que se clasifican como servicios profesionales en la matriz, donde la adición de valor corresponde a tareas de alto contacto con el cliente, y donde la propia definición del camino a seguir y las tareas a realizar se basan en una actividad de diagnóstico efectuada sobre la marcha, con gran variabilidad entre casos. En estos casos, enfoques de enriquecimiento del trabajo y de mejora de la calidad global han tenido mayor éxito.

En las otras dos casillas clasificatorias, las actividades taller y las actividades de servicio en masa no está claro hasta que punto es posible un enfoque de productividad industrial.

Por ejemplo, en actividades de tratamiento hospitalario se ha procedido a clasificar los enfermos según su pertenencia a grupos de diagnóstico relacionados (DRG) de manera similar a como en la industria la tecnología de grupos clasifica los productos que precisan un proceso de producción similar. Estos DRG han resultado con diverso grado de éxito en la reducción de variabilidad, es decir, en homogeneización de casos, sirviendo de base a sistemas de determinación y seguimiento de costes y, por tanto, a sistemas de pago a hospitales.

Aun cuando esta clasificación en cuatro tipos de actividades es útil como marco de referencia al estudiar sistemas de prestación de servicios sanitarios, la mayoría de actividades no son puras, es decir, no se pueden encajar claramente en una de las cuatro categorías, sino que tienen algunos componentes que las hacen más fábrica y otras que las hacen más servicio profesional.

Por esto, el método de análisis de excelencia que se propone en esta sección intenta englobar las características de productividad de la fábrica con las de calidad de interacción más propias

⁴ Por ejemplo, la definición de un parámetro normalizado, como unidad de producción por parte de los jefes de laboratorio, tal como se describe en la ponencia de Navarro, J.M., et al., "El sistema d'informació pels serveis de laboratori: el software per a la recollida de dades individuals dels metges de primària", presentada en las Primeras Jornadas sobre el Sistema de Información del Area de Gestión, Barcelona, 1988.

de los servicios profesionales, para poder usarse en situaciones intermedias entre los dos extremos.

En este sentido, nuestra definición de productividad en una organización es más general, en la línea del Centro Japonés de Productividad⁵, adaptada de la definición de productividad de la Agencia Europea de Productividad (1958):

«La productividad es, por encima de todo, una actitud mental. Busca la mejora continua de todo lo que ya existe. Se basa en la firme convicción de que las cosas pueden hacerse hoy mejor que ayer, y mañana mejor que hoy.»

»Además, requiere esfuerzos incesantes para adaptar las actividades económicas a las condiciones cambiantes, y aplicar nuevas teorías y métodos. Es la fe en el progreso de la humanidad.»

3.2. Las múltiples dimensiones de la excelencia

La definición de lo que se establece como excelencia es muy difícil, y es en muchos aspectos similar a lo que se ha dado en llamar la visión estratégica de la calidad⁶. En esta sección usaremos la palabra *excelencia*, puesto que creemos que generaliza mejor los conceptos de calidad y productividad tal como se entienden en la mayoría de textos.

No vamos a dedicar muchas líneas a definir excelencia, ya que se trata de un concepto subjetivo, y creemos que la propia organización es la que, en cada caso, debe definir su contenido, de acuerdo con la misión de la institución y la definición de estrategia competitiva elegida.

Es muy difícil que pueda resumirse el concepto excelencia en una única dimensión. Para una empresa, un servicio o un departamento, la definición de lo que significa excelencia requerirá seguramente varias dimensiones. Citemos algunas de las posibles, aunque el ejercicio de definición de las dimensiones de interés por parte de los interesados es muy productivo.

A la hora de evaluar la excelencia de un servicio, los diversos clientes (el paciente, el asegurador, el médico como cliente del propio hospital...) pueden usar una serie de dimensiones, entre las que se pueden encontrar las siguientes:

- **Coste**, visto desde varias perspectivas: la del centro en cuanto a coste incurrido en el tratamiento de un paciente, la del asegurador (por ejemplo, Seguridad Social) en cuanto a lo que tiene que pagar directamente al centro más los gastos derivados (por ejemplo, período de baja laboral consiguiente), y también el coste que la organización traslada al paciente: pérdida de ingresos, el coste psicológico debido a la incertidumbre, la interacción con los otros pacientes, el coste de la familia por desplazamientos al centro...
- **Desempeño de la función principal**, referente a la característica principal justificante de la función a estudio. Por ejemplo, en el caso de un hospital, la función principal será la curación de los pacientes. En su departamento de admisiones, la función principal será la realización de admisiones de pacientes, con los datos precisos. En un departamento

⁵ "The Productivity Movement in Japan", folleto editado por el Centro Japonés de Productividad, Tokio.

⁶ Garvin, D., "Managing Quality. The strategic and competitive edge", The Free Press, 1988.

de radiología, la función principal será la realización e información de placas radiológicas de los pacientes que les han sido enviados.

- **Características secundarias.** Son las funciones que complementan la función principal. Para un hospital será su servicio hotelero, o el hecho de disponer o no de habitaciones individuales. Para un departamento de cirugía puede ser el desarrollo de protocolos de tratamiento. Para un departamento de radiología puede ser la función docente que realiza.
- **Fiabilidad.** Se refiere a la probabilidad de que una función determinada se realice de forma satisfactoria y esta bondad perdure a lo largo del tiempo. En un chequeo en ginecología, la probabilidad de que un cáncer de mama sea diagnosticado correctamente; en cirugía, la probabilidad de aparición de infecciones postoperatorias durante la semana siguiente a la intervención, o en el caso de operaciones de hernia, la probabilidad de que no aparezca una hernia recidiva al cabo de un año, son ejemplos claros del concepto de fiabilidad.
- **Duración.** Una serie de características en la prestación de un servicio por parte de un departamento están relacionadas con la variable tiempo. Citaremos algunas de ellas: tiempo desde la solicitud de ingreso de un paciente hasta su admisión por el centro; tiempo desde la notificación de los primeros síntomas de una enfermedad hasta su correcto diagnóstico; tiempo desde la solicitud de un análisis por parte de un especialista hasta la disponibilidad del mismo por parte del solicitante; tiempo de estancia en el hospital por un diagnóstico determinado, etc.
- **Atenciones de servicio.** Esta dimensión se refiere a los aspectos de cortesía, simpatía, trato humano, cariño, etc. asociados al servicio.
- **Estética,** que agrupa los aspectos de apariencia del servicio. Aquí puede incluirse la limpieza aparente de los uniformes, la disposición de las salas de espera, etc. Normalmente es una dimensión muy subjetiva.
- **Excelencia inferida.** Esta dimensión de la excelencia es muy difícil de definir. Cuando un cliente no tiene acceso a toda la información para formarse una evaluación de otras dimensiones de la excelencia, la infiere a partir de características tangibles o intangibles a las que sí tiene acceso. Así, pequeños detalles pueden servir de clave para la formación de la imagen de excelencia por parte de un cliente.

Por ejemplo, cuando la prensa publica que un famoso ha sido internado en una clínica por voluntad propia, automáticamente se infiere una cierta bondad de esta clínica. La publicidad, la imagen dada mediante los propios edificios, la decisión de fijación de precios, los diplomas que cuelgan en la pared de la consulta del médico... actúan como claves para que el cliente se forme su propia percepción de excelencia.

