

Siete Palancas para el Liderazgo Organizacional de la Mejora de Atención en Salud



AN IHI RESOURCE

20 University Road, Cambridge, MA 02138 • ihi.org

Citación para este Documento: Reinertsen JL, Bisognano M, Pugh MD. *Siete Palancas para el Liderazgo Organizacional de la Mejora de Atención en Salud*. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2013. (www.ihi.org)



AUTORES:

James L. Reinertsen, MD: *Senior Fellow, IHI; President, The Reinertsen Group*

Maureen Bisognano: *President and CEO, IHI*

Michael D. Pugh: *President and CEO, Verisma Systems, Inc.*

Adaptado para Latinoamérica con autorización de los autores por un equipo coordinado por Pedro Delgado, Director Ejecutivo del Institute for Healthcare Improvement.

El contenido original del documento:

Reinertsen JL, Bisognano M, Pugh MD. *Seven Leadership Leverage Points for Organization-Level Improvement in Health Care (Second Edition)*. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2008. (www.ihl.org)

Agradecimientos de edición:

IHI agradece a Jane Roessner, PhD, y Val Weber por su revisión editorial del documento. En el prefacio encontraran una lista mucho más amplia de colaboradores con quienes estamos profundamente agradecidos.

El Institute for Healthcare Improvement (IHI) es una organización sin fines de lucro que lidera mejoras de calidad en el sector salud a nivel global. IHI ayuda a acelerar el cambio cultivando conceptos prometedores para mejorar la atención al paciente y transformando dichas ideas en acción. Miles de profesionales de la salud participan en el trabajo pionero del IHI.

Hemos desarrollado la serie de Documentos de Innovación del IHI como un medio para avanzar nuestra misión. Las ideas y conclusiones de estos documentos representan el trabajo innovador del IHI y organizaciones con las que colaboramos. Están diseñados para compartir los problemas que el IHI está observando en distintos contextos y por ende trabajando para solucionar; las ideas que estamos desarrollando y probando para ayudar a las organizaciones a mejorar de manera significativa; y algunos resultados prematuros donde y cuando existan.

Copyright © 2013 Institute for Healthcare Improvement. All rights reserved. Individuals may photocopy these materials for educational, not-for-profit uses, provided that the contents are not altered in any way and that proper attribution is given to IHI as the source of the content. These materials may not be reproduced for commercial, for-profit use in any form or by any means, or republished under any circumstances, without the written permission of the Institute for Healthcare Improvement.

Contenido

Prefacio a la edición Latinoamericana	4
Contexto y antecedentes	5
Primera palanca: Establecer y supervisar los objetivos sistémicos específicos desde el nivel más alto del gobierno de la organización	9
Segunda palanca: Desarrollar una estrategia ejecutable para lograr los objetivos sistémicos y vigilar su implementación desde los niveles más altos del gobierno de la organización	14
Tercera palanca: Canalizar la atención de los directivos hacia el mejoramiento sistémico: Liderazgo personal, sistemas de liderazgo y transparencia	17
Cuarta palanca: Incluir a los pacientes y las familias en el equipo de mejoramiento	20
Quinta palanca: Hacer que el director financiero (o de administración) se convierta en aliado de la calidad	24
Sexta palanca: Comprometer a los médicos	27
Séptima palanca: Desarrollar capacidad y destrezas técnicas en mejoramiento de calidad	33
Apéndice A	35
Referencias	40

Prefacio a la edición Latinoamericana

“Dadme un punto de apoyo y moveré el mundo.”

— Arquímedes

Las diversas connotaciones de palanca convergen en la maximización de esfuerzos para, a partir de la aplicación de una fuerza sobre un punto de apoyo, generar movimiento, incrementar velocidad o distancia. Y es precisamente el objetivo de su uso en este documento: brindar siete palancas que produzcan movimiento hacia la mejora de salud en las organizaciones.

Decidimos traducir y adaptar el documento a raíz de la gran demanda de materiales pragmáticos que ayuden a líderes de salud en Latinoamérica comprometidos con la calidad de sus sistemas, a enriquecer continuamente su desempeño. Las palancas son propositivas y accionables, es decir, pretenden describir el qué hacer, y presentar ideas sobre cómo hacerlo.

El contenido original del documento base para esta adaptación ([Seven Leadership Leverage Points for Organization-Level Improvement in Health Care](#)) fue desarrollado en el contexto de los Estados Unidos para el año 2005. Para ese entonces, desarrollábamos otros documentos asociados que también informan la edición Latinoamericana tales como [Governance Leadership “Boards on Board” How-to Guide](#),¹ [Engaging Physicians in a Shared Quality Agenda](#)² y el [Execution of Strategic Improvement Initiatives to Produce System-Level Results](#).³ Por ende, se verá que muchos de los ejemplos provistos se refieren a este entorno en esa fecha, y hemos intentado brindar aclaraciones al respecto cuando los términos son ajenos al lenguaje de la salud en Latinoamérica y cuando se mencionan instituciones o conceptos netamente norteamericanos. Por ejemplo, se observa que en las “especificaciones Toyota” el estándar ideal para la nación norteamericana estaba cerca de 3.150 dólares per cápita (dólar del 2003), lo cual está muy por encima del gasto individual en nuestros países. También hemos intentado proveer algunos ejemplos de Latinoamérica. Por último, validamos la relevancia del contenido y su aplicabilidad local con líderes de sistemas de salud en Colombia, Chile, Argentina y México, quienes confirmaron su utilidad y además nos ofrecieron excelentes ideas para mejorar la adaptación.

Es importante señalar que las palancas descritas son una teoría en fase descriptiva.⁴ Al decir descriptiva nos referimos a que podemos detallar asociaciones entre cada palanca y buenos resultados, pero no podemos atribuir causa y efecto concretamente. En otras palabras, la teoría de las palancas no es todavía normativa, en el sentido de que no podemos hacer la siguiente afirmación: “Si usted como líder hace estas siete cosas, obtendrá resultados sistémicos dramáticos.” Pero sí podemos decir con mayor certeza, que “en casos en los cuales las organizaciones están obteniendo muy buenos resultados en el ámbito de calidad, el uso de varias de estas palancas está bien establecido.”

La traducción y adaptación para Latinoamérica no hubiese sido posible sin la contribución de una serie de líderes en salud que generosamente nos ayudaron a hacerla realidad. La lista incluye un equipo central compuesto por Andrés Aguirre, Director del Hospital Pablo Tobón Uribe (Colombia); Henry Gallardo, Director del Hospital Universitario, Fundación Santa Fe de Bogotá (Colombia); Stephanie Moncayo, Pasante IHI; Enrique Ruelas, Presidente de la Academia Nacional de Medicina de Mexico y Senior Fellow del IHI. Además, una red de colaboradores que nos ayudaron a darle forma al documento, incluyendo algunos ejemplos de sus instituciones: María Elvira Aldeco, Jefe de Calidad y Gestión Clínica de la Fundación Cardioinfantil (Colombia); Santiago Cabrera, Director Ejecutivo de la Fundación Cardioinfantil (Colombia); May Chomali

Garib, Directora de Servicios Médicos de la Clínica Las Condes (Chile); Ricardo Durlach, Director Médico del Hospital Alemán (Argentina); Ezequiel García Elorrio, Director del Instituto de Efectividad Clínica Sanitaria (Argentina), Bernd Oberpaur, Médico Subdirector Área Proyectos de la Clínica Alemana (Chile); Ariel Palacios, Jefe de Seguridad del Paciente del Hospital Universitario Austral (Argentina); Marcelo Pellizzari, Director Médico Asociado, Director del Departamento de Calidad y Seguridad, Director de Informática Médica del Hospital Universitario Austral (Argentina); Rodrigo Poblete Umanzor, Director de Calidad y Seguridad Asistencial de la Red Salud UC-Christus, Pontificia Universidad Católica de Chile; Javier Potes, Presidente del Consorcio Mexicano de Hospitales (México); Reyna Yacamán Handal, Directora de Calidad del Centro Médico ABC (México). Una muestra fehaciente del poder de la colaboración. Y un gran privilegio trabajar con líderes comprometidos. A todos, nuestro más sincero agradecimiento desde el IHI. Espero que la lista de colaboradores siga creciendo mientras adaptamos otros documentos y desarrollamos nuevos tópicos.

Esperamos que la edición Latinoamericana del presente documento suscite un movimiento hacia la mejora de resultados en sistemas de salud, y sea útil en su trabajo directivo. Invitamos a todos los lectores a darnos sus apreciaciones a partir de sus propias observaciones de campo, a fin de que esta teoría crezca y se consolide.

Pedro Delgado

Director Ejecutivo, Institute for Healthcare Improvement

Octubre 2013

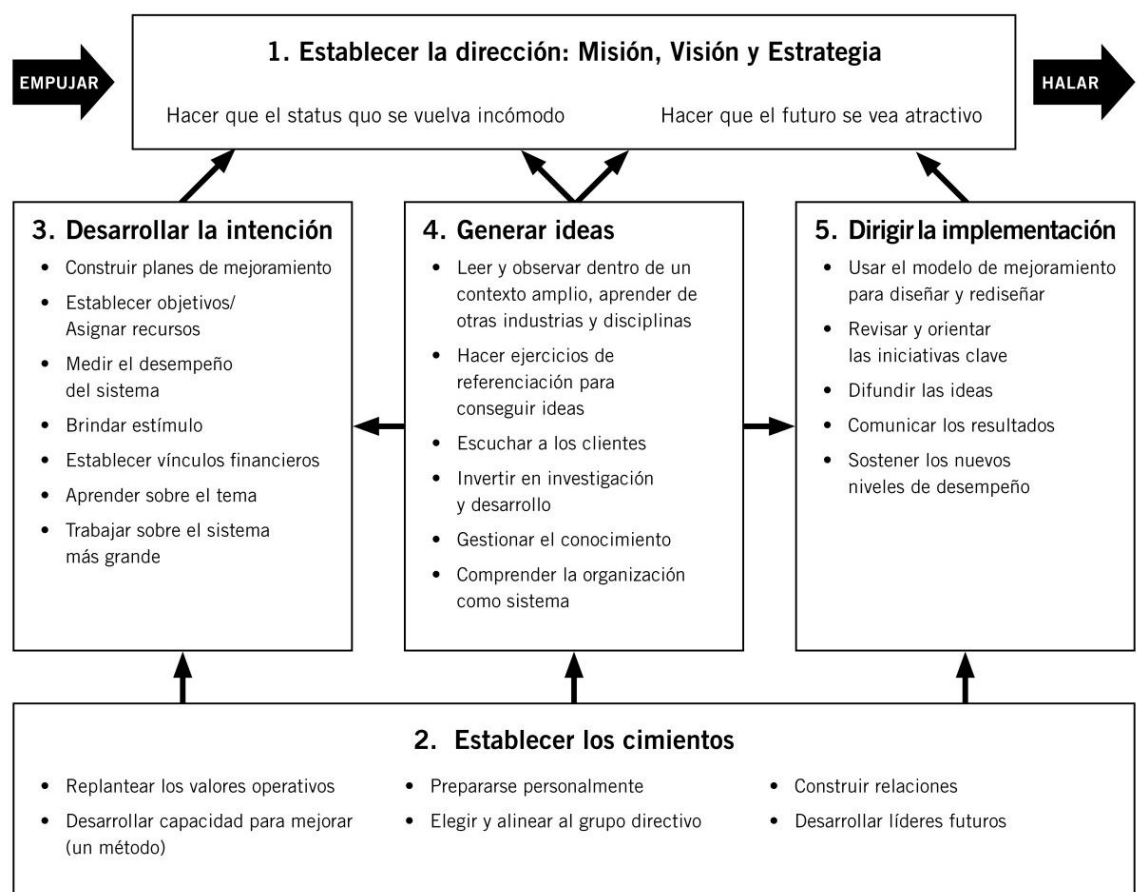
Contexto y antecedentes

Un gran número de directivos y líderes de hospitales y sistemas de salud, enfrentan con frecuencia los defectos de sus propias organizaciones y prácticas asistenciales — muertes prevenibles, daño, sufrimiento, retrasos, sensación de indefensión, desperdicios e inequidades. Con gran esfuerzo, algunos han adquirido destrezas para reducir esos defectos en proyectos específicos (p. ej. menores tasas de infecciones por catéteres centrales en una determinada unidad de cuidados intensivos). Pero es mucho más difícil lograr resultados para toda la organización (tales como: menores tasas de infecciones adquiridas en el hospital en todas las unidades y servicios). Poco a poco nos damos cuenta de que, si bien los directores ejecutivos de los sistemas de salud y otros líderes desean obtener estos cambios, no poseen un método comprobado para hacer realidad una transformación sistémica. En concreto, líderes de sistemas de salud suelen afirmar que saben con claridad en dónde enfocar sus esfuerzos, pero que tienen mucha menos precisión acerca de cómo hacerlo.

