

Caso Práctico: Transformación de una entidad sanitaria de gran tamaño

Situación:

Tras realizar un cuidadoso estudio, una autoridad pública sanitaria se enfrentaba al doble desafío de atender un incremento sostenible de demanda, tanto cuantitativa como cualitativa, y mantener la estabilidad presupuestaria.

La decisión fue ampliar su capacidad incrementando el número de camas y su cartera de servicios sin reducir la calidad asistencial en sus cinco parámetros esenciales¹: 1) seguro; 2) eficaz; 3) centrado en el paciente; 4) equitativo y 5) eficiente.

Por otra parte la situación de la organización presentaba varios problemas importantes:

- la gestión del proceso estratégico, era inmadura, apenas estaba implantada, limitándose a cumplir exclusivamente con indicadores de ejecución del presupuesto anual, como un fin en sí mismos
- el comportamiento de la organización adolecía de falta de enfoque integral, provocando derroche de recursos en actividades que no añadían valor alguno. De hecho, los objetivos de la organización eran fragmentarios y sus componentes tenían sus propias teorías, casi siempre divergentes, de lo que había que hacer. Los conflictos internos se resolvían con juegos de suma cero, “quien no gana, pierde”
- Y por último, un proceso anterior, intentando una 1ª Transformación, había fracasado debido a tres razones fundamentales: 1) no se hizo una comunicación eficaz; 2) no se planificó el proceso ni se establecieron metas a corto plazo que pudieran motivar a seguir y 3) se declaró la victoria antes de tiempo.

Retos:

El objetivo de **estabilidad presupuestaria** obligaba a conseguir un equilibrio óptimo entre las Capacidades necesarias (existentes, mejoradas o nuevas) y la Estructura más apropiada para emplearlas con eficacia y eficiencia.

Además, se vislumbró la **necesidad de una capacidad nueva: versatilidad**, ya que toda Transformación es una tarea de largo recorrido en el marco de unos objetivos comunes de alto nivel pero flexibles tanto como sea posible, lo que exige articular y gestionar la habilidad de mirar al futuro anticipando el impacto de los cambios que se atisban en la actualidad. La versatilidad permite anticipar los cambios que, por ejemplo, la genómica, las nuevas tecnologías y el modelo asistencial provocarán.

En la transformación participarían **agentes externos de diferente naturaleza**: clínicas privadas, proveedores, colaboradores *freelance*, otras administraciones públicas, etc. el enfoque

¹ Véase *Institute of Medicine. Health, Health Care, and Quality of Care. Kathleen N.Lohr, (Ed) In: Medicare: A Strategy for Quality Assurance. 1st Edition. 1990. p.21*

integral debía ser aceptado también por estos actores externos, con quienes habría que compartir la información pertinente.

De entre los retos identificados destacamos los siguientes:

- 1) Alcanzar la **madurez en el proceso de gestión estratégica** y desarrollar una capacidad nueva de adaptación al cambio: la versatilidad.
- 2) Asentar la oferta asistencial **integral y centrada en el paciente** y sus necesidades, no en las enfermedades, sino en los enfermos, individualmente. Todos los componentes de la organización debían conocer y asumir su respectiva responsabilidad en **cada proceso** y que estos atraviesan barreras entre niveles asistenciales y especialidades
- 3) Desarrollo de **nuevas competencias** en gestión clínica: los procesos integrados y de alta resolución para que el paciente o usuario percibiera mayor calidad, en términos de tiempo de espera, seguridad y eficacia asistencial.
- 4) Creación de **infraestructura nueva** adaptada al flujo de actividad de los nuevos procesos, o remodelación, cuando fuera factible, de la existente.

Considerando la concepción fragmentaria que tenían todos los componentes y los errores cometidos en la fallida transformación anterior, se decidió como eje estratégico prioritario, conseguir comunicaciones eficaces con todos los interesados, entre todos los niveles y entornos - interno y externo- ya que sería la clave de toda la Transformación. No se aprobaría estructura organizativa alguna que impidiera o dificultara la comunicación.

La comunicación eficaz se convertía en el elemento fundamental para el éxito de la Transformación mediante la unidad de esfuerzo y la concentración de recursos sobre el objetivo común.