3.3. En busca de la excelencia

Existen varios procedimientos probados para el desarrollo de planes de mejora de excelencia en una organización. Podemos citar aquí los de Crosby⁷, Deming⁸ y Juran⁹. No se trata en este

⁷ Crosby, Philip B., "Quality is Free. The art of making quality certain", A Mentor Book, 1979.

⁸ Deming, W.E., "Quality, Productivity and Competitive Position", MIT Press, 1982.

⁹ Juran, J.M., "Juran on Leadership for Quality. An executive handbook", The Free Press, 1989.

artículo de ser excesivamente detallista en la descripción de procedimientos. El objetivo está en la presentación de ideas, dejando al lector interesado las referencias de la bibliografía para que pueda proseguir el camino aquí iniciado. El procedimiento de ponderación de variables que se presenta a continuación se basa en las experiencias de medición de productividad en Northern Telecom, Canadá¹⁰. Juran, en su trabajo citado, presenta las siguientes tres fases, bajo el nombre de trilogía de Juran:

1. Planificación
2. Control
3. Mejora

La *fase de planificación* incluye las tareas de determinación de quiénes son los clientes del departamento cuya excelencia quiere incrementarse. Se trata de determinar tanto los clientes externos como los internos, es decir, incluyendo también aquellos otros departamentos o personas para las que el departamento en cuestión realice trabajos. Es muy importante, no obstante, cuando se mira a los clientes internos, tener siempre presente al cliente externo en el horizonte, para comprobar que las necesidades de los clientes internos se hallen alineadas con las de los clientes externos. Una excesiva preocupación por los clientes internos en detrimento de los externos, nos lleva a una organización burocrática, que existe tan sólo para satisfacer las necesidades de sí misma.

Tras la determinación de los clientes, el paso siguiente está en localizar sus necesidades. En muchas situaciones, el cliente es múltiple, aun dentro del mismo centro. Los visitantes de laboratorios de equipos médicos saben muy bien que su cliente "Hospital X" es, de hecho, un conjunto de personas, incluyendo el administrador, el jefe de sección, el jefe de compras, el director del centro... cada uno de ellos con una serie de necesidades.

En ocasiones, la definición de clientes y sus necesidades concluye en una nueva apreciación de la estructura, que debe ser consistente con la misión principal de satisfacer las necesidades de los clientes, en su sentido más amplio.

Una vez definidos los clientes y sus necesidades, hay que determinar qué dimensiones de la excelencia reflejan mejor las necesidades de estos clientes. Nótese que la definición de clientes, necesidades y dimensiones estará necesariamente en la línea definida en la misión de la institución y su plan estratégico.

El ejercicio de descubrimiento de clientes, necesidades y dimensiones es muy revelador, y debe realizarse a todos los niveles dentro de la organización. Esta es una actividad de equipo, puesto que la reunión favorece la creatividad. De la misma forma que cinco personas, cuando se las aísla entre sí pueden tener dificultad en recordar diez chistes cada una, pero cuando se agrupan es muy fácil que se generen más de cincuenta chistes, debido a las asociaciones creadas con los chistes de los demás, lo mismo sucede en la definición de clientes, necesidades y dimensiones. Obviamente, para saber las necesidades de los clientes resulta útil preguntárselo, pero no siempre se obtiene la respuesta más adecuada de esta forma.

Una vez definidas las dimensiones básicas de valoración de la bondad del departamento, puede resultar útil establecer un ranking (o valoración) de su importancia. Si esta valoración se realiza con entrevistas a los clientes en primer lugar, a los directivos del departamento después y,

¹⁰ Northern Telecom, "Managing with Productivity Indexing", Harvard Business School, 8-688-021.

finalmente, a los empleados del departamento, se podrán apreciar diferencias importantes a subsanar entre la percepción de los tres colectivos.

La *fase de control* consiste en las actividades ligadas a la medición del nivel de excelencia para cada una de las dimensiones definidas en la fase de planificación. Debemos señalar que sólo se puede gestionar (y por tanto mejorar) aquello que es susceptible de ser medido.

Para cada una de las dimensiones definidas hay que determinar qué variable se puede usar para establecer su nivel y su unidad (o escala) de medida. Cuando hablamos de medida, no necesariamente nos referimos a una medida numérica absoluta.

Para determinadas variables, una medida en una escala nominal (una clasificación en categorías) puede resultar suficiente. Para otras variables, se precisará una escala ordinal. Así, cuando deseamos medir la simpatía de un recepcionista y realizamos una encuesta entre los clientes, la medida que se les pide es una valoración entre:

Muy antipático, antipático, apático, simpático, muy simpático

categorías que indican un grado creciente de simpatía. Obsérvese que la escala obtenida a base de bautizar muy antipático como 0, antipático como 1, apático como 2, y así sucesivamente, aunque resulta en un número, no deja de ser una escala ordinal.

Otras variables, como el tiempo transcurrido o el porcentaje de infecciones postoperatorias, admitirán escalas cuantitativas, en las que la diferencia de valores y el cociente de valores tendrán sentido. Por ejemplo, se podrá decir que un paciente que ha permanecido ocho días en el hospital ha tenido el doble de estancias que otro que ha estado tan sólo cuatro días. Compárese esta afirmación con la equivalente en la escala ordinal citada a decir que una medida de 2 (apático) corresponde al doble de simpatía de una medida de 1 (antipático), ya que en este caso no tiene ningún sentido.

La definición de las variables relacionadas con cada dimensión de la excelencia se completa con el establecimiento de un sensor, es decir, un método, procedimiento o instrumento que realice la medición y proporcione la medida según la escala y la unidad de medida correspondientes. Este sensor puede presentar múltiples formas, desde un cronómetro a un protocolo de realización de encuestas a los clientes.

Tras el establecimiento del procedimiento de medida de las variables, se debe evaluar la situación actual del centro en función de estas dimensiones. Esta medida permite situar el nivel actual y poder apreciar las mejoras a partir de esta situación.

Puede suceder, con bastante facilidad, que las variables elegidas para medir la excelencia sean parcialmente contradictorias entre sí. Por ejemplo, si elegimos la fiabilidad de tareas perioperatorias, por un lado, y el coste de la intervención quirúrgica, por otro. Aun cuando puedan existir cambios que mejoren ambas variables, el gestor se encuentra eventualmente ante la necesidad de buscar un equilibrio entre las variables. En un caso real con múltiples variables será imposible la mejora simultánea de todas ellas.

Frente a esta posibilidad de degradación de algunas variables, es importante establecer unos niveles mínimos para cada una de ellas. Esto corresponde a los niveles por debajo de los cuales no consideremos que las variables deban situarse nunca.

La fase de mejora de excelencia se inicia especificando unos objetivos de mejora a medio/largo plazo. Se trata para cada una de las variables de determinar cuál es el objetivo (alcanzable) medido usando como unidad de medida la elegida para la variable. La mejora futura de cada variable se comparará a este objetivo.

Con los mínimos, los valores actuales y los objetivos de cada variable se puede construir una matriz de mejora, similar a la siguiente:

Figura 4

Matriz de mejora

Variable 1	Variable 2	Variable 3	Variable 4	...	Variable n	Posición
0	5					10
1-3	6					9
4-6	7					8
7-9	8					7
10-12	9					6
13-15	10,5					5
15-20	12					4
21-25	14					3
26-30	16					2
31-35	18					1
36-40	20					0
						Posición actual
						Ponderación
						Valor ponderado

← Objetivos
 ← Situación actual
 ← Nivel mínimo

Indice de excelencia

Para cada variable se han establecido once niveles, numerados del cero al diez, en donde el cero corresponde al mínimo valor aceptable, el diez al objetivo fijado y el cuatro a la situación actual. Los valores de las filas intermedias se rellenan correspondiendo a objetivos parciales a conseguir a corto/medio plazo. En caso de no poder establecerlos, se pueden rellenan con valores calculados interpolando a partir de los valores extremos.