En países como Estados Unidos, los líderes de hospitales y sistemas de salud viven presionados por los informes públicos obligatorios, la remuneración por desempeño, y el “no pago por defectos.” Además, en la mayoría de países del mundo, incluyendo a Latinoamérica, los entes reguladores, los pagadores, las comunidades y los pacientes informados, apremian a los directivos para producir resultados de desempeño cuantificados. Muchas veces, esos resultados se formulan para circunstancias específicas (p. ej. reducir las tasas de infección de la herida después de cirugía cardíaca) y algunas veces se especifican para todo el sistema (p. ej. reducir las tasas de todas las formas de daño durante la hospitalización). En América Latina, sabemos que existen grandes oportunidades para mejorar la calidad del sistema en temas como el malgasto o desperdicio, muertes y daños innecesarios, falta o demoras en el acceso a los servicios, y cuidados centrados en los pacientes. Es decir, la necesidad de optimizar la calidad sistémica es tan relevante como en otros contextos.

Los modelos y marcos teóricos de liderazgo sirven como ‘mapa’ para que líderes sistémicos en salud piensen en la forma de hacer su trabajo, mejorar las organizaciones, aprender de los proyectos de mejora y diseñar programas de desarrollo de liderazgo.⁵ El pilar del marco integral estratégico de mejora del Institute for Healthcare Improvement (IHI) se resume en tres conceptos: *Intención, Ideas, e Implementación*.³ Para lograr resultados en la organización, los líderes deben desarrollar la intención organizacional para alcanzarlos; generar o encontrar ideas de mejora lo suficientemente sólidas; y dirigir la implementación de esas ideas — instaurar mejoras reales, difundirlas a todas las áreas que pudieran beneficiarse, y sostener el logro en el tiempo. Y cuando este marco de intención/ideas/implementación se complementa con otros dos componentes centrales: establecer el direccionamiento y determinar los cimientos, se obtienen 24 elementos específicos que convergen en un sistema global de liderazgo denominado Marco de Liderazgo para el Mejoramiento del IHI (Figura 1).

Figura 1. Marco de liderazgo para el mejoramiento

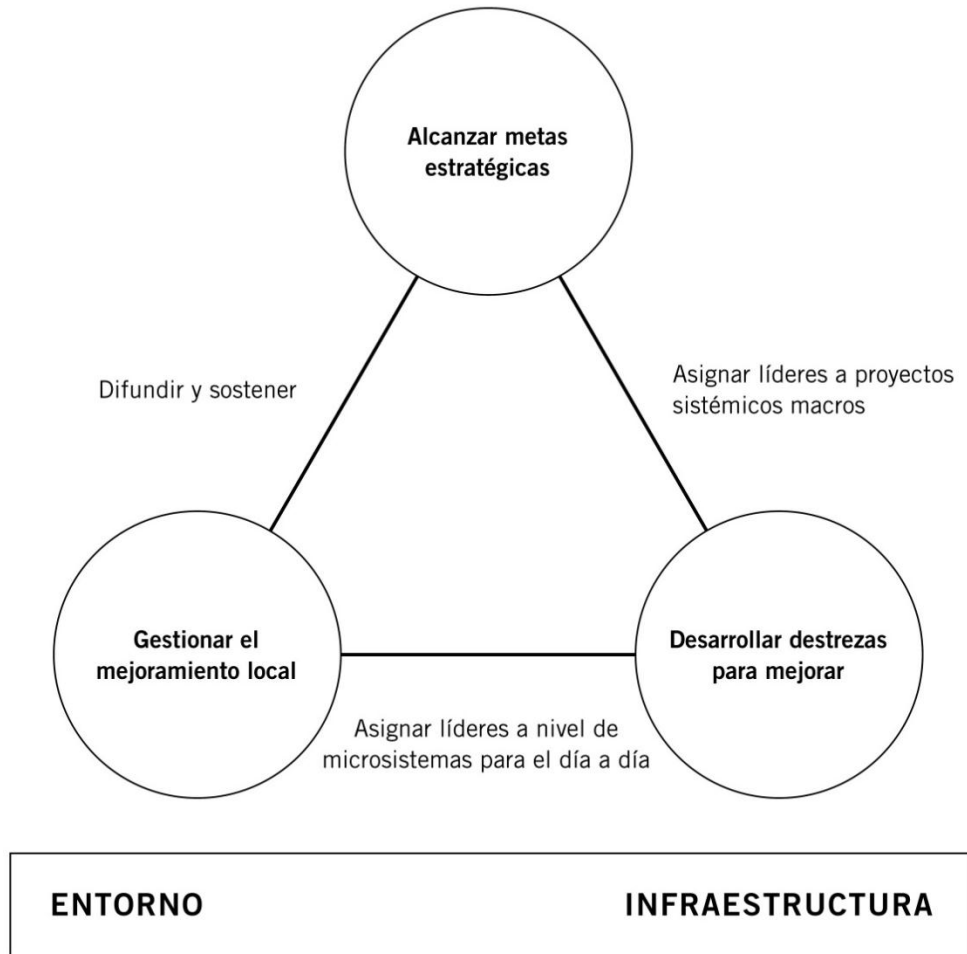


Líderes en salud podrían sentirse desanimados ante la magnitud de este tipo de modelo integral. Aunque los 24 elementos son bastante específicos, algunos de ellos tienen un alcance bastante amplio (verbigracia: forjar planes de mejora o revisar y orientar las iniciativas clave). Por tanto, al observar modelos como estos, surge una pregunta inmediata: ¿exactamente cómo se construyen planes de mejora o se revisan y orientan las iniciativas clave?

*Execution of Strategic Improvement Initiatives*³ es un espléndido ejemplo de una respuesta a la pregunta sobre el ‘cómo’. Este marco describe un sistema para ejecutar un cambio profundo y

ofrece casos específicos de lo que hacen los líderes y cómo lo hacen en organizaciones con alta capacidad de implementación (Figura 2).

Figura 2. Un marco para la implementación



El marco teórico del presente documento, se elaboró principalmente para responder un segundo tipo de pregunta que hacían líderes en salud:

- “Este es un marco muy amplio, ¿hay uno o dos puntos donde pudiera comenzar y donde mis acciones pudiesen tener mayor impacto?”
- “No podemos trabajar en 24 cosas a la vez. Si tuviéramos que apostarle a unas pocas acciones dentro de este marco que tuvieran una alta probabilidad de generar resultados sistémicos, ¿cuáles serían?”

En otras palabras, líderes en salud estaban en busca de “palancas”: actividades definidas para los directivos y transformaciones concretas en los sistemas de liderazgo, en donde un cambio menor pudiera producir resultados grandes y positivos en el sistema. Este trabajo intenta responder esa pregunta, que puede formularse de la siguiente manera: ¿dónde deben los líderes poner sus apuestas a fin de lograr resultados sistémicos?

El fundamento para la respuesta acerca de las palancas proviene de al menos cuatro fuentes diferentes:

- 1) **Teoría de los sistemas complejos:** Los sistemas adaptativos complejos, como las organizaciones de salud y las comunidades, no se pueden delimitar y manejar en detalle. Es muy probable que cambios menores en ciertos aspectos críticos de estos sistemas, puedan mejorar o deteriorar el desempeño del sistema en su totalidad, en un grado impredecible y sorprendente. Si los líderes pudieran escoger los atributos correctos del sistema (de palancas) y realizar modificaciones minúsculas, quizás difíciles, pero importantes, el resultado podría ser una gran evolución en el desempeño.
- 2) **Observación del desempeño de los líderes y sistemas de salud:** Hemos podido observar las acciones de los líderes de organizaciones que participan en las iniciativas de búsqueda de la perfección e IMPACT del IHI, y también en las campañas de las cien mil vidas y los cinco millones de vidas, y evidenciar en simultáneo el funcionamiento de los sistemas. Además, consultamos con líderes de varios países latinoamericanos al respecto (véase la sección de Agradecimientos). En los casos en que se produjo cambios del sistema, hemos tratado de inferir, a partir de esas fuentes, cuáles fueron las palancas que emplearon los líderes para lograr mejoras. Por ejemplo, hemos examinado que el mejoramiento sistémico no ocurre sin que se declare la firme intención de alcanzarlo, y que la forma en como los líderes declaran y adoptan este propósito, parece ser muy relevante. Estos puntos de palanca se basan sobre todo en datos cualitativos — anécdotas e historias sobre el trabajo de los líderes más que un cimiento sólido de investigación. No obstante, esas historias son poderosas y sirven para respaldar y perfeccionar la teoría.
- 3) **Intuiciones y experiencia colectiva:** Los autores originales y el equipo que lideró la adaptación de este documento provienen de diversos entornos del sector de la salud, por ello, aprovechamos nuestra experiencia colectiva para postular algunas de estas palancas. Por ejemplo, intuimos que el argumento de negocios para la defensa de la calidad, es todavía frágil en muchas entidades de salud y, por ende, si el director financiero se convirtiese de alguna manera en el adalid del mejoramiento sistémico de la calidad, la probabilidad de una mejora profunda sería mucho más alta.
- 4) **Investigación y desarrollo continuos de las teorías y los métodos de administración:** En los ocho años transcurridos desde que se publicó la primera edición de Siete palancas para el liderazgo de la mejora de atención en salud en las organizaciones, aprendimos mucho acerca de temas como la ejecución, consejos directivos, transparencia y compromiso de los médicos, para mencionar solo unos pocos. A su vez, hemos tratado de integrar ese aprendizaje en la edición latinoamericana, con énfasis particular en las distintas áreas de sinergia que hay entre el marco para la implementación del IHI y las siete palancas para el liderazgo.

Vale la pena señalar lo que estas palancas no son:

- Las palancas no tienen por objeto constituir un marco completo para liderar la transformación organizacional. Ese es un tema mucho más extenso que debe manejarse mediante enfoques como el del Baldrige National Quality Program de los Estados Unidos.
- Las palancas no reemplazan un método coherente de calidad como el Sistema de Producción de Toyota o el modelo para el mejoramiento. En efecto, las organizaciones en las cuales se aplicarían las palancas serían aquellas que hubieran adoptado un marco coherente de calidad.