Soluciones

Efectivamente, la **comunicación** fue la columna vertebral de la Transformación y se fundamentó en el diseño e implantación de la metodología de **cuadro de mando integral**² respecto del seguimiento a mayor nivel de los objetivos estratégicos, descomponiéndolos a su vez en los correspondientes objetivos operativos. De todos ellos se diseñaron los correspondientes **KPI's**³ de **proceso** y de **resultado** con diferente alcance temporal: a) diferidos, b) actuales y c) anticipados o inductores. Mediante una **plataforma** adecuada se identificó, integró y aplicó el **conocimiento** que se iba obteniendo y que permitía incorporar las "lecciones aprendidas" a la doctrina en vigor, convirtiéndola en algo vivo que añadía valor continuamente.

El sistema de asignación de recursos pasó de ser estático y anclado al calendario, a ser dinámico e inducido por las necesidades estratégicas y en cualquier momento, para lo que se hicieron los oportunos cambios reglamentarios.

² De Kaplan y Norton

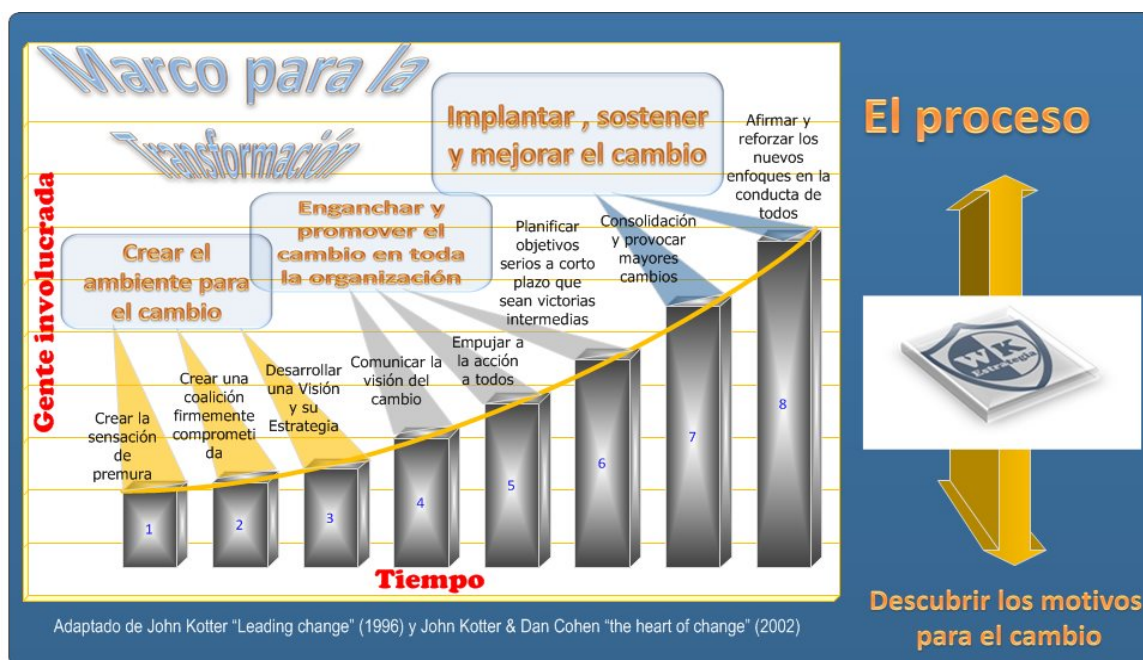
³ Key Performance Indicator

En la fase preparatoria se establecieron ciertas condiciones:

- a) Una premisa: la zona del horizonte a largo plazo que se había elegido alcanzar, **la Visión, se declaró indiscutible**, todo lo demás podía discutirse. En este sentido, asentar la confianza de todos en los líderes de la organización y de todos los componentes incluidos líderes, entre sí, constituyó, constituye y constituirá una labor permanente.
- b) Una Delimitación sobre el alcance: Establecida la Visión⁴, la Misión y los Valores, se preparó el **borrador preliminar del plan estratégico con sus objetivos**⁵ de alto nivel, debatidos y ajustados convenientemente con la participación de todos los que debían hacerlo utilizando diferentes procedimientos de consenso.
- c) Una Delimitación sobre la oportunidad: La transformación se haría en dos etapas, la primera se iniciaría mediante un **proyecto de demostración**⁶ y a partir de la experiencia obtenida se aplicaría en una segunda fase a toda la organización.
- d) Un uso único y común del Lenguaje: Se debatió y acordó una relación de **términos con un único significado**, igual para todos, con objeto de evitar problemas de polisemia.