Para poder agregar todos los valores de las diversas variables en una medida general de excelencia, se asignan unos pesos a cada una de las variables y se calcula el promedio ponderado de las posiciones que en cada situación alcanzan en la Tabla las distintas variables. En la situación inicial, este índice general de excelencia tomará el valor 4. En períodos sucesivos, este índice de excelencia variará, indicando la mejora conseguida. El objetivo global tiene un valor 10. En un período determinado, la Tabla puede ser la siguiente:

Figura 5

Matriz de mejora

Variable 1	Variable 2	Variable 3	Variable 4	....	Variable n	Posición
0	5					10
1-3	6					9
4-6	7					8
7-9	8					7
10-12	9					6
13-15	10,5					5
15-20	12					4
21-25	14					3
26-30	16					2
31-35	18					1
36-40	20					0
6	7	3	5	....	4	Posición actual
10	5	10	20	....	5	Ponderación (suma = 100)
60	35	30	100	....	20	Valor ponderado

El cuadrado en negrita indica la situación real en el período para cada variable

Nivel mínimo

4,90 Índice de excelencia (promedio ponderado)

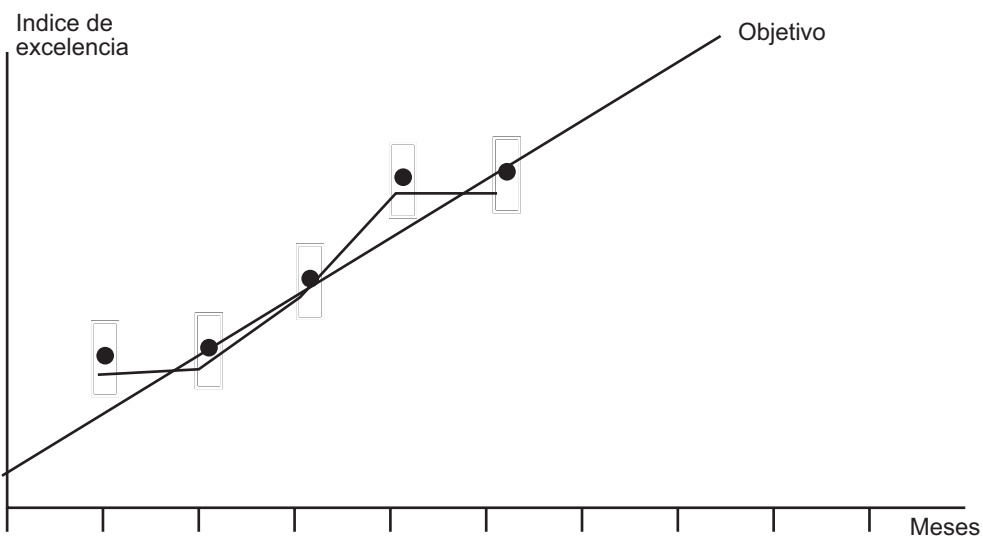
La elección de los pesos a usar para agregar las distintas variables en un único índice es un paso crítico. Si no se eligen adecuadamente, puede aparecer como mejora una combinación de valores de las variables que el directivo considere peor. Para su fijación hay que tener en cuenta la importancia de las dimensiones obtenida en la fase de planificación mediante encuestas a clientes, directivos y empleados. Una fijación adecuada de pesos es la manera de orientar la acción de los directivos hacia lo que los clientes consideran importante.

Para asegurar que tanto los pesos como las dimensiones elegidas son los correctos, es conveniente ensayar el método durante unos meses antes de considerarlo válido. Esto permite efectuar ajustes tanto en las variables a usar como en los pesos asignados y los valores mínimos, actuales y objetivos. También permite asegurar que el sistema de sensores establecido funciona adecuadamente y proporciona las mediciones necesarias.

Los índices de excelencia conseguidos a lo largo del tiempo se pueden representar gráficamente, junto a los objetivos temporales establecidos. Esto permite un seguimiento fácil y comprensible a todos los niveles de las mejoras obtenidas.

Figura 6

Indices de excelencia y objetivo



Una vez fijados los objetivos, ha llegado el momento de establecer la infraestructura necesaria para su consecución. Ahora hay que identificar las necesidades específicas de mejora y lanzar los proyectos correspondientes. Cada proyecto debe tener un equipo asignado con la responsabilidad clara de mejorar el sistema. Estos equipos deben ser entrenados en las técnicas de resolución de problemas en grupo. La metodología de los círculos de calidad¹¹ puede usarse aquí para identificar problemas y generar proyectos de mejora.

¹¹ Para una introducción a las técnicas de los círculos de calidad, véase, "Práctica de los círculos de calidad", Asian Productivity Organization, publicado en España por Price Waterhouse y TGP, 1988.

Estas tres fases no tendrán ningún éxito si la dirección general y el equipo directivo no respaldan los esfuerzos de los equipos. Este compromiso no puede ser delegado, pero sí pueden delegarse las acciones resultantes del mismo. Muchas organizaciones encuentran útil el establecimiento de "unidades de calidad" compuestas por directivos cuya principal misión es hacer de la excelencia el lenguaje de la organización. Existe el peligro de que estas unidades acaben siendo un puro soporte burocrático si el compromiso de la dirección se desvanece con el tiempo.

Las fases de planificación, control y mejora deberán repetirse cíclicamente, actualizando las necesidades de los clientes, las correspondientes dimensiones de la excelencia, las variables para medir la posición en estas dimensiones y el establecimiento de la matriz de mejora y los pesos para el cálculo del índice de excelencia.

Un requisito para mejorar la excelencia, paralelo a las tres fases mencionadas, es el de la formación. Los individuos, los departamentos y la organización precisan aprender que la excelencia puede conseguirse y hacerlo. Adicionalmente, los programas de formación tienen una importancia simbólica, al transmitir a todos los niveles de la organización que la excelencia que se predica se soporta mediante una inversión en la mejora individual.

3.4. Extensión a múltiples centros

En la agregación de todas las variables correspondientes a las dimensiones de excelencia se ha hablado del establecimiento de unos pesos específicos para cada una de las variables. La ponderación dada a cada columna define la importancia que el grupo que elabora el plan de mejora de excelencia asigna a la dimensión de excelencia correspondiente a cada variable.

Cuando el estudio de excelencia se realiza para varios centros similares, el objetivo puede incluir también la localización de centros más y menos excelentes. En este caso, deberán elegirse aquellas variables correspondientes a dimensiones que contemplen las particularidades de todos los centros. Por ejemplo, en un centro geriátrico, cuando se analiza individualmente la edad media de los pacientes, seguramente no se considera una variable de interés. En el momento en que se compara con otro centro geriátrico, esta variable puede ser de interés para explicar las diferencias de nivel de alguna otra variable, como por ejemplo, el número de enfermeras por paciente.