Por último, debemos indicar que estas palancas las ubicamos en un contexto de liderazgo. En síntesis, creemos que estas actividades son responsabilidad de los altos directivos de las organizaciones.

Este documento consta de dos secciones:

- 1) Una explicación en detalle de las siete palancas para el liderazgo y ejemplos claros de su aplicación en salud.
- 2) Una herramienta de autoevaluación (Apéndice A) para ayudar a los directivos, médicos y de enfermería de las entidades de salud, a diseñar y planear su trabajo valiéndose de las siete palancas.

Primera palanca

Establecer y supervisar los objetivos sistémicos específicos desde el nivel más alto del gobierno de la organización

La misión de un gran porcentaje de las organizaciones de salud incluye un objetivo amplio de calidad. Sin embargo, para lograr un salto significativo en los niveles de desempeño sistémico, las juntas directivas deben:

- Establecer indicadores sólidos de desempeño sistémico — por ejemplo, tasa de mortalidad hospitalaria, costo por egreso ajustado, eventos adversos por cada mil dosis de medicamentos, etc. — a los que se les pueda hacer seguimiento cada mes, o con la mayor frecuencia posible.
- Adoptar objetivos específicos para lograr mejoras que transformen dichos indicadores.
- Instaurar vigilancia efectiva de los indicadores desde los niveles más altos del gobierno y liderazgo de la organización.
- Comprometerse personalmente con los indicadores seleccionados y comunicarlos a todos los actores del sistema de manera tal que alcanzarlos se vuelva un real compromiso.

Diseñar indicadores de desempeño sistémico ayuda a responder la pregunta sobre qué es lo que tratamos de lograr y cómo estamos progresando. Denominados grandes objetivos (u objetivos macro), tales indicadores deberían tener una representación visual de los datos puntuales críticos para mediciones que reflejen la calidad de la atención prestada. Si se eligen bien, estos indicadores definen en colectivo aquello que, finalmente, es importante para los distintos actores de la organización. En conjunto, ofrecen una respuesta a la pregunta “¿qué tan buenos somos realmente?”

Para ayudar a medir la calidad global de un sistema de salud y alinear el trabajo de mejora en todo un hospital, un grupo de práctica o un sistema grande de salud, el IHI e instituciones colaboradoras desarrollaron los indicadores integrales del sistema (*Whole System Measures*)⁶ en el marco de una iniciativa que se llevó a cabo en los Estados Unidos en el año 2004. Para cada indicador, el IHI fijó una meta ambiciosa que representara un desempeño sin precedentes — que superara los “límites” previamente concebidos en el contexto estadounidense — que llamamos “la especificación Toyota,” haciendo analogía a un sistema de excelentes resultados con altos estándares. Los indicadores integrales del sistema son un buen ejemplo de una serie de mediciones

de desempeño sistémico (objetivos macro/grandes objetivos) en materia de calidad, a partir de las cuales los líderes de la organización puedan escoger unas pocas dimensiones en las que enfocarse para buscar un desempeño nunca visto. Las mediciones tienen como propósito complementar el balanced scorecard (sistema de gestión que traduce la estrategia de negocios en un conjunto coherente de indicadores) de la organización, el tablero de indicadores u otros sistemas de medición del desempeño existentes.

En las tablas que aparecen a continuación se enumeran los indicadores integrales del sistema, la dimensión de calidad del Institute of Medicine (IOM) y las especificaciones Toyota para cada una. En la Tabla 1 aparecen las especificaciones (Toyota) para los indicadores sistémicos, mientras que en la Tabla 2 se muestran los detalles de desempeño para componentes concretos del sistema de salud. Vale destacar que varias de estas medidas no tienen traducción literal al contexto latinoamericano, pero se incluyen como ideas y marcos de referencia que pueden adaptarse en similares dimensiones de calidad.

Tabla 1. Indicadores integrales del sistema y especificaciones Toyota en Estados Unidos: Ámbito sistémico

Dimensión de calidad del IOM	Indicador integral del sistema	Especificación Toyota
Servicio centrado en el paciente	Puntaje de la evaluación de la experiencia del paciente (respuesta a la pregunta de la base de datos How's your health: "Me brindan exactamente la ayuda que deseo y necesito, exactamente cuando la deseo y la necesito")	El 95% de los pacientes expresan afirmaciones como: "me brindan exactamente la ayuda que deseo y necesito, exactamente cuando la deseo y la necesito"
Servicio efectivo y equitativo	Puntaje de resultados funcionales de salud (functional health Outcomes)	El 5% de los adultos califica su estado de salud como regular o malo (la autocalificación no difiere en relación con el nivel de ingresos)†
Eficiente	Costos de salud per cápita (indicador indirecto: reembolsos de Medicare por afiliado por año)††	3.150 dólares per cápita por año en Estados Unidos. 5.026 dólares por afiliado por año en Estados Unidos (estas figuras son excesivamente altas para el contexto latino, pero se adherían en su momento al contexto norteamericano)

† Debido a que la Encuesta Funcional de Salud-6+ no ofrecía información para el contexto nacional de los Estados Unidos, el IHI se basó en los datos de salud que reportaron los mismos pacientes, recopilados en el informe del CDC (los centros para el control y la prevención de las enfermedades) sobre la vigilancia de la calidad de vida vinculada con la salud (reporte Health-Related Quality of Life Surveillance).

†† Por la dificultad para calcular el costo per cápita de la atención en salud en el contexto norteamericano, se puede utilizar un indicador indirecto de reembolso de Medicare por afiliado para facilitar la recopilación.

Tabla 2. Indicadores integrales del sistema y especificaciones de Toyota en Estados Unidos: Nivel de componentes

Dimensión de calidad del IOM	Indicador del sistema integral	Especificación Toyota
Seguro	Tasa de eventos adversos	Cinco eventos adversos por cada mil días/paciente
Seguro	Incidencia de lesiones y enfermedades ocupacionales no fatales	0,2 casos con días perdidos de trabajo por cada cien FTE al año
Efectivo	Mortalidad hospitalaria estandarizada (HSMR, por sus siglas en inglés)	MHE = 25 puntos por debajo del promedio nacional
Efectivo	Porcentaje de rehospitalizaciones	Rehospitalizaciones a 30 días = 4,49%
Efectivo	Confiabilidad de los indicadores relevantes	Niveles de confiabilidad de 10-2
Centrado en el paciente	Satisfacción del paciente con la atención	El 60% de los pacientes escogieron el mejor puntaje posible
Oportuno	Días para la siguiente tercera cita disponible	Atención primaria: acceso el mismo día. Atención por especialista: acceso en un lapso de siete días
Eficiente	Días de hospitalización por paciente fallecido, durante los últimos seis meses de vida	7,24 días de hospitalización por fallecido durante los últimos seis meses de vida

Hay varios aspectos de la primera palanca que merecen enfatizarse, de acuerdo con lo que hemos aprendido durante los últimos ocho años:

- La junta directiva no puede delegar la responsabilidad de adoptar los objetivos y ejercer vigilancia sobre los indicadores. Aquello sobre lo cual la junta directiva pone su atención, atrae el interés de la gerencia, los líderes médicos y, a fin de cuentas, la totalidad de la organización.
- Los objetivos deben ser focalizados. No es sensato establecer metas transformadoras para todo el espectro de desempeño. En efecto, es muy raro que una organización de salud de

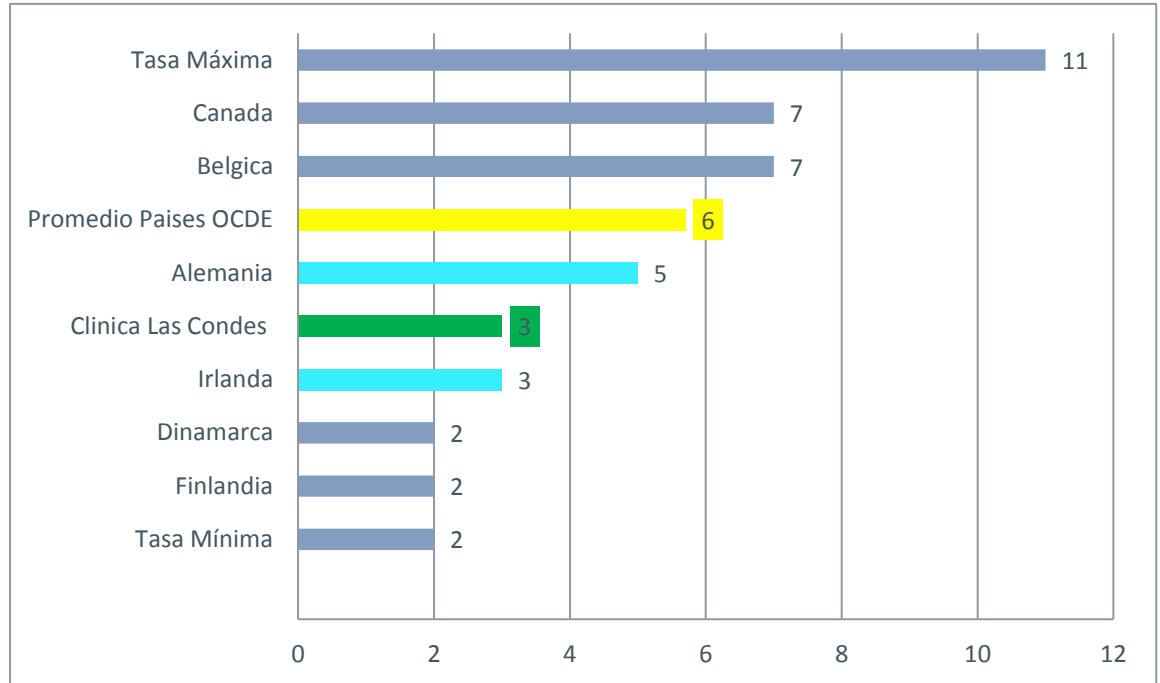
cualquier otro ámbito, logre niveles impresionantes de desempeño en más de una o dos dimensiones en un determinado año.

- No hay palabras suficientes para recalcar la importancia de la realimentación que deben tener las juntas directivas para supervisar el logro de los objetivos sistémicos. Para los fines estratégicos, las preguntas principales que los datos deben aclararles a las juntas son: ¿estamos mejorando? ¿Vamos por buen camino hacia el cumplimiento de nuestras metas? A fin de que las juntas directivas puedan responder estas interrogantes, la medición del desempeño debe:
 - Utilizar definiciones operativas consistentes para que las juntas directivas puedan monitorizar la trayectoria del desempeño en el tiempo.
 - Ser oportuna (no más de un mes de diferencia entre los datos y el análisis).
 - No es necesario que las mediciones deban ser ajustadas al riesgo ni tampoco empleen indicadores del tipo “tasas de eventos por número de interacciones.” (Esta clase de cálculos tienden a ser más complejos, pueden demorar los ciclos de retroalimentación, y se usan principalmente para responder una pregunta diferente: ¿cómo estamos frente a otras organizaciones?).
- No basta con que las juntas directivas analicen los indicadores de desempeño. Cuando escuchen historias de los pacientes y familias, cuyas vidas se hayan visto afectadas por situaciones ligadas con la mala calidad y seguridad (eventos adversos), las juntas buscarán la mejora con mayor urgencia y compromiso.
- Las juntas deben desarrollar las destrezas para vigilar la calidad y la seguridad. Las juntas directivas que se destacan, incorporan miembros expertos en métodos de calidad usados en producción y otras industrias, e invierten en la formación de todos sus integrantes.
- Muchas veces es útil diseñar tableros de indicadores específicos para seguir el progreso de esfuerzos como el trabajo de un hospital en la pasada [Campaña para Salvar Cinco Millones de Vidas en Estados Unidos](#), o en caso de que su meta estratégica primordial sea reducir las infecciones nosocomiales, en lugar de permitir que estas iniciativas mezclen y se reporten junto con todas las demás métricas de calidad. Los tableros que se asocian en concreto con las iniciativas, crean contexto, lo cual facilita la comprensión y el seguimiento de su avance.
- Cuando las juntas directivas comienzan a pedir cuentas a la gerencia por el logro de unos objetivos transformadores, sus miembros empiezan a hacer preguntas afiladas. Esto envía señales claras a través de la organización que terminan convirtiéndose en una fuerza poderosa para el cambio cultural.