Para atender el reto 4, creación de **infraestructura, se promovió y ejecutó un contrato de Colaboración Público-Privada (CPP)**⁷. Su diseño se basó en el “circuito del paciente” que originaba el nuevo enfoque asistencial y su probable evolución en los años venideros.

Para afrontar los demás retos, y conseguir todos los objetivos de la Transformación se siguió un proceso⁸ tal y como aparece en el gráfico, no como referencia de lo que había que hacer, sino de los errores más comunes que había que evitar a toda costa.



⁴ Lo que se quería llegar a ser a largo plazo

⁵ Específico, medible, alcanzable, relevante y con un plazo determinado. En inglés, SMART: Specific, Measurable, Achievable; Relevant; Time Bound.

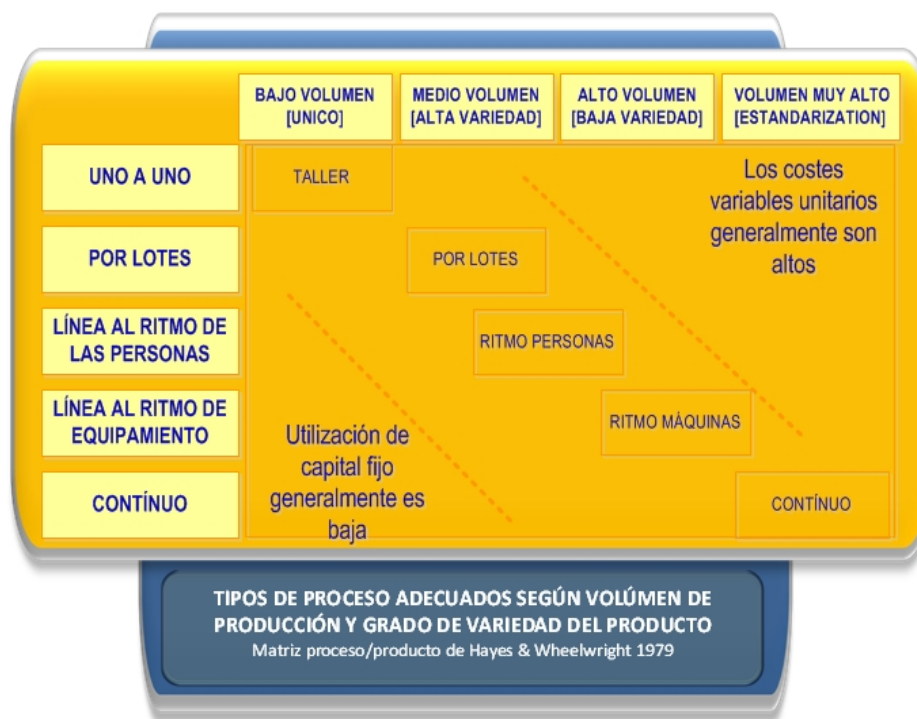
⁶ En un número determinado de unidades y de cuya ejecución debía obtenerse el conocimiento necesario para implantar el cambio a toda la organización y al que se incorporaría el conjunto de todas las “lecciones aprendidas”

⁷ Véase este enlace de **WK Estrategia**, [colaboración público-privada](#)

⁸ Kotter 8 steps for leading change. Ver este enlace: <http://www.kotterinternational.com/the-8-step-process-for-leading-change/>

Los compromisos a alcanzar se ajustaron a un determinado nivel de ambición de resultados y se centraron en lo siguiente:

- Un **análisis de recursos y capacidades** para establecer las brechas entre lo que podía ofrecerse en la situación de partida y lo que se quería llegar a ofrecer teniendo en cuenta el grado de incertidumbre y variabilidad pertinentes
- Se organizó la **provisión asistencial mediante la gestión por procesos**. Se estudiaron las alternativas para salvar las brechas existentes⁹, bien con las capacidades disponibles, bien mejorándolas o bien desarrollando unas nuevas, e incluso, en algunos casos, mediante la externalización temporal o definitiva, de ciertos servicios.
- Se **priorizó la importancia de los procesos según los GRD**¹⁰ principales de las unidades clínicas para la oportuna concentración de recursos y capacidades utilizando también la matriz producto/proceso¹¹:



- Se analizaron, discutieron, y aprobaron, con todos los participantes de un determinado **proceso**, sus **elementos críticos** (input, output, outcome, resultados, fronteras, responsabilidades, alternativas, autoridades del proceso, etc)
- Se definieron e identificaron las **lagunas verticales** (brechas al cruzar niveles asistenciales) y **lagunas horizontales** (brechas al cruzar de un servicio o especialidad a otro, incluso de las actividades de apoyo) consiguiendo un doble resultado: interiorizar la importancia del flujo horizontal de la actividad y resolver estas brechas tomando al paciente o usuario y sus necesidades como el núcleo de estudio.
- Se implantó el servicio de **“única consulta”** para ciertos procesos seleccionados que debían resolverse en un solo día hasta llegar al diagnóstico y definir el tratamiento adecuado sin que se produjeran tipo alguno de laguna asistencial

⁹Considerando la combinación óptima en su conjunto de factores, es decir: 1)Doctrina y Protocolos; 2)infraestructura, 3)material; 4)organización, 5)personal, 6)formación y 7) adiestramiento

¹⁰ GRD: Grupos de Referencia de Diagnóstico. Eran considerados principales, bien porque afectaban a la mayoría de pacientes; o bien porque su complejidad era muy alta

¹¹ De Hayes y Wheelwright

Dentro del marco de los objetivos estratégicos y los operativos, se identificaron las **áreas de acción**, los proyectos necesarios y las acciones específicas junto con la articulación temporal del presupuesto. Por último se diseñó el marco de medición del rendimiento mediante indicadores¹² de proceso y de resultado¹³ junto con la metodología de gestión del conocimiento adquirido en este “proyecto de demostración” para aprovecharlo en la segunda fase de la Transformación y **“crear una organización que aprende”**.



Resultados

Se consiguió el éxito de la primera fase de la Transformación al alcanzar los objetivos seleccionados; se consiguió una mayor (y diferente) capacidad asistencial; el proceso de “consulta única” fue capaz de alcanzar tasas de mejora del 50% al cabo de 18 meses lo que incrementó el nivel de calidad percibida por los usuarios/pacientes.

Los niveles de calidad y seguridad perseguidos manteniendo la estabilidad presupuestaria se alcanzaron en el plazo establecido e incluso varios de ellos fueron mejores de lo que se esperaba.

El objetivo de crear la nueva **capacidad de flexibilidad**, también se alcanzó gracias al grado de satisfacción y orgullo de pertenecer al “**Proyecto de Demostración**” y la consecución eficaz de los objetivos. Todo ello asentó la habilidad de aceptar los desafíos que hay en los

¹² Diferidos, actuales y de anticipación o inductores.

¹³ Utilizando como base doctrinal el “**Baldrige Performance Excellence Framework (healthcare)**” adaptado al caso.



cambios para aprovechar las oportunidades que siempre surgen en ellos. Incluso se llegó a saber cuándo algo fallaría y sus causas raíz, lo que proporcionó elementos muy valiosos para la mejor gestión del conocimiento.

La fuerza motriz de la organización que permitió conseguir el éxito consistió en **colocar la comunicación como el pilar central de la Transformación**, ya que permitió conseguir, además de los objetivos estratégicos y la participación activa de los agentes externos, los siguientes beneficios para una organización potente, eficaz, sana y motivada:

1. Todos sabían cuál era el objetivo común, consiguiendo gracias a ello, el enfoque integral orientado a los resultados y el compromiso de todos los componentes superando la desconfianza inicial, provocada por el proceso fallido anterior.
2. Como consecuencia, el proceso de gestión estratégica mejoró pasando de centrarse en la ejecución presupuestaria anual sin conexión entre los procesos, los resultados y los objetivos, a un enfoque abierto a responder a las circunstancias del entorno y flexible mediante la asignación dinámica de recursos y capaz de evaluar y decidir sobre alternativas estratégicas.
3. Se asumió e internalizó que las fronteras asistenciales impuestas por los servicios son artificiales y las que se imponen entre niveles desenfocan temporalmente la atención integral llegando incluso a perderse. Esto favoreció tasas de mejora superiores al 50% en todos los procesos, en plazos que oscilaban entre los 2 meses y los 18 dependiendo de la complejidad técnica, organizativa y la frecuencia respectiva de ejecución.
4. Todos los componentes interiorizaron que los resultados siempre están fuera de la organización;