Es posible que a la hora de calcular el índice de excelencia, todos los centros sujetos a estudio sean excelentes, cada uno de ellos para una ponderación específica de las variables. Es posible, no obstante, que algún centro resulte poco excelente, independientemente de las ponderaciones elegidas.

Para poner un ejemplo, considérense tres centros, A, B y C, y dos variables de interés, X e Y. Supongamos que los valores que se han obtenido para estas variables en los tres centros son los siguientes:

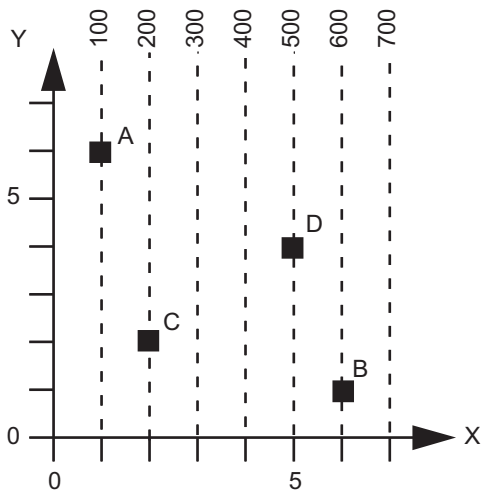
	X	Y
A	1	6
B	6	1
C	2	2
D	5	4

Si se asignan 100 puntos a la variable X y 0 puntos a la variable Y, el centro C resulta ser el más excelente. Si, por contra, se asignan 0 puntos a la variable X y 100 a la variable Y, el centro A es el mejor. Si se asignan 50 puntos a cada variable, el centro D obtiene el máximo índice de excelencia. Puede comprobarse que el centro C nunca aparecerá como el mejor. Es decir, el centro C no es el más excelente bajo ningún posible conjunto de ponderaciones.

Si representamos la situación de los tres centros con respecto a las dos variables en un gráfico, puede observarse por qué esto es así. En la Figura 7a se muestran las líneas de equi-excelencia para una ponderación de 100 a 0. En él puede observarse que de los cuatro centros, A, B, C y D, el centro B es el que se consigue un mayor índice de excelencia.

Figura 7a

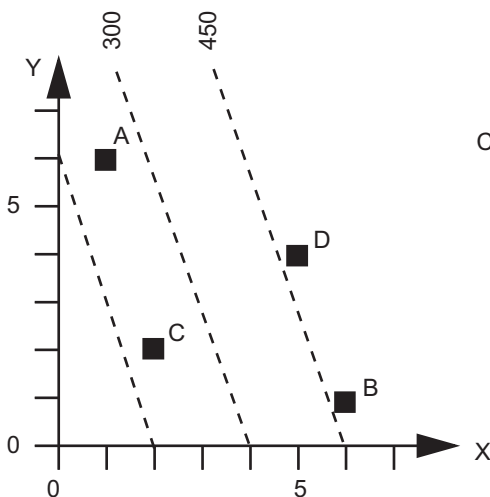
Cálculo de índices de excelencia



En la Figura 7b se muestra el mismo concepto, pero para una ponderación de 75 para la variable X y de 25 para la Y. Ambos centros, B y D, son los más excelentes. En la Figura 7c, con ponderaciones de 50 a 50, el centro D es el mejor. En la Figura 7d, con ponderaciones de 25 a 75, el centro A resulta de máxima excelencia.

Figura 7b

Cálculo de índices de excelencia



Centro	75 X	25 Y	Índice
A	1	6	225
B	6	1	475
C	2	2	200
D	5	4	475

Figura 7c

Cálculo de índices de excelencia

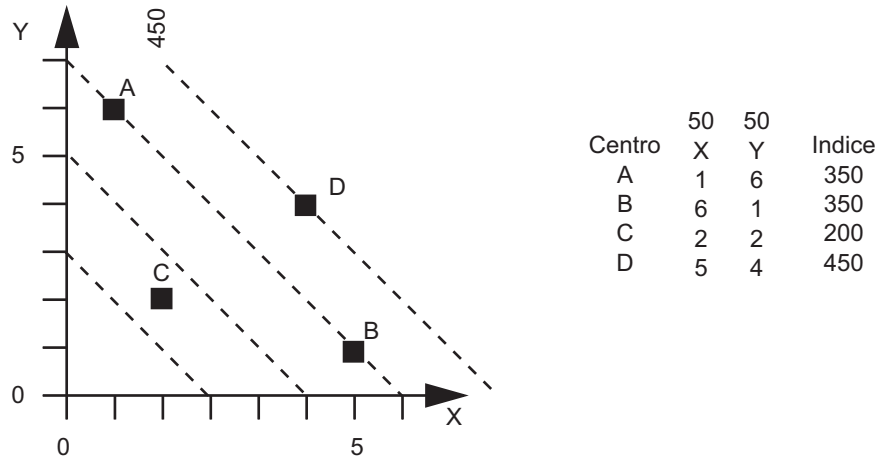
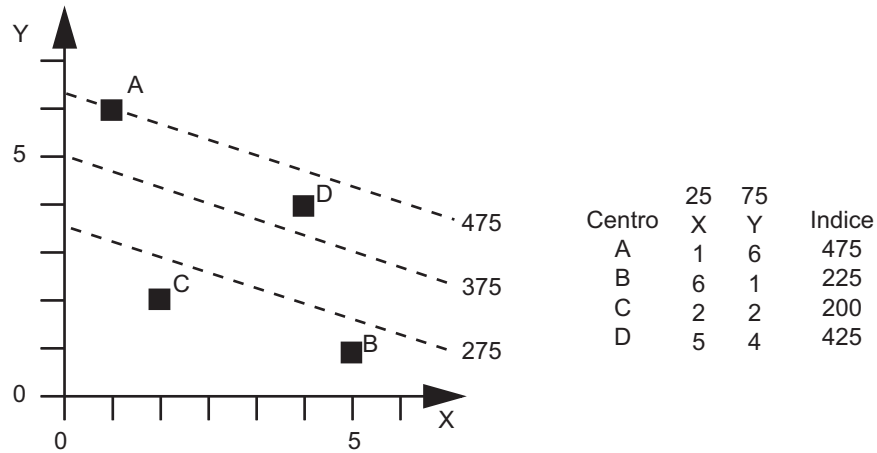


Figura 7d

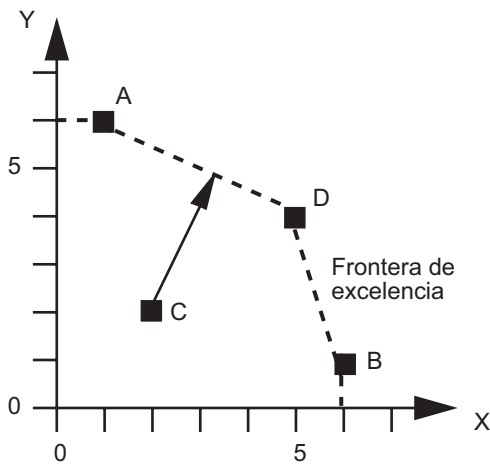
Cálculo de índices de excelencia



Como puede observarse, tan sólo los centros cuyos valores pertenezcan a la frontera de excelencia que se muestra en la Figura 8 pueden llegar a ser los más excelentes. El punto C queda fuera de esta frontera de excelencia. La flecha que une el punto C con la frontera de eficiencia muestra la dirección de movimiento más corta para alcanzar la frontera. Esto puede orientar a los directivos del centro C a la hora de fijar objetivos de mejora de excelencia.