Como ejemplo, el liderazgo ejecutivo de [la Clínica Las Condes](#) (Chile) ha puesto la seguridad del paciente en el centro de su estrategia. En la búsqueda de brindar servicios seguros para todos sus pacientes, la entidad decidió comprometerse con al menos dos vehículos de aprendizaje continuo. Desde el año 2011 elaboran una encuesta anónima de cultura de seguridad a todo el personal clínico (trabajadores de las unidades clínicas o de atención directa a pacientes, y al universo de médicos de staff). Las altas tasas de respuestas (más del 65%) y su análisis continuo, facilitan la toma de decisiones para darle forma a la cultura de seguridad. Por otro lado, la Clínica Las Condes resolvió comparar sus indicadores de seguridad con aquellos propuestos por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), lo cual facilita el aprendizaje y la preparación de planes de mejoramiento continuo. La Figura 3 ilustra las oportunidades de comparación. De este modo, y desde la mirada de una entidad internacional, legitimada en la creación y evaluación de indicadores, medidos con metodologías y métricas comunes, la Clínica Las Condes ayuda a los

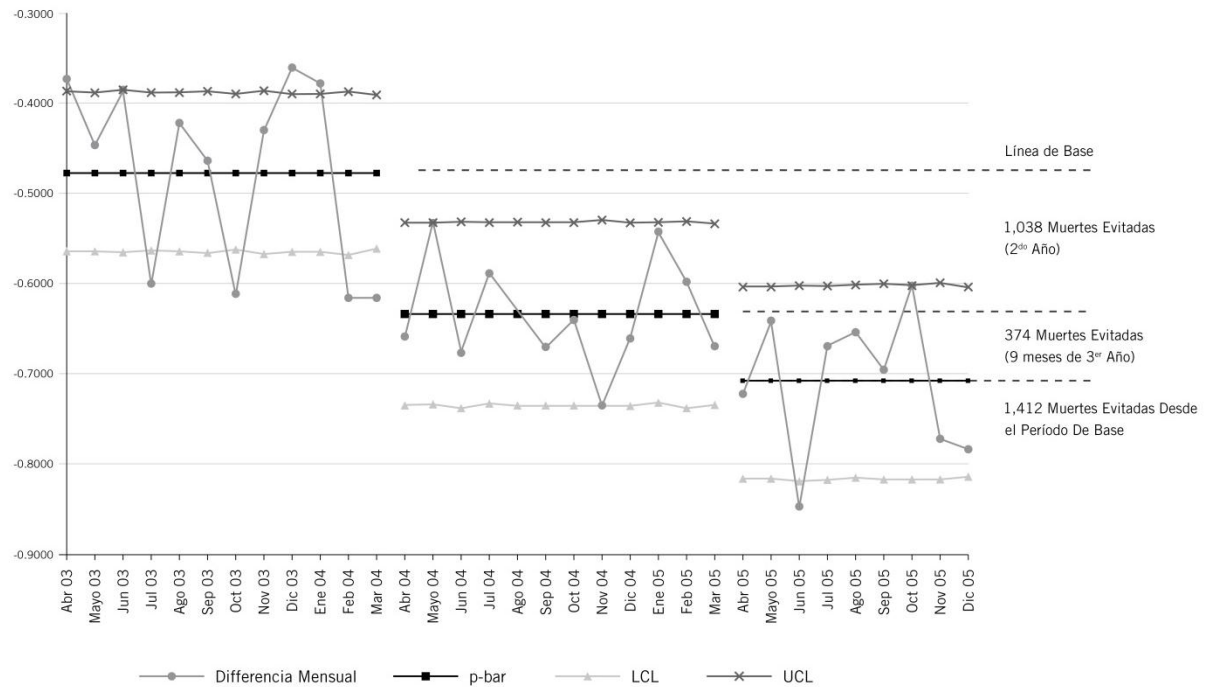
pacientes a tomar mejores decisiones en salud, y está en capacidad de comparar resultados homogéneos, estandarizados y uniformes entre distintos países, y hacerles seguimiento al más alto nivel de liderazgo institucional.

Figura 3. Cuerpo extraño olvidado en cirugía: Tasa por cien mil egresos quirúrgicos (2011)



Desde la perspectiva de Estados Unidos, la junta directiva de [Ascension Health](#) nos ofrece un ejemplo excelente de las prácticas antes descritas. En 2003, la junta de este sistema de 70 hospitales, adoptó un objetivo específico y focalizado que representaría un gran avance: cero muertes y lesiones prevenibles para finales del 2008. Las juntas directivas de cada región incorporaron en las agendas de sus reuniones la revisión de las historias de los pacientes para estudiar muertes prevenibles, y tienen la responsabilidad de aprobar el plan de acción para evitar eventos semejantes en el futuro. Además, las juntas regionales no se limitan a aceptar pasivamente cada plan, sino que suelen ordenar al grupo de gerencia que desarrollen soluciones más robustas para los riesgos de seguridad de mayor seriedad. El sistema de Ascension Health monitoriza mes a mes la tasa de mortalidad ajustada por riesgo, e integró el logro de su objetivo — cero muertes y lesiones prevenibles — en las metas de desempeño de los gerentes. Los resultados aparecen en la Figura 4.

Figura 4. Tasa de Mortalidad observada menos tasa de mortalidad esperada por cada 100 egresos en Ascension Health según CareScience



Segunda palanca

Desarrollar una estrategia ejecutable para lograr los objetivos sistémicos y vigilar su implementación desde los niveles más altos del gobierno de la organización

La implementación tiende a ser el eslabón más débil de la tríada de intención/ideas/ implementación. Tal como se ilustra en el marco para la implementación de la Figura 2, y como se describe en detalle en el documento del IHI [Execution of Strategic Improvement Initiatives](#),³ hay cuatro pasos críticos para los líderes que deseen alcanzar resultados que representen verdaderos avances:

- 1) El equipo directivo y la junta directiva deben definir pocos objetivos de calidad y seguridad que sean transformadores (tal como se describe en la primera palanca).
- 2) El equipo de altos directivos debe desplegar un plan — un portafolio racional de proyectos — con la dimensión y cronograma (velocidad para conseguir los objetivos) requeridos para conquistar las metas.
- 3) A los proyectos clave deben asignarse líderes competentes, tanto para macro-proyectos como para microsistemas del día a día.

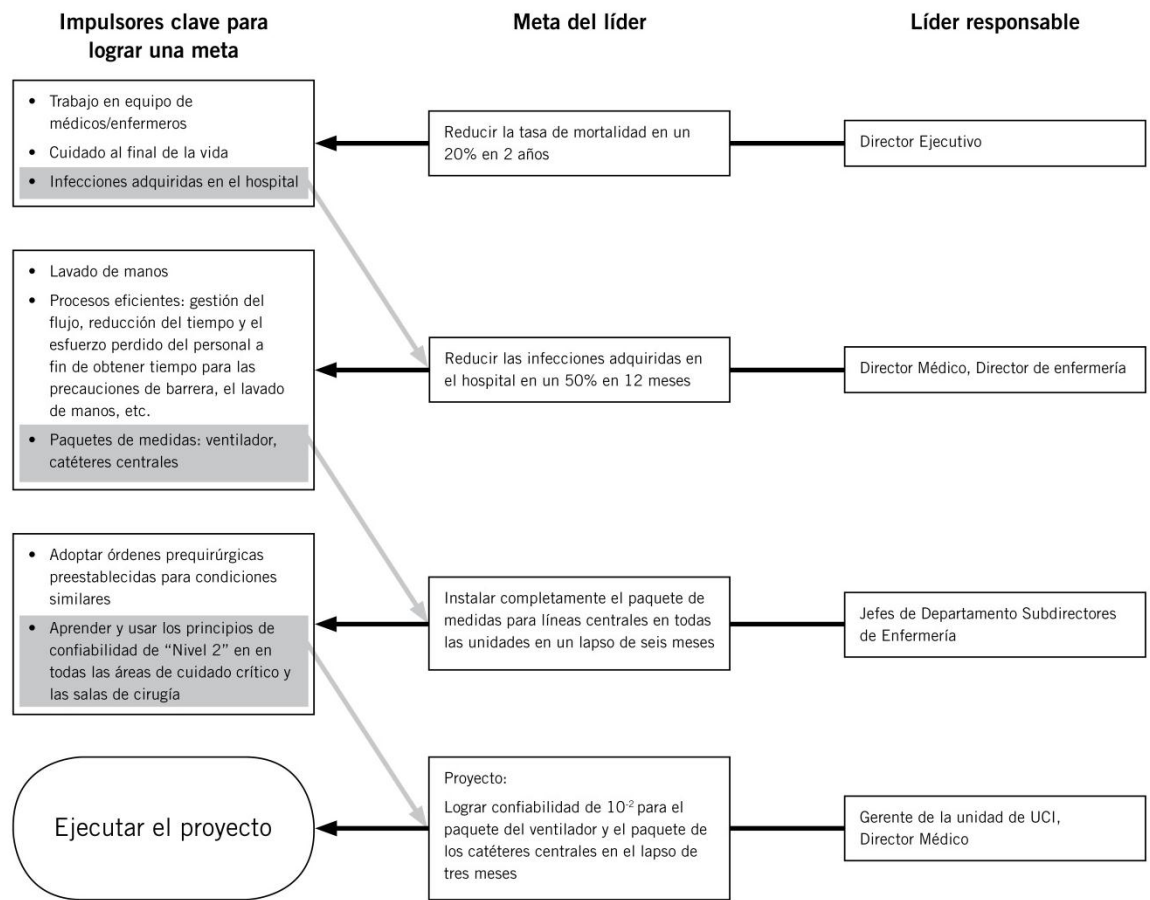
- 4) El equipo de gerencia debe monitorear y responder a los datos de campo en múltiples niveles, a fin de orientar la implementación de la estrategia. Los líderes deben obtener respuestas a preguntas tales como: “¿estamos ejecutando nuestra estrategia?” (datos sobre el avance del portafolio de proyectos) y “si estamos ejecutando nuestra estrategia, ¿está funcionando?” (datos sobre los indicadores sistémicos que la organización trata de mover a un siguiente nivel de mejoramiento).

Con base en la experiencia adquirida en los últimos ocho años sobre cómo los directivos construyen estrategias ejecutables y adquieren resultados, queremos enfatizar las lecciones que vienen a continuación sobre los cuatro pasos críticos para que la implementación sea exitosa.