Figura 8

Determinación de los centros excelentes



Este método permite también conocer a los directivos de los centros en la frontera de excelencia para qué valores de las ponderaciones son más excelentes que el resto, orientándoles también en las direcciones de mejora.

La generalización de este concepto a múltiples dimensiones se conoce como *análisis envolvente de datos*, y su resolución se basa en una adaptación de la programación lineal. Esta técnica se ha usado con éxito en el análisis de excelencia de sistemas escolares, hospitalarios, etc.¹².

3.5. Algunas ventajas del enfoque propuesto

El enfoque propuesto en estas secciones sobre la mejora de la excelencia presenta, a nuestro criterio, una serie de ventajas a considerar:

En primer lugar, obliga a la organización, en todos sus niveles, a realizar un examen crítico sobre lo que es importante, cómo medirlo, y a ponerse de acuerdo en dimensiones y sentidos de mejora.

En segundo lugar, define un marco de trabajo, suficientemente flexible para poder englobar en él a los distintos colectivos, centrandos sus esfuerzos en la única dirección que tiene sentido en una institución: dar satisfacción a las necesidades de los *clientes*, como se definió en la misión institucional del centro.

Finalmente, el hecho de cuantificar la bondad de la actuación en las distintas dimensiones, y de agregar estas mediciones en un índice de excelencia, permiten una fácil comprensión del método y un más fácil seguimiento.

¹² Para una aplicación del análisis envolvente de datos en el sector sanitario, véase Bitran, G.R. y J. Valor, "Some Mathematical Programming Based Measures of Efficiency on Health Care Institutions", publicado en "Advances in Mathematical Programming and Financial Planning", JAI Press Inc., 1987.

4. Los sistemas en el hospital

Una manera alternativa a la presentada en el punto 2, donde descomponíamos el proceso de prestación de servicio en sus componentes elementales, consiste en analizar las organizaciones empresariales a través del conjunto de sistemas que la componen^{13, 14}. En esta parte del artículo exploraremos en detalle los sistemas de planificación, control e incentivos del hospital tal como se haría en un entorno empresarial de servicios.

4.1. Sistema de planificación

Por sistema de planificación entendemos el conjunto de procedimientos que deben existir en todo hospital para decidir el conjunto de actividades a realizar en un período determinado. En todos los centros, aunque formalmente no cuenten con un sistema de planificación explícito, existe al menos un sistema implícito de planificación, el de elaboración del presupuesto. En general, el sistema de planificación debe entenderse de la misma manera que en una compañía de servicios cualquiera.

La planificación se debe dividir en distintos horizontes, establecer un proceso participativo formal para determinar planes y programas, y disponer de una metodología formal de asignación de recursos y evaluación de resultados. La importancia de un buen sistema de planificación es muy grande, especialmente en los centros privados, que pueden decidir con flexibilidad su ámbito de actuación. Como ejemplo de las implicaciones que una planificación coherente tiene sobre todos los aspectos de gestión del hospital, supongamos que un hospital ha decidido especializarse en intervenciones quirúrgicas de determinado tipo, reducción de hernias por ejemplo. Si su misión es reducir hernias de la mejor y más barata manera posible, este hospital está forzado, entre otras cosas, a contratar a un determinado tipo de cirujanos: eficientes especialistas que no deseen destacar en el mundo médico por sus contribuciones científicas. De nada serviría al hospital, que recordemos se ha planificado como un centro especializado en hernias, el contratar al mejor cirujano del mundo (a no ser que pretenda utilizarlo como herramienta de marketing, a costa de frustrar su carrera), ya que no podrá desarrollar sus capacidades operando hernias.

En los hospitales públicos, parte de la planificación se lleva a cabo en los organismos centrales, que deciden qué tipos de servicios debe un determinado hospital prestar dentro del marco de las áreas de salud. No obstante, las implicaciones de unos determinados objetivos sobre las políticas a seguir por cada institución siguen siendo válidas, pues tanto el hospital como los departamentos deberían disponer de un sistema formal de elaboración de sus planes a medio plazo en función de los planes a largo plazo establecidos por los organismos centrales.

4.2. Sistema de control

Una definición moderna del sistema de control¹⁵ lo describe como el sistema mediante el cual los directivos influyen a otros miembros de la organización para poner en práctica las estrategias de la misma. Esta es, sin duda, una definición amplia de sistema de control, que

¹³ Peters, T.J. y R.H. Waterman, Jr., "In Search of Excellence", Harper & Row, Nueva York, 1982.

¹⁴ Hax, A.C. y N.S. Majluf, "Strategic Management. An integrative perspective", Prentice Hall, Inc., Englewood Cliffs, Nueva Jersey, 1984.

¹⁵ Anthony, R.N., "The management control function", Harvard University Press, 1988.

incluye: 1) el sistema formal de recogida de información; 2) la elaboración de informes encaminados a la toma de decisiones y para asegurarse que los recursos de la organización se usan de manera eficaz, y 3) induce a los empleados a ejecutar acciones coherentes con los objetivos de la institución. Dejaremos para una sección posterior (donde lo denominaremos sistema de incentivos) la discusión específica de los elementos motivacionales disponibles para los directivos en los hospitales, para centrarnos ahora en los rasgos fundamentales del diseño de un sistema de control en un centro hospitalario.

Adicionalmente, y de manera especial en los hospitales de afiliación pública sometidos al control político, el sistema de control debe intentar evitar en lo posible la malversación de recursos (entendida como un uso de los mismos para funciones no contempladas en los planes del centro), así como medir la eficacia y la eficiencia de las acciones que se tomen.

En algunas organizaciones de pequeño tamaño, el sistema de control puede ser informal y limitarse solamente a la preparación de los estados de cuentas obligatorios (balance y cuenta de resultados), ya que siempre debemos tener en cuenta el equilibrio entre los beneficios de un sistema de control y su coste, tanto desde el punto de vista del esfuerzo necesario para su diseño como del tiempo preciso para hacerlo funcionar. Desafortunadamente, la complejidad de la organización hospitalaria obliga a la existencia de sistemas formales sobre los que construiremos un sistema de incentivos explícitos, para que las decisiones tomadas en todos los niveles sean coherentes con las del centro.

Renunciar al establecimiento de organizaciones formales de control deja el espacio libre a los sistemas informales¹⁶, que en muchas ocasiones tienen el efecto contrario al pretendido por la organización. Por ejemplo, supongamos que no tenemos información sobre la actividad realizada y establecemos por tanto el sistema de remuneración igualitario (por falta de datos no basados en actividad, mérito, y/o calidad de las acciones). Esta solución no necesita de ningún sistema de control explícito más allá, quizá, del control de presencia. Obviamente, este sistema es un claro incentivo a no esforzarse en absoluto, limitándose a cumplir solamente en lo más evidente, dejando las exhortaciones de la dirección recomendando esforzarse en un terreno anecdótico.

En el momento de diseñar el sistema de control más adecuado para cada caso, es necesario tener en cuenta si el proceso a controlar es un proceso *off-line* o un proceso *in-line*, tal como los definimos en la sección 2. Los primeros serán susceptibles de ser controlados por un sistema formal, ya que su estandarización permite un fácil control de calidad, y que los objetivos de eficiencia puedan ser prioritarios. En contraste, los procesos *in-line* deben estar sujetos a un gran componente de control informal, donde la subjetividad en la medida de los resultados es mayor. En estos procesos, y en consecuencia al controlar la actividad del hospital en su conjunto, será necesario establecer un sistema basado en los niveles de excelencia como el descrito en la sección 3.

4.3. Sistema de información/comunicación

El sistema de información/comunicación de un hospital es el encargado de conseguir que la información necesaria para la toma de decisiones llegue a las personas adecuadas en el momento oportuno. El sistema de información recoge mucha más información que la necesaria

¹⁶ Gual, J., G. López, J. E. Ricart, J. M. Rosanas y J. Valor, "Incentivos en la Empresa Pública", documento de investigación del IESE, 1990.

para el sistema de control, y no se limita en ningún caso al sistema informático, ya que solamente parte del sistema de información/comunicación es formalizable, y sólo parte del formal es susceptible de funcionar sobre un soporte informático. Aun siendo conscientes de que en la práctica no existe una línea divisoria clara, llevaremos a cabo nuestro análisis en dos partes, discutiendo por separado aspectos del sistema de información y los procesos de comunicación.

4.3.1. Sistema de información

Los sistemas de información, mecanizados o no, son el conjunto de procedimientos sistemáticos de recogida de información que permiten la gestión adecuada del centro. En consecuencia, deben proporcionar los datos necesarios para poder medir el "nivel de excelencia" (entendido en el contexto de gestión de calidad total introducido en la sección sobre productividad) conseguido por la organización. Para conseguir lo anterior, el sistema de información debe obviamente facilitar tanto el diagnóstico y tratamiento de los pacientes como el control económico de la institución.

Una gestión adecuada de la información relativa al proceso de atención a los pacientes, recogiendo las pruebas diagnósticas realizadas y sus resultados, los procedimientos terapéuticos, etc., constituye los cimientos sobre los que se podrá construir un sistema de información global que permita funcionar los sistemas de control introducidos en los apartados anteriores.

Es una norma general que los sistemas de información para control deben basarse en los sistemas de información transaccionales de medida de actividad¹⁷. En el hospital, como mencionábamos anteriormente, los sistemas transaccionales deben empezar por identificar qué se hace y a quién se hace. La implicación directa de esta necesidad es que se debe contar con un censo de pacientes ingresados y que cualquier acto médico que forme parte de las medidas de calidad global o del coste a controlar debe ser asignado a un paciente, y la información debe ser recogida adecuadamente.

Refiriéndonos solamente al proceso de informatización de un centro hospitalario, debemos reseñar que no es más complicado en estos centros que en cualquier otro sector. Los problemas más frecuentes que se describen en la bibliografía del sector se refieren a "problemas de cultura" que previenen a partes del personal asistencial a entrar datos en los sistemas informáticos. Nuestra experiencia es que un buen análisis de los circuitos de información previo a cualquier intento de "forzar la informática" elimina muchas de las preocupaciones iniciales. En cualquier caso, siempre hay que tener en cuenta que se debe adaptar la tecnología al centro y a las personas, y no al revés.

4.3.2. Comunicación

La comunicación dentro del hospital no es solamente un medio de sentirse más integrado con el hospital, sino que además es el (único) medio de crecimiento humano, al poder dar cauce a la problemática de crecimiento interno a través de la experiencia profesional. El profesional sanitario no tan sólo debe sentirse integrado en la estrategia del hospital, sino que debe participar en una serie de actividades tangenciales que manifiesten su pertenencia al colectivo.

¹⁷ Andreu, R., J.E. Ricart y J. Valor, "Planificación de sistemas y tecnologías de la información: una fuente de ventajas competitivas", Estudios y Ediciones IESE, 1990.

La comunicación entre diversos departamentos –horizontal, vertical y cruzada– es un elemento esencial. En entornos de difícil definición, como es el proceso *in-line* clínico de diagnóstico-tratamiento, la comunicación es el único lazo que puede establecer la confianza necesaria en la estructura organizativa. Es la única forma de unión entre personas de diversos departamentos en su búsqueda de un objetivo común. En consecuencia, la organización debe establecer unos canales formales de comunicación que la propicien. Sesiones clínicas, tanto médicas como de enfermería, reuniones de equipo, incluso sesiones “clínicas de gestión”, son instrumentos que han probado su valía como facilitadores de comunicación en hospitales.

4.4. Sistema de compensación/incentivos

El sistema de incentivos de una organización es el encargado específicamente de alinear los objetivos de los individuos que la componen con el objetivo (misión) de la propia organización. Esta sección analiza los incentivos en los hospitales desde dos puntos de vista: 1) el teórico, utilizando los paradigmas de comportamiento humano que se usan en el campo de la gestión de empresas, y 2) el práctico de la realidad hospitalaria española, con énfasis en los hospitales públicos.

4.4.1. Incentivos y motivación en el trabajo

En el campo de la dirección de empresas y de la teoría de la organización, debemos diferenciar incentivos de motivación. Los incentivos son proporcionados por el entorno para motivar al sujeto a realizar una serie determinada de acciones. Uno de los cometidos más importantes del directivo a cargo de una organización es conseguir establecer el conjunto de incentivos que motiven de forma adecuada a sus colaboradores para que lleven a cabo sus tareas en coherencia con los objetivos que la organización tenga establecidos.

Los incentivos que se pueden proporcionar a los empleados son de diversa índole, y a su vez producen diferentes tipos de motivación. Desde el punto de vista del sujeto motivado (de la motivación producida), la bibliografía sobre este tema¹⁸ define tres tipos de motivaciones: 1) la motivación extrínseca; 2) la motivación intrínseca, y 3) la motivación social:

- La motivación extrínseca es aquella que induce al sujeto a moverse en función de las consecuencias que espera alcanzar debido a la reacción del entorno, como por ejemplo el salario que su trabajo producirá. Implícitamente, esto supone que los trabajadores a cualquier nivel son esencialmente perezosos, y se deben diseñar sistemas de compensación que les muevan a efectuar acciones que de otra manera no realizarían.
- La motivación intrínseca induce al sujeto a llevar a cabo acciones en función de las consecuencias que se producen en él mismo, como por ejemplo la satisfacción personal por el trabajo bien hecho. Aquí, el énfasis está en el propio trabajo en sí, en tanto que permite al trabajador aprender y realizarse a sí mismo. De algún modo, define la ambición que toda persona siente de saberse competente en la realización de su propio trabajo.
- La motivación social engloba los reconocimientos del tipo agradecimiento, reconocimiento del trabajo bien hecho, amistad, rango, etc. Un subconjunto de estos elementos motivacionales denominado trascendente (que trasciende) se refiere a la