- Así como la junta no puede delegar la adopción y la supervisión de los objetivos sistémicos de calidad, el equipo directivo tampoco puede encomendar la construcción e implementación del plan para alcanzar los objetivos. Quedó atrás la época en que era posible delegar los objetivos de calidad al “personal de calidad” mientras los ejecutivos se dedicaban a las finanzas, los planes de infraestructura y el crecimiento. Los objetivos transformadores del sistema son estratégicos por naturaleza, y requieren la energía y la atención de toda la organización con la guía del director ejecutivo y todo el equipo directivo.
- Una buena forma de construir un portafolio racional de proyectos es desarrollar una cascada de metas y conductores (Figura 5). Según este método de cascada, el equipo de altos directivos define una o dos metas transformadoras — y para cada una de ellas hasta tres conductores — que pueden ser estructuras, procesos o patrones culturales que deban instaurarse a fin de alcanzar las metas. Para lograr la meta en cada uno de esos impulsores se asigna a un miembro del equipo directivo responsable; este tiene la responsabilidad de asegurar que exista apoyo al siguiente nivel gerencial para responder un interrogante encaminado a identificar un nuevo impulsor: ¿qué habría que modificar o instaurar a fin de lograr esta meta? Así, las conversaciones sobre fines e impulsores forman una cascada por los demás niveles de la organización, hasta que la respuesta a la pregunta de los impulsores cobre carácter de proyecto, es decir, algo que un grupo concreto de personas podría ejecutar, por ejemplo, en 90 días, si trabaja de forma dedicada. El resultado de esta cascada de metas e impulsores no es tan solo un buen plan para un proyecto, sino también una lógica muy visible y bien comunicada para apuntalar el plan, según la cual, todas las personas de todos los niveles comprenden cuál es su papel y cómo encaja dentro del todo.
- La experiencia de campo del IHI refuerza el dicho “la cultura se devora a la estrategia”. Al considerar los impulsores de los principales objetivos de calidad y seguridad sistémicos, todo líder debe pensar casi en primera instancia en los impulsores culturales. Los patrones de comportamiento movidos por los valores, los hábitos y las creencias — que constituyen la cultura de la organización — predominarán por encima de cualquier otro impulsor y podrán poner en peligro los procesos y las estructuras a menos que sean manejados explícitamente. A continuación presentamos algunos ejemplos de dichos patrones de comportamiento relacionados con las prácticas de seguridad:
 - “Cumplimos con las reglas de seguridad... a menos que estemos muy ocupados.”
 - “Estas reglas son buenas para prevenir las infecciones, pero realmente no son aplicables a mi práctica.”

- El marco para la implementación describe otros métodos para llevar a cabo un portafolio de proyectos, y todos comparten las dos características descritas a continuación:
 - 1) Un buen método para la implementación debe garantizar que los objetivos sistémicos influyan de manera poderosa sobre la selección de los proyectos en toda la organización. A los gerentes no se les debe preguntar de qué manera contribuye lo que hacen en su departamento a apoyar el objetivo sistémico; la cuestión esencial es qué debemos hacer a fin de lograr el objetivo. El primer interrogante conlleva a lo que mencionaba un gerente frustrado: “Nos dedicamos a hacer toda esta planificación estratégica y establecer metas asombrosas, pero luego el plan definido para alcanzar las metas se parece mucho más a la racionalización por parte de los distintos departamentos de sus propios proyectos predilectos”. La segunda pregunta conduce a la creación de un portafolio de proyectos con la dimensión y el cronograma (velocidad) adecuados para alcanzar la meta propuesta.
 - 2) Un buen método obliga a que haya un enfoque claro. El ejemplo de la Figura 5 ilustra la cadena lógica para un solo impulsor a cada nivel de la organización. Si los líderes no se centran en uno o dos objetivos apoyados por un máximo de tres impulsores, entonces la carga acumulada de proyectos se vuelve inmanejable para el personal de primera línea (especialmente cuando se añade a su trabajo diario habitual!).
- Los proyectos grandes y complejos deben estar a cargo de líderes capaces, a quienes se les conceda el tiempo para realizarlos. De lo contrario, los proyectos no serán gestionados con éxito. En áreas distintas al sector salud, en las compañías con capacidad de ejecución, las personas asignadas para liderar los proyectos de importancia estratégica, se eligen con cuidado y se les protege el tiempo para completar proyectos de envergadura estratégica (por ejemplo, entre 50% y 100% de su tiempo durante seis meses). A manera de contraste, las organizaciones de salud suelen pedir a sus líderes que asuman proyectos importantes como algo “adicional” a una carga de trabajo de por sí agobiante.
- Inclusive, si desarrollásemos cuidadosamente un portafolio adecuado de proyectos con objetivos claros, y dotásemos de recursos y apoyo al grupo encargado de liderar los proyectos relevantes, un plan que alcance objetivos sistémicos transformadores requiere la orientación y el seguimiento de los ejecutivos del más alto nivel. Para que un sistema de liderazgo tenga éxito en la ejecución, debe tener dos componentes críticos: 1) obtener periódicamente (con preferencia cada mes) datos y retroalimentación acerca de: a) si el portafolio de proyectos se está ejecutando, y b) si la estrategia está funcionando; y 2) tener altos ejecutivos revisando con regularidad y actuando frente a los resultados de los datos que le permiten contestar estas dos preguntas. Este tipo de sistema de aprendizaje garantiza que los líderes tomen medidas oportunas para resolver los obstáculos que impidan la implementación (p. ej. eliminar barreras, proporcionar recursos a los líderes de los proyectos o reemplazar a esos líderes). Si parece que la aplicación del proyecto marcha bien pero se observa poco avance en los indicadores del sistema, el equipo de altos directivos toma medidas para modificar el portafolio de proyectos estratégicos o ajustar la dimensión y/o acelerar el cronograma de ejecución.

Figura 5. Ejemplo de la cascada de Metas e Impulsores



Tercera palanca

Canalizar la atención de los directivos hacia el mejoramiento sistémico: Liderazgo personal, sistemas de liderazgo y transparencia

Lo que realmente vale en el liderazgo es la atención. Aquello a lo que los líderes prestan atención tiende a recibir el interés de toda la organización. Todos los recursos posibles para canalizar la atención de los líderes, ya sean formales o informales, debe estar conectados hacia la meta a conseguir: programación personal de actividades, formas de visualización de los datos, agendas de las reuniones, grupos de análisis de los proyectos, retroalimentación del desempeño de los ejecutivos y sistemas de remuneración, prácticas de contratación y ascensos, para nombrar unos pocos. Hemos notado tres formas claves de cómo los altos directivos encausan atención hacia el mejoramiento sistémico: liderazgo personal, sistemas de liderazgo y transparencia. Aplicados en su conjunto, estos tres métodos forman un punto poderoso de palancas para lograr resultados sistémicos.

Liderazgo personal

El personal presta atención a los altos directivos de la organización y, en particular, a lo que estos hacen con su tiempo. Si una organización instaure un nuevo objetivo de seguridad (p. ej. eliminar las infecciones adquiridas en el hospital) como parte de su planificación estratégica, y el director ejecutivo y otros altos directivos continúan haciendo exactamente lo mismo que venían haciendo antes de establecer dicho objetivo — asistir a las mismas reuniones, interactuar con los mismos equipos de proyecto, leer y hacer preguntas sobre los mismos informes, pedir datos acerca de los mismos indicadores de desempeño, etc. — el personal interpretará la nueva meta diciendo: “sí, es un buen propósito, pero realmente los directivos no lo toman en serio, entonces ¿por qué deberíamos hacerlo nosotros?”

Los directivos envían señales constantemente sobre lo que consideran importante. Algunas de ellas son negativas (llegar tarde a la reunión, no formular preguntas, hablar por teléfono en vez de estar presentes, retirarse temprano, entre otras). Otras manifestaciones positivas le indican al personal que los ejecutivos sienten interés auténtico por alcanzar la meta de calidad, entre estas:

- Priorizar la asignación de reuniones: los directivos pueden modificar sus agendas personales para dar cabida a la revisión de datos, reunirse con los líderes de los proyectos y para otras actividades que apoyen esa labor.
- Examinar los proyectos: los altos directivos pueden enviar signos muy fuertes al revisar ellos mismos los proyectos con los equipos encargados — preguntar sobre los objetivos del proyecto, vincular el trabajo del equipo con las metas globales de la organización, enfocarse en los resultados, ayudar al equipo a superar barreras.
- Narrar historias: las historias que los directivos cuenten en sus comunicaciones formales e informales pueden crear un ambiente positivo en la organización. Si las historias refuerzan los cambios y las prácticas culturales necesarias para lograr las metas transformadoras (p. ej. un relato sobre el deseo de un gerente de hacer muchas pruebas cortas de cambio y los resultados extraordinarios obtenidos), estas fomentarán con mayor rapidez el deseo de adoptar los patrones de conducta y las prácticas que se necesitan.

Sistemas de liderazgo

El liderazgo individual es una forma eficaz de canalizar la atención, pero hasta el mejor de los liderazgos personales requiere el apoyo de buenos sistemas de liderazgo, esto es, el conjunto interrelacionado de estructuras y procesos con los cuales trabajan los líderes. Para un alto directivo, rediseñar su agenda para incluir reuniones sobre el proyecto, evaluar a los grupos encargados de este, y narrar historias sobre los cambios y los comportamientos deseados, son maravillosos puntos de partida. Sin embargo, si las agendas de las reuniones de los altos directivos, la evaluación de los datos, los mensajes comunicados durante las reuniones trimestrales y los artículos publicados en el boletín semanal no se encaminan a apoyar los objetivos de calidad y seguridad, esos defectos del sistema de liderazgo reducirán el efecto de los esfuerzos individuales.

Una forma sencilla de someter a prueba la eficacia de los sistemas de liderazgo es identificar cuáles son los datos de desempeño que los altos ejecutivos y otros gerentes “tienen en mente” todo el tiempo. En la mayoría de las entidades de salud, un alto porcentaje de los directivos conocen los márgenes operativos del mes anterior. Pero muy pocos conocen la tasa de mortalidad del mes anterior, o el número de infecciones adquiridas en el hospital o de úlceras por decúbito. Esto se debe a que los sistemas de liderazgo tienden a ser unos para las finanzas y otros para la calidad y la

seguridad. Por ende, varían en lo que se refiere a la confiabilidad y oportunidad de las evaluaciones y los informes, la frecuencia y la profundidad de las evaluaciones de los gerentes, y otros hábitos relacionados.

En las organizaciones que logran resultados sistémicos, los datos claves que se vinculan con la calidad y la seguridad tienden a ser prioritarios en la mente de los directivos y no solamente en la del personal de calidad. El director operativo de un hospital comunitario de buen desempeño expresó lo siguiente acerca de los elementos básicos de un buen sistema para encaminar la atención de los altos directivos hacia el mejoramiento sistémico:

“Los indicadores clave se actualizan mensualmente. En todas las reuniones semanales de la gerencia repasamos a fondo cada una de las categorías — seguridad, por ejemplo — y tomamos medidas para asegurarnos de no perder el rumbo. Publicamos las cifras cada mes en todos los tableros de medición y boletines del hospital, de tal manera que cuando recorro el hospital me hacen muchas preguntas sobre ellas. Además, venimos de terminar nuestras reuniones trimestrales de comunicación, cuya prioridad es explicar las cifras a todo el personal. Después de todo, una parte de mi remuneración y de la de todo el personal, depende de nuestro desempeño frente a esas cifras!”

Por cierto, cuando se le preguntó al director operativo sobre los datos esenciales en calidad y seguridad más recientes acerca del desempeño de su organización, contestó de memoria, sin titubear.

Transparencia

Quizás el medio más poderoso para canalizar la atención de los altos directivos es aprovechar el poder de la transparencia. En efecto, esta táctica es tan potente que debatimos si convenía crear un octava palanca llamada “Aprovechar el poder de la transparencia”. La contundencia de este método es muy simple: si el público (los entes reguladores, los medios, la comunidad, los pacientes) tiene los ojos puestos en todos los datos de desempeño en calidad y seguridad (y no únicamente en las cifras que enorgullecen a los directivos) entonces los integrantes de la organización se afanarán por mejorar el desempeño, en especial las cifras de las que no se sienten tan complacidos. O dicho de manera más descarnada, si hemos de mostrar nuestra desnudez, más vale estar muy en forma.⁷

Un excelente ejemplo de transparencia en Estados Unidos es el de [Wisconsin Collaborative for Healthcare Quality](#). Un grupo de sistemas de salud realizó un trabajo de colaboración con los empleadores para diseñar y divulgar un informe de seguridad y calidad que comprendía 40 puntos. Acordaron reportar todos los datos que tuvieran, buenos o malos, y también que no utilizarían la información para efectos de mercadeo. Cuando se publicaron los primeros informes, cada una de las organizaciones era la mejor de su estado por lo menos en uno de los 40 indicadores, y cada una fue también la peor de su estado por lo menos en otro de los 40 indicadores. John Toussaint, director ejecutivo de ThedaCare y participante de la iniciativa de colaboración, describe la reacción interna de su organización ante el hecho de haber publicado datos de los cuales no se ufanan:

“A las pocas horas llegaron los médicos del departamento en cuestión a preguntarme, enojados, cómo era que me había atrevido a revelar esas cifras al público. ‘¡Quedamos mal!’ Después de lograr que se calmaran un poco, les dije, ‘bien, quizás las cifras son malas porque somos malos.’ Necesitamos cerca de una semana para resolver el problema y mejorar drásticamente las cifras. Veníamos lidiando con ese problema desde hacía un

par de años sin lograr nada. Tan pronto como lo hicimos público, lo resolvimos en una semana.”

En el año 2011, el liderazgo de [la Clínica Alemana de Santiago de Chile](#) decidió publicar de manera transparente en su página web algunos indicadores de resultados tales como tiempos puerta balón, mortalidades, tasas de cuidados a pacientes con infarto y tiempos de puerta aguja en accidentes cerebrovasculares. La decisión no fue fácil, y existía el temor natural de la reacción de pacientes ante tal decisión. Pero la realidad ha sido distinta: la transparencia ha sido muy bien recibida por parte de los diversos actores internos y externos; se han ido agregando más indicadores relacionados con la seguridad asistencial; y a partir de esta iniciativa pionera, otros prestadores en Chile comenzaron a demostrar transparencia de una manera similar.

Los directivos de los sistemas de salud suelen tener sus reservas sobre la transparencia porque temen que los pacientes busquen otros hospitales o grupos de médicos al ver cifras poco halagadoras. Los últimos años de experiencia, junto con los pocos datos de los estudios formales sobre la transparencia pública,⁸ nos permiten asegurar a los departamentos de marketing de los hospitales que, en general, divulgar la información no provoca cambios en la participación o los volúmenes del mercado, aunque los informes dejen mal parados a los hospitales.⁹

Otros obstáculos contra la transparencia son el temor a las demandas por negligencia o a que los donantes suspendan sus contribuciones filantrópicas al enterarse de los malos resultados de desempeño. La realidad nos enseña que la gran mayoría de las demandas nada tienen que ver con los errores o los datos reales de desempeño, sino con quiebres en la confianza. Y nuestra experiencia con los donantes en Estados Unidos, indica que estos reconocen que ningún hospital es perfecto, y se sienten valorados y respetados cuando se les habla con honestidad sobre el desempeño de la organización.

Cuarta palanca

Incluir a los pacientes y las familias en el equipo de mejoramiento

La razón más frecuentemente citada por la cual las organizaciones no logran alcanzar objetivos transformadores, es la falla de los grupos directivos para funcionar como un equipo efectivo, con un adecuado balance de habilidades, relaciones interpersonales saludables y con un profundo compromiso personal para conseguir los objetivos. Todo director ejecutivo que desee lograr las metas de calidad y seguridad, debe preguntarse de manera constante si cuenta con el grupo correcto de altos directivos para alcanzar su cometido. Acertar con la respuesta y actuar de conformidad es una labor fundamental del director ejecutivo y, por tanto, es una palanca para mejorar el desempeño sistémico.

Reconocemos que acertar en la conformación del grupo de altos directivos es de vital importancia, y este reto es bastante amplio y universal — es decir, todo director ejecutivo enfrenta este interrogante ante todo tipo de objetivo estratégico. En este sentido, replanteamos la cuarta palanca para que fuera menos genérica y más focalizada. En lugar de “subir al vehículo al grupo correcto,” nos centramos en ciertos integrantes del equipo, quienes por lo común no son considerados candidatos para “subir al vehículo”: los pacientes y sus familias. Permutamos entonces el título a “incluir a los pacientes y las familias en el equipo de mejora.”

Nuestro raciocinio para este cambio es muy claro. Sencillamente, hemos observado que en un creciente número de lugares donde han podido adquirir niveles asombrosos de mejoramiento, las organizaciones han pedido a los pacientes y sus familias que participen de modo directo en los procesos. Y los directivos de dichas organizaciones suelen afirmar que la sabiduría y experiencia de los pacientes y sus familias contribuyen a rediseñar los sistemas de atención, y produce verdadero poder e influencia, generando hechos transformacionales vigorosos. Claramente, esta es una palanca en la cual una mutación menor puede traducirse en una diferencia enorme.

¿Qué sucede cuando la cuarta palanca entra en acción? Presentamos cuatro ejemplos.

Conversaciones diarias de los pacientes con los altos ejecutivos

Todo el grupo de altos directivos de [McLeod Regional Medical Center](#) de Florence, Carolina del Sur (Estados Unidos), inicia su día reuniéndose en la puerta de la oficina del director ejecutivo para luego ir a una de las unidades de atención clínica. Cada uno de los integrantes del grupo ejecutivo visita tres o cuatro habitaciones, habla con los pacientes y el personal de enfermería, pregunta a los pacientes acerca de sus experiencias, y les entrega el periódico del día. El proceso completo tarda unos 30 minutos para cada ejecutivo, incluida la reunión de retroalimentación con todo el grupo directivo. Tanto los pacientes como el personal ven al equipo directivo comprometidos con mejorar el sistema, y los ejecutivos escuchan de boca de los pacientes sus ideas y las cosas que les preocupan. Esta acción no tiene precedentes. Una poderosa consecuencia es el efecto que esas conversaciones ejercen sobre los propios ejecutivos, quienes salen sintiéndose revitalizados e inspirados para optimizar el sistema con mucha mayor urgencia y compromiso del que ellos tendrían si no hubiesen escuchado las palabras de los pacientes cada mañana. Los resultados en este hospital de 550 camas son espectaculares: una reducción del 40% en la tasa de mortalidad, algunos de los mejores puntajes de los Estados Unidos en los Core Measures Sets (CMS) (un sistema de medidas requeridas en este país), y un descenso drástico de los eventos adversos por medicamentos, incluido un periodo de siete meses sin un solo incidente de daño asociado con los fármacos.¹⁰

Rondas con enfoque en la familia

En el [Cincinnati Children's Hospital](#) del estado de Ohio (Estados Unidos), es rutina dar a los padres la opción de participar activamente en las rondas diarias de revista, en las cuales las enfermeras, los médicos y los profesores entregan informes, examinan a los pacientes, hablan de los diagnósticos diferenciales y trazan los planes de tratamiento. Al participar en el proceso, los padres reciben información directa y sin filtro acerca de todo lo que les pasa a sus hijos. Además, el proceso invita a estos a dar información e intervenir en las decisiones. Por ejemplo, los padres están involucrados en asegurar que las órdenes de medicamentos sean correctas y ayudan a crear las metas para el egreso del paciente. Las familias sienten que en verdad forman parte del equipo de atención. Según Steve Muething, pediatra y vicepresidente adjunto de seguridad del paciente:

“Las rondas centradas en la familia comenzaron como una iniciativa para el flujo de procesos y hubo mucha resistencia en un principio. Cinco años después, es uno de los valores centrales de nuestra organización. Los médicos y enfermeros consideran que la atención es mejor y más segura y que la enseñanza mejora cuando los padres participan activamente en las rondas. Ahora, los equipos se sienten incómodos cuando los padres no participan en las rondas.”

Integración estructural de pacientes y familias

Motivado en parte por el incidente ampliamente difundido de un paciente que murió por una sobredosis de quimioterapia, el [Dana Farber Cancer Institute](#) de Boston, Massachusetts (Estados Unidos) comenzó a pedirles a los pacientes y los familiares que participasen en el diseño de procesos de atención más seguros. Esta institución tiene más de diez años de experiencia invitando a pacientes y sus seres cercanos a ser miembros prácticamente de todos los comités, grupos de trabajo y equipos de mejora de la organización. En la actualidad, colaboran de forma activa como voluntarios más de 400 pacientes y familiares en distintas funciones, incluyendo la toma de decisiones acerca del diseño de la atención, medidas para mejorar la seguridad, planificación de las instalaciones físicas, gestión de las operaciones y temas estratégicos, es decir, casi en todos los aspectos importantes de la organización. Aunque muchos de los integrantes del personal se mostraron en principio escépticos frente a este cambio, ahora se preguntan cómo antes podían funcionar sin tener a los pacientes y sus familiares profundamente involucrados. Entre muchos de los aspectos sobresalientes de la mejora se destacan dos “resultados”: no se han producido más eventos fatales relacionados con medicamentos en los once años desde que implantaron este cambio estructural y cultural; y el apoyo filantrópico (de muchos de los mismos voluntarios que ayudan a dirigir la organización) alcanzó el nivel impresionante de 160 millones de dólares en 2006, sin necesidad de una gran campaña para recaudar fondos.¹¹

[El Hospital Pablo Tobón Uribe de Colombia](#), en el diseño de nuevos servicios y áreas, incorpora la perspectiva de quienes han sido, son o serían potenciales pacientes, a través de estudios formales que tienen como propósito ahondar en la experiencia y expectativas del servicio. Este punto de vista es luego analizado y tomado en cuenta, para el diseño de las áreas y los procesos, de tal modo que en ellos se reflejen sus puntos de vista. Asimismo, esto se deberá ver reflejado en la definición de los indicadores de percepción de servicio que usa el hospital. Los resultados de estos estudios son compartidos con el equipo asistencial, lo cual a su vez enriquece su labor, que se traduce en estándares de servicio humanizado. Con esta metodología, el hospital ha alcanzado y mantenido niveles de satisfacción superiores al 98% usando escalas de Likert nominales para garantizar la fiabilidad de la medición. Todo esto se convierte en un círculo virtuoso de cara a los pacientes, ya que la información obtenida se usa como parte del entrenamiento de los equipos de atención.

Historias de pacientes en las reuniones de la junta directiva

En todas las reuniones del comité de calidad de la junta directiva de [Delnor-Community Health System](#) de Geneva, Illinois (Estados Unidos), se cuenta la historia de un paciente real que sufrió un evento adverso o daño, ayudando a la organización a “ponerle rostro al problema,” en lugar de ver solo el resumen del reporte de los indicadores. Por lo general, se invita a un paciente (o familiar) para que hable de lo que fue su experiencia de padecer una infección del sitio quirúrgico o algún otro defecto de calidad. Los miembros de la junta proceden después a hacer preguntas que brinden claridad sobre la experiencia del paciente. Aunque las conversaciones solo toman de 20 o 30 minutos de la reunión, la preparación que requieren es significativa: se debe invitar al paciente o un familiar (no todos quieren participar); se debe preparar al paciente y a la familia para la reunión; se debe educar a los miembros de la junta directiva para que no traten de resolver problemas improvisadamente durante la reunión, etc. El efecto sobre los miembros de la junta ha sido formidable. Ahora preguntan a los médicos y administradores con mayor interés y urgencia, y esperan resultados. Podría ser coincidencia, pero desde la institución de esta práctica, en Delnor ha habido periodos de más de un año donde no se han presentado casos de neumonía asociada al

ventilador o una infección de catéter central, y la tasa de mortalidad descendió cerca de un 40% en dos años.¹² Hay otros mecanismos para que las juntas directivas y los altos ejecutivos escuchen las historias de los pacientes,¹³ pero pocos tan poderosos como tener a estos sentados en la sala.

Los principios en los que se apoya la cuarta palanca se articulan bien en el enfoque de la “Atención centrada en el paciente y la familia” de la Asociación Americana de Hospitales:¹⁴

- Todas las personas (pacientes, familiares y personal) serán objeto de un trato digno y respetuoso.
- El personal clínico y de apoyo dará a los pacientes y sus familias información completa e imparcial, de manera propositiva y útil.
- Los pacientes y las familias participarán en experiencias que fomentan el control y la independencia de criterio.
- La colaboración entre pacientes, familiares y prestadores de salud estará presente en el desarrollo de políticas y programas, en la educación profesional y en la prestación de los servicios de salud.

La lección más relevante de los últimos tres años de experiencia es que estos principios se deben traducir en cambios estructurales y de proceso, si deseamos que tengan algún efecto sobre la cultura de la organización. El más poderoso de estos cambios de estructura y de proceso (el que ejerce mayor efecto de palanca) es el de “sentar al paciente en la sala.”¹⁵ Son al menos cuatro situaciones las que ocurren cuando los pacientes y sus familias trabajan de la mano de los profesionales de la salud para mejorar la calidad y la seguridad:

- **Cesan las conversaciones de interés egoísta:** Muchas quejas (p. ej. “no podemos hacerlo porque eso implicaría cooperar con ese otro grupo de cardiología con el cual competimos”) suenan inapropiadas cuando los pacientes y los familiares están presentes en la sala.
- **Entra en juego todo el sistema de atención:** Los pacientes reciben atención de muchos departamentos, grupos médicos y organizaciones. Desean soluciones que sean apropiadas para ellos, no solo para una parte del sistema.
- **Afloran mejores ideas y más innovadoras:** Los pacientes y los familiares son un manantial de ideas para perfeccionar y rediseñar, si escuchamos sus voces.
- **Los médicos y los enfermeros se sienten apoyados e inspirados:** Cuando los pacientes pertenecen a los comités y grupos de trabajo, se convierten en fuente de energía y refuerzo positivo para los profesionales de la salud.

Por todas estas razones, creemos que la cuarta palanca — incluir a los pacientes y las familias en el equipo de mejoramiento — no es solo una fuerza cardinal para estimular el logro de unos resultados cuantificables, sino que es la palanca con el mayor potencial para impulsar la transformación de todo el sistema de salud en el largo plazo.

Quinta palanca

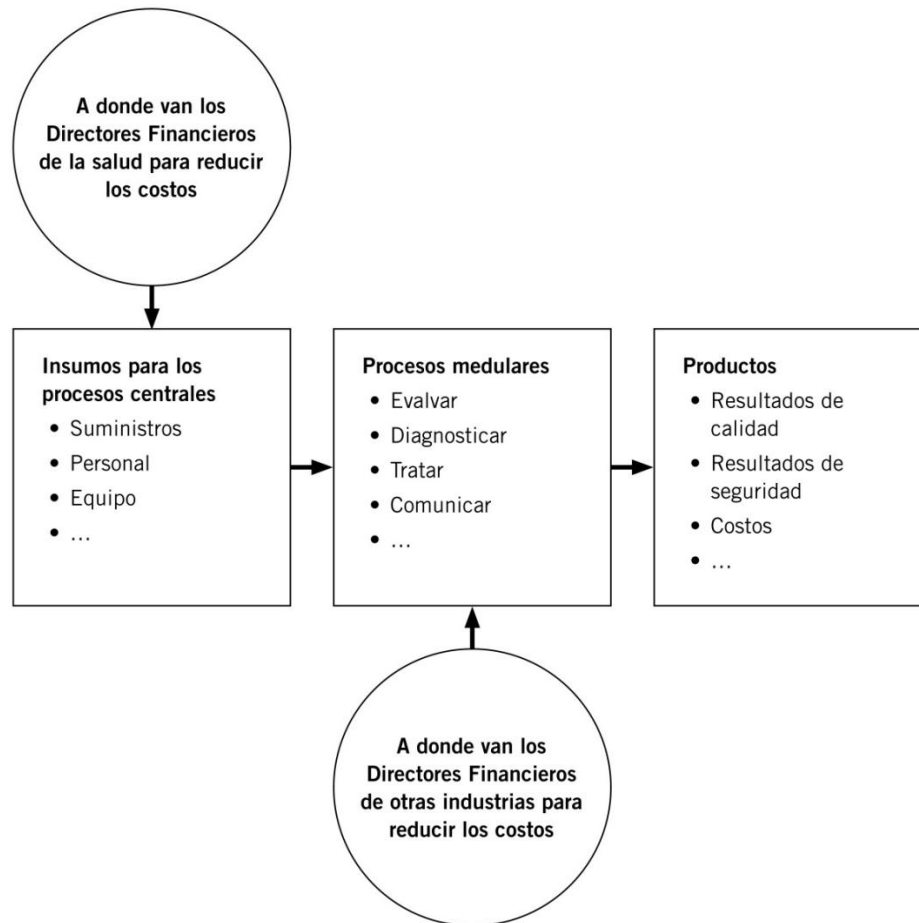
Hacer que el director financiero (o de administración) se convierta en adalid de la calidad

Hay un integrante del grupo de altos directivos que sobresale como punto crítico de las palancas para la transformación del sistema: el director financiero. La conexión entre el mejoramiento de la calidad y los resultados de la entidad es todavía débil en la mayoría de las instituciones de salud, pero eso está cambiando. En el contexto de Estados Unidos, la combinación de programas de remuneración por desempeño, transformaciones importantes en el sistema de pago de Medicare, y la eliminación de pago por ocho eventos adversos,* han puesto a la calidad y la remuneración en el radar de muchos directores financieros del sector de la salud. Además, varias organizaciones han comenzado a tratar de comprender el impacto financiero de los eventos adversos como las caídas, los errores de medicación y la demora en la atención. Otras examinan el costo comparativo de la atención cuando se utilizan protocolos con base en la evidencia.¹⁶ Los directores financieros (generalmente de centros de salud privados en Latinoamérica) identifican oportunidades importantes para mejorar los márgenes, reduciendo o eliminando errores e ineficiencias clínicas.

Tradicionalmente, el director financiero del sector de la salud, es maestro en mantener los ingresos y maximizar los contratos y los sistemas de pago. Los esfuerzos por reducir costos, con frecuencia se realizan como respuestas a cambios externos del mercado o de los sistemas, y suelen ser eventos que suceden una sola vez con el propósito de reducir el costo de mano de obra, de los suministros y de los contratos con los proveedores (es decir, los insumos del proceso de atención). Pero cuando se les compara con los directores financieros de otras industrias, los del sector de la salud por lo general no se han enfocado en mejorar los procesos mismos — reducir el desperdicio de tiempo y esfuerzo, eliminar los defectos que exigen más trabajo, etc. En gran medida, los procesos centrales de la atención en salud — diagnóstico, tratamiento, comunicación con los pacientes, entre otros — han sido una especie de “caja negra” y ajenos al resorte de los directores financieros del sector.

* Lista de CMS en el 2008: úlceras por presión etapas III y IV; caídas y traumatismos; infección del sitio quirúrgico después de la cirugía bariátrica para la obesidad; ciertos procedimientos ortopédicos y cirugía de *bypass* (mediastinitis); infección asociada al catéter vascular; infección asociada al catéter del tracto urinario; administración de sangre incompatible; embolia gaseosa, y objeto extraño accidentalmente dejado después de la cirugía.

Figura 6. Esfuerzos de reducción de costos del Director Financiero: Sector de la salud comparado con otras industrias



La quinta palanca refleja la idea de que las organizaciones de salud tendrían mayores probabilidades de lograr cambios asombrosos en los indicadores tanto de desempeño financiero como de calidad, si sus directores financieros se convirtiesen en fuertes impulsores de la supresión de las ineficiencias basadas en la mejora de calidad para eliminar el desperdicio, y si su compromiso se evidenciara en el presupuesto, las inversiones de calidad y los sistemas de innovación y aprendizaje de la entidad.¹⁷

Podemos ver ejemplos de la quinta palanca en acción en el contexto de Estados Unidos, en instituciones como Virginia Mason Medical Center de Washington, Park Nicollet Health Services de Minnesota, ThedaCare de Wisconsin y McLeod Regional Medical Center de Carolina del Sur, las cuales han adoptado principios de administración eficientes (Sistemas Lean, en particular el Sistema de Producción de Toyota).¹⁸ En estos sistemas de salud, los esfuerzos por reducir los costos y mejorar al mismo tiempo la calidad, se centran sobre todo en los procesos de atención. Toda reducción de costos de los insumos (suministros, personal, etc.) se obtiene como resultado de la eliminación de las ineficiencias del proceso, y no como consecuencia de imponer restricciones adicionales a un proceso sin mejorar. Los siguientes son casos de lo que esas organizaciones están logrando al involucrar a sus directores financieros en la optimización de los procesos centrales de la prestación del servicio de salud:

- Mejorar los periodos dedicados a la prestación del servicio de salud: en McLeod se recuperaron 112 minutos perdidos del tiempo de enfermería en documentación por paciente cardiaco, liberando a las enfermeras para prestar un servicio más seguro y de mejor calidad.¹⁹
- Aumentar la productividad y evitar costos de capital: al usar técnicas eficientes (Lean) para manejar el flujo, Park Nicollet procesa ahora de manera rutinaria 64 pacientes por día en las mismas instalaciones de endoscopia donde antes procesaba 30 a 32, y lo hace con menos esfuerzo y tensión de parte de los médicos y las enfermeras. Los pacientes y el personal están encantados y se han ahorrado tres millones de dólares en gastos de capital.²⁰
- Establecer planes financieros más seguros en el largo plazo: ThedaCare logró reducir muchas ineficiencias durante los primeros dos años de la aplicación de la metodología Lean, gracias a que el director financiero creó un plan económico de largo plazo sin necesidad de incorporar aumentos de los precios.²¹

En Clínica Alemana de Santiago de Chile, el director financiero es parte integral de la infraestructura de calidad. Participa de modo activo en la gestión, ejecución y control de los proyectos de calidad. La clínica recientemente creó un comité ejecutivo de calidad (2013) para potenciar el trabajo y darle más impulso al tema en la institución, que antes contaba con un directorio ejecutivo numeroso y que sesionaba una vez al mes. Este comité, integrado por el director financiero, el gerente de recursos humanos, el jefe de la unidad de calidad, el jefe de la unidad de procesos, la jefa de enfermería y el médico subdirector del área de proyectos, se reúne una vez a la semana, y entre sus funciones está proponer el plan de calidad, supervisar su ejecución, controlar el resultado e informar al CEO y al médico director cada mes sobre el avance.

A partir de estos ejemplos y otros similares se perfilan algunos patrones:

- **Las organizaciones cuyos directores financieros** (en el contexto Latinoamericano hay ocasiones en las cuales son designados directores de administración) **participan directamente en los esfuerzos de mejoramiento, han adoptado la calidad como su estrategia, y no como una de muchas estrategias.** Como marcador del compromiso, sabemos que estas organizaciones invierten más en calidad, en lugar de menos, cuando están bajo el efecto de presiones económicas.
- **Estos directores financieros asumen un papel personal en el mejoramiento de los procesos y la eliminación de las ineficiencias.** No basta con animar desde la barrera; los directores financieros deben enseñar y practicar los métodos de calidad y buscar vivamente las oportunidades para mejorar los procesos. Un buen ejemplo en Park Nicollet es la enorme reducción de las ineficiencias administrativas como resultado de la eliminación del proceso de elaboración del presupuesto, tres meses de tiempo y energía gerencial perdidos al año en cuestiones que el director financiero descubrió eran solo ineficiencia.²²
- **Estos directores financieros promueven la inversión sustancial en el desarrollo de capacidades de mejoramiento.** Cuando la calidad es la estrategia, las organizaciones reconocen la significativa inversión que debe hacerse para crear líderes capaces que puedan dirigir la optimización en todos los niveles, y se comprometan con construir esa capacidad (véase la séptima palanca).

Los directores financieros comienzan a apartarse del costo por unidad para hablar de ingresos por unidad. Puesto que muchos sistemas de pagos de los hospitales implican una forma fija de pago (tarifas por casos, tarifas por paquetes ambulatorios completos, tarifas para el centro de cirugía ambulatoria, tarifa diaria, etc.), un gran número de directores financieros

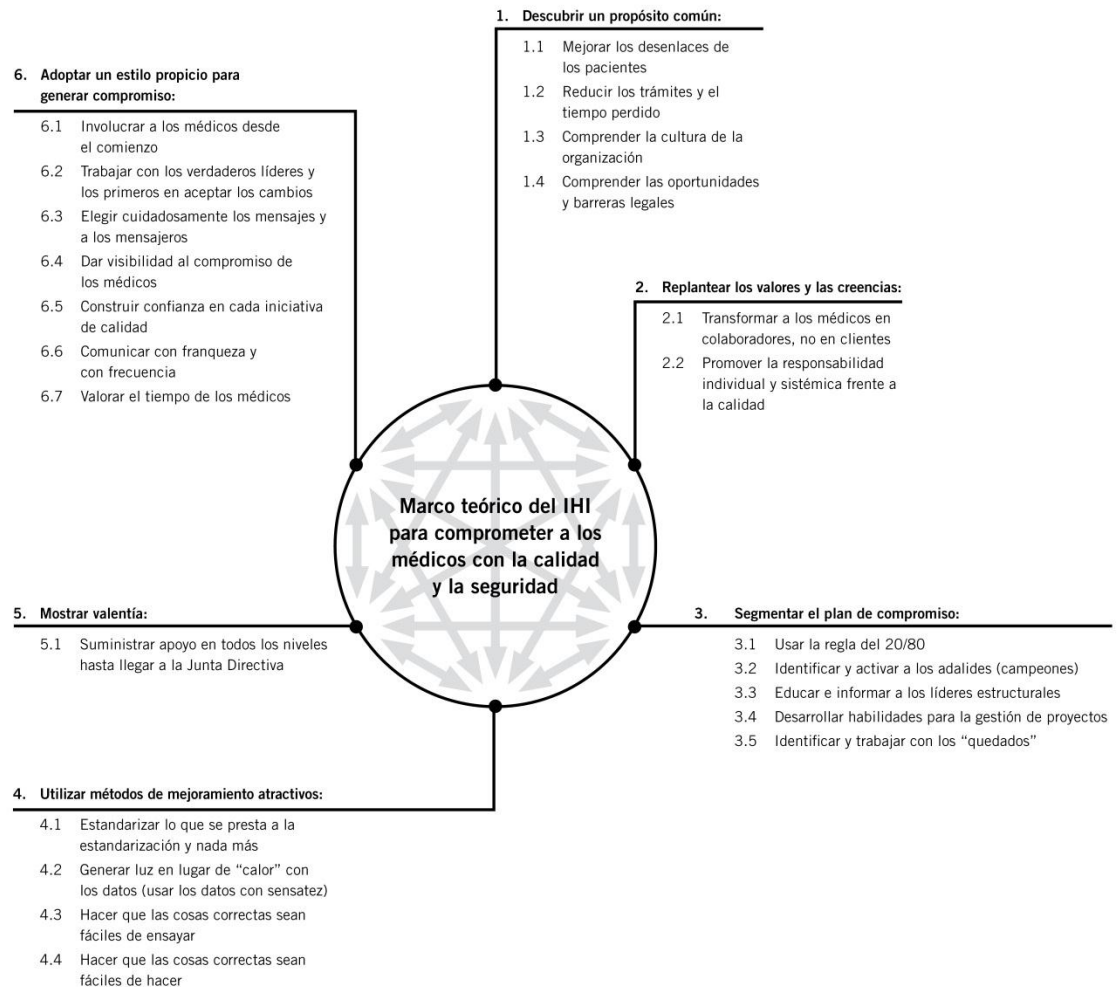
entendió que suprimir defectos relacionados con la calidad de la atención (tales como infecciones, errores de medicación, caídas y demoras en la atención) es una buena estrategia para reducir el costo unitario promedio de producción y aumentar el margen sobre la prestación de los servicios de salud. Algunos directivos financieros han ido más allá, preguntando cuál sería el costo de tratar una neumonía, reemplazar una cadera, o atender un parto, por ejemplo, para después establecer una norma de costo unitario para las distintas razones de ingreso hospitalario que representen mayor volumen de hospitalización. En lugar de pedir a los gerentes que recorten dinero del presupuesto, estas organizaciones les piden que disminuyan el costo por unidad de producción excluyendo las ineficiencias clínicas y administrativas.

Sexta palanca Comprometer a los médicos

Es claro que todos los integrantes del equipo de salud deben comprometerse para que los líderes logren sus propósitos en materia de mejora de calidad y seguridad asistencial. ¿Entonces, por qué hablar específicamente de los médicos? Esta palanca surgió del hecho de que si bien los galenos no pueden generar mejoras en el ámbito sistémico actuando solos, están en una posición que les da el poder para favorecer el avance de iniciativas y, por ende, su compromiso es fundamental. Dicho de otra manera, los adalides tendrían grandísimas dificultades de alcanzar el mejoramiento sistémico sin el entusiasmo, conocimiento, influencia cultural y liderazgo personal de los médicos.

“Sí, pero ¿cómo comprometemos a los médicos?”. Desde que se publicó la primera edición del presente documento, esta ha sido la pregunta más frecuente de los ejecutivos de los hospitales y el sistema de salud. La respuesta del IHI se estructura alrededor del marco teórico que aparece en la Figura 7 y que se describe en detalle en el documento blanco titulado [Engaging Physicians in a Shared Quality Agenda](#).² Ese texto se basa en los principios articulados en las siete palancas para el liderazgo y se alimenta del aprendizaje continuo proveniente de instituciones que han conquistado niveles de desempeño transformadores con un alto grado de compromiso por parte de los médicos en Estados Unidos (p. ej. McLeod Regional Medical Center e Immanuel St. Joseph's y Sistema de Salud de Mayo de Minnesota).

Figura 7. Marco teórico del IHI para comprometer a los médicos con la calidad y la seguridad



Cada uno de los seis elementos de este marco teórico es importante en sí mismo, pero es más probable que se logre el compromiso de los médicos cuando los líderes trabajan con todos ellos. A continuación brindamos ejemplos concretos de la forma como los directivos de los hospitales y los líderes del sistema de salud están utilizando este marco teórico para comprometer a los galenos.

Descubrir un propósito común

La idea fundamental en este caso es averiguar cuál es la agenda de calidad de los médicos y alinear los esfuerzos de calidad institucionales. La agenda de calidad de los médicos no es una contradicción de términos. A los médicos les interesa profundamente el desenlace de sus pacientes y también tienen gran preocupación por el tiempo perdido (en especial cuando es el suyo). Pero es cierto también que les interesa mucho menos mejorar los puntajes de calidad reportados por el hospital, tales como reducir la permanencia hospitalaria o eliminar las ineficiencias en la cadena de abastecimiento porque para ellos todo eso es asunto del hospital y no mío.”

Los altos directivos pueden cerrar esta brecha según como planteen los objetivos y midan los resultados. A los médicos les interesan la mortalidad y el daño — resultados de la calidad y la seguridad — mucho más de lo que les pueden interesar los indicadores de los procesos, y una

forma de comprometerlos es asegurando que el objetivo de la organización se centre en resultados que tengan peso para los médicos. Por ejemplo, en lugar de que el objetivo sea estar en el percentil 10 del [CMS Core Measures](#) (lo cual aplica en Estados Unidos), un hospital podría establecer el objetivo de “reducir el riesgo de muertes innecesarias en el hospital.” Una estrategia para lograr este propósito podría ser la de mejorar la confiabilidad de los CMS Core Measures para infarto agudo del miocardio o neumonía.

En busca de dicho propósito común, así como de reconocer alcances significativos en calidad e innovación por parte de médicos y sus equipos, el [Centro Médico ABC](#) (México) lanzó el Foro de Mejores Prácticas en el 2012. Amparado en el liderazgo de la institución, se conformó un comité multi e interdisciplinario y se recibieron un total de 35 trabajos, de los cuales se seleccionaron las diez mejores prácticas; con base en los siguientes lineamientos: enfoque innovador; eficiencia y eficacia; impacto positivo y tangible de mejora; posibilidad de réplica; participación de todos los integrantes del área y resultados sostenidos por un periodo mínimo de seis meses. En la intención constante de fomentar las mejores prácticas y con la visión de hacerlo de manera anual hacia el futuro, en el 2013 se llevará a cabo un segundo foro contando con una participación de 47 prácticas.

Replantear los valores y las creencias

Tanto los administradores como los médicos deben reexaminar y replantear algunos de sus valores y creencias medulares a fin de que el compromiso con la calidad y la seguridad se hagan realidad. Los directivos deben comenzar a pensar que los médicos son sus colaboradores y no sus clientes. Los médicos deben empezar a ver su responsabilidad frente a los resultados de calidad del sistema y no solamente frente a su desempeño personal. Estos cambios culturales profundos no ocurren de la noche a la mañana y tampoco con tan solo desearlos. Un ejemplo de un proceso que podría rediseñarse para ayudar a promover cambios de valores y creencias es la tradicional “conferencia sobre mortalidad y morbilidad.” En dichas conferencias los médicos son con frecuencia quienes preguntan: “¿alguien cometió un error de criterio o de técnica en este caso?” El nuevo proceso se enfocaría en que los médicos y directivos en conjunto formulen una pregunta muy diferente: “¿cuáles fueron los factores del sistema — cultura, estructura, procesos — que contribuyeron a esta muerte, y qué podemos hacer juntos para cambiar esos factores?” A medida que se repite este interrogante y se reacciona a él con actuaciones reales, los médicos iniciarán un proceso de sentirse socios