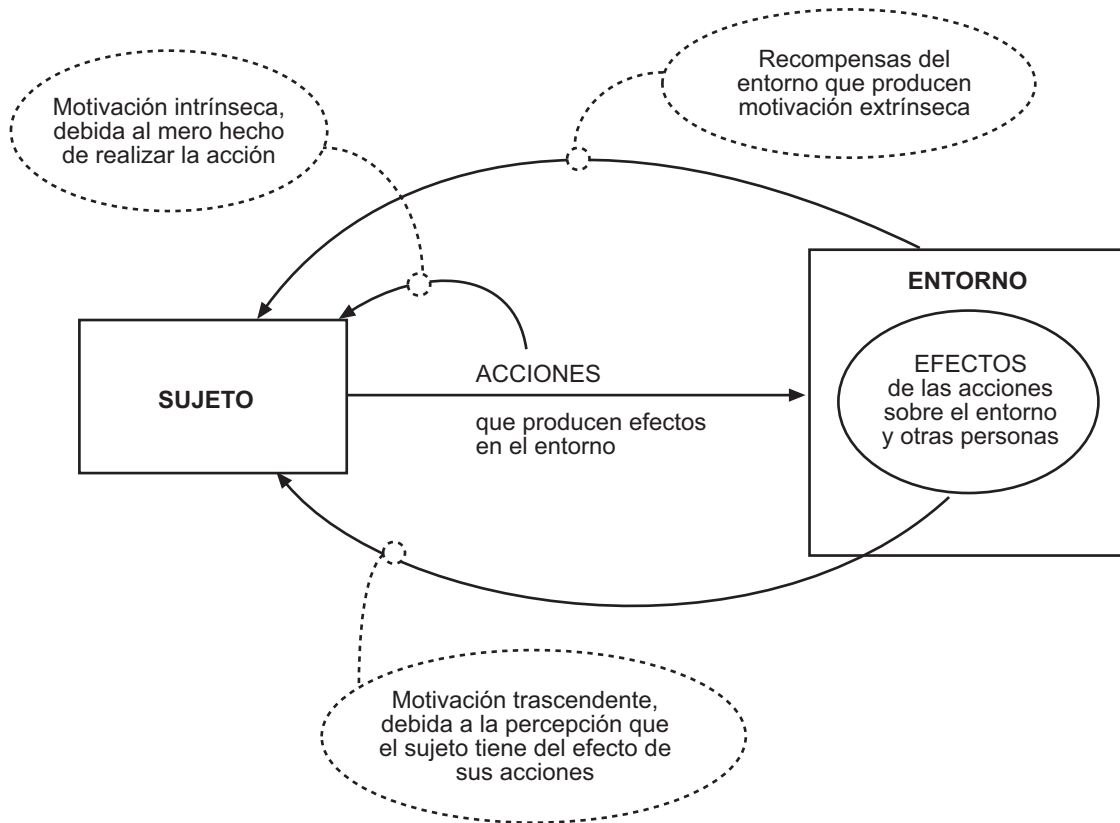
¹⁸ Schein, E.H., “Organizational Psychology”, Prentice-Hall, 1970.

motivación que se deriva de la utilidad o beneficio de las acciones propias en personas del entorno; el ejemplo clásico de motivación trascendente es la que se deriva de proporcionar ayuda a un colega en dificultades.

La Figura 9 esquematiza los tres tipos de motivación:

Figura 9

Tipos de motivación



Estos tres tipos de motivación están presentes en todos los individuos, aunque pueden estarlo en distintas proporciones y con diferente intensidad; veámoslo a través de un ejemplo concreto. Un hospital general de gran reputación internacional, situado en un barrio humilde de una gran ciudad de Estados Unidos, tenía un servicio de urgencias al que acudían por la noche los habitantes del barrio. Estos eran de clase social muy distinta y con unos problemas muy diferentes al resto de los pacientes del centro. Los médicos que cubrían el servicio de urgencias tenían dos tipos de motivación diferentes: un determinado grupo lo hacía por el dinero extra que representaba atender el servicio de urgencias (motivación extrínseca), mientras que a otro grupo le motivaba enormemente el poder trabajar con las clases sociales más bajas de la ciudad (motivación intrínseca y seguramente social, al ser reconocido por los pacientes como un eminente doctor del hospital general). Para un tercer grupo, que según sus propias palabras “no había suficiente dinero en la Tierra para pagarles una hora en urgencias”, la intensidad de la motivación de cualquiera de los tres tipos era demasiado baja para moverlos a trabajar en urgencias.

Es útil saber qué clase de motivación mueve a los individuos del hospital, ya que de ello depende la capacidad de los directivos de influir de forma inmediata en su conducta. Si los individuos están más motivados extrínsecamente, dado que la propia organización es una parte muy importante del entorno extrínseco del sujeto, su actuación se podrá modificar con relativa facilidad (hasta que su "mapa" motivacional cambie y el individuo deje de moverse primordialmente por motivación extrínseca). En contraste, si la motivación es puramente intrínseca, al moverse el sujeto de acuerdo a su propia satisfacción personal, independientemente del entorno, la afectación de su comportamiento será más compleja. En cualquier caso, la motivación total que tiene un individuo frente a su trabajo será función tanto de los incentivos a que esté sometido como de la valoración que de los mismos haga el individuo. Dicho de otro modo, un mismo incentivo puede ser muy eficaz en un individuo y no tener efecto alguno en otra persona, e incluso ser contraproducente a una tercera. Será por tanto necesario no tan sólo saber cuáles son los incentivos disponibles, sino también cuál es la valoración que de los mismos van a realizar cada uno de los subordinados. Para estudiar el estado de los incentivos y de la motivación en las organizaciones, los investigadores¹⁹ han catalogado las fuentes de motivación en la siguiente lista de once elementos (nótese que esta lista contiene incentivos que proporcionarán tanto motivación extrínseca como intrínseca y social):

- a) Mejoras en la paga
- b) Sentirse mejor como persona
- c) Tener la oportunidad de desarrollar sus capacidades
- d) Conseguir una mayor seguridad en el empleo
- e) Tener la oportunidad de aprender cosas nuevas
- f) Ser ascendido o conseguir un puesto mejor
- g) Sentir que se ha realizado algo meritorio
- h) Tener más autonomía en el trabajo
- i) Ser más respetado por la gente con que se trabaja
- j) Que los superiores reconozcan que ha sido un trabajo bien hecho
- k) Que la gente con quien se trabaja sea más amistosa con uno

4.4.2. Incentivos en hospitales

La organización hospitalaria en general, y la pública en particular, tienen unos aspectos característicos que merece la pena comentar separadamente. Un hospital, como toda organización compleja, está formado por una serie de eslabones jerárquicos, que empiezan en el gerente del centro (que dicho sea de paso recibe sus órdenes e incentivos del organismo del que dependa el hospital) y terminan en el último subalterno de cada departamento (médico adjunto en el caso de los médicos, ayudante de laboratorio en el laboratorio, etc.). Decimos, pues, que en el hospital se halla establecida una cadena de mando por la que se transmiten las órdenes relevantes para conseguir los objetivos del centro.

Además de la cadena de mando, existe la cadena de incentivos por la que se transmiten incentivos de un nivel a otro. Esta cadena no es necesariamente coincidente con la cadena de mando. En la realidad hospitalaria pública española, la cadena de incentivos es compleja y claramente diferenciada de la de mando. Veamos un ejemplo. Un adjunto de digestivo recibe

¹⁹ Véase Rodríguez Porras, J.M., "El factor humano en la empresa", Ediciones Deusto, Bilbao, 1988, y las referencias allí citadas.

sus órdenes del jefe de sección o quizá del jefe de servicio de medicina interna. Los incentivos que puede proporcionarle el jefe de sección para motivarle extrínsecamente son limitados (no controla su salario ni sus primas, no le contrató ni le puede despedir, y en pocos casos puede proporcionarle permisos para asistir a congresos, etc.); estos incentivos son controlados por otros elementos del sistema hospitalario. Esta disociación se presenta en la Figura 10, que representa los flujos de órdenes (cadena de mando) con líneas sólidas y los flujos de incentivos con líneas punteadas.

Figura 10

Flujos de órdenes y de incentivos



Vemos que nuestro médico de digestivo recibe incentivos que están controlados a nivel de Ministerio de Sanidad e incluso más arriba; por ejemplo, el Estatuto del personal sanitario, que regula su contratación, es un decreto del ministro ratificado por el Rey. Otros ejemplos son: a) sus vacaciones, que las “decreta” el INSALUD (aunque a propuesta del hospital); b) su salario, que lo paga la Tesorería de la Seguridad Social (Ministerio de Economía, responsable de los retrasos que se puedan dar en el pago), y c) las posibles sanciones, que si tuvieran que darse lo serían por el Ministerio de Administraciones Públicas.

En la situación hospitalaria pública española, al ser muy grande la disociación cadena de mando-cadena de incentivos, se produce un fenómeno característico: el uso de mecanismos alternativos de incentivos. Los mecanismos alternativos de incentivación tienen su máximo exponente en el uso de la promoción como método de incremento salarial. Es común en los

hospitales de la Seguridad Social que cuando un departamento desea mantener a un buen médico en la plantilla, al no poder subirle el sueldo (ya que como hemos visto éste depende de organismos superiores), se le intente promocionar a jefe de sección o de servicio, llegando incluso en algunos casos a crear un nuevo servicio a tal efecto. Con esta maniobra se consigue subir el sueldo al médico, pero se suele tener un mal jefe de servicio, ya que las responsabilidades de éstos tienen un elevado componente de gestión del que muchos de ellos no eran conscientes al aceptar el cargo.

Por ello nos encontramos con excelentes médicos que pasan a ser malos gestores. Adicionalmente, a medida que asciende por la línea de la gestión, el médico se encuentra más y más desligado de las actividades médicas, y al poco tiempo pierden actualidad sus conocimientos, lo que contribuye a un mayor grado de insatisfacción interna. Aparte de su posible falta de interés por las labores de gestión, al médico le acostumbra a faltar preparación como gestor. No existe formación en este aspecto en las carreras sanitarias, y además, no es fácil encontrar la manera de adquirir posteriormente estos conocimientos. Nótese la incoherencia existente entre el objetivo de dar el mejor servicio al paciente que acude al hospital y la motivación del médico, que no se verá recompensado por ser mejor médico, sino por ocupar un cargo de gestión en el hospital.

Como consecuencia de todo lo anterior, debemos intentar potenciar, siempre que ello sea posible, la alineación de las cadenas de mando y de incentivos, y asegurarnos de que los incentivos a disposición de los mandos se usan adecuadamente. Para ello, en la práctica, debemos repasar la lista de elementos motivacionales del apartado anterior, tanto desde el punto de vista objetivo (se hallan los incentivos presentes o no) como de la valoración subjetiva que de ellos hace cada individuo. Como hemos comentado anteriormente, no nos servirá de mucho dedicar esfuerzo en proporcionar un determinado incentivo si la motivación que conseguiremos con él es mínima, al ser dicho incentivo poco valorado por el individuo. Por otro lado, si hay elementos de la lista que no están presentes objetivamente, pero los empleados los valoran alto, tendremos la oportunidad de aumentar notablemente su motivación si conseguimos implementarlos en la organización.

Dado que el esquema motivacional es sustancialmente distinto para cada colectivo: médicos, enfermeras, administrativos, etc., una manera práctica de diseñar el sistema de incentivos a partir de la teoría reseñada anteriormente es pasar un cuestionario a cada grupo, donde se les pregunta, para cada uno de los once tipos de incentivos: 1) creen que éstos están presentes en el centro, y 2) cuánto los valoran (o valorarían si estuvieran presentes). Es importante resaltar que más importante que la existencia objetiva de un sistema de incentivos es el grado de comprensión (o de percepción de su existencia) por parte de los trabajadores.

4.5. Estructura de la organización

La estructura de la organización es la plasmación formal de las relaciones jerárquicas y organizativas del colectivo, así como de las responsabilidades de cada elemento del mismo. Como norma general, se debe diseñar una estructura organizativa coherente con la misión de la institución. Por ejemplo, un centro que se quiera dedicar al cuidado integral del enfermo, difícilmente puede lograrlo organizándose por servicios clínicos tradicionales; deben formarse equipos interdisciplinarios capaces de atender todas las necesidades de los pacientes.

En una fábrica, por compleja que sea su actividad, a nadie se le ocurriría hacer depender a los ingenieros superiores de una estructura jerárquica diferente a la de los ingenieros técnicos, y a

los mecánicos de una tercera distinta. La fábrica se organiza en función de su actividad, alrededor del producto que fabrican y del proceso de fabricación. En los hospitales se tiende a ignorar este hecho, y se tiene una estructura en función de la titulación de los empleados. En consecuencia, al tener los médicos, las enfermeras y el personal de soporte su propia jerarquía independiente, se consigue que los inevitables conflictos de interés entre personas de diferentes colectivos se tengan que resolver al más alto nivel del centro, y se pierda el imprescindible sentimiento de equipo que trabaja hacia el mismo objetivo común: el mejor cuidado global al enfermo.

4.6. Cultura de la organización

La cultura de la organización es uno de los aspectos más importantes que hay que tener en cuenta al estudiar los incentivos a implementar en una organización. Todos los grupos sociales tienen su propia cultura, y las empresas, y en particular los hospitales, no son la excepción. En algunos hospitales españoles, por ejemplo, existe la cultura de que el horario no se cumple y, de hecho, el incumplimiento del horario es generalizado. En una situación así, los sistemas de control y los incentivos (positivos o negativos, extrínsecos o intrínsecos) que hay que proporcionar para que el horario se cumpla tienen que superar no sólo a cada individuo en particular, sino además a la cultura reinante. Cambiar la cultura no es fácil, pero puede llegar a ser un objetivo prioritario y, en su caso, se debe empezar por los más altos niveles de la organización.

Mejorar la cultura de los hospitales hacia una cultura de trabajo bien hecho y de responsabilidad social del colectivo sanitario debe empezar por los niveles directivos e ir descendiendo hacia abajo. De nada sirve sancionar a los adjuntos que no cumplen el horario si se consiente que haya jefes de servicio que no lo cumplan.

5. Conclusiones

En este documento, tras una introducción al hospital desde el punto de vista de las actividades que realiza, es decir, desde el punto de vista productivo, se ha presentado un enfoque a la medida y mejora de la excelencia del hospital, concepto agregado que abarca el coste, la productividad, la efectividad, la bondad del servicio, etc.

Para esta excelencia se ha discutido un procedimiento para su definición, a la medida de cada centro, para su medición y para su mejora. Adicionalmente, se ha presentado un esquema que permite la comparación entre las dimensiones de excelencia de diversos centros.

Finalmente, y usando el esquema conceptual de los sistemas que componen la organización hospitalaria, se ha pasado lista a cada uno de ellos, ofreciendo una serie de comentarios que pueden servir de base de elaboración a los responsables de su gestión.

A lo largo de este artículo se ha ido presentando la gestión en la empresa hospitalaria como algo distinto, tan distinto como es cada sector industrial o de servicios, pero que a pesar de sus diferencias, puede beneficiarse en mucho de la aplicación, con adaptaciones, de esquemas de análisis y mejora que se han demostrado válidos en otros entornos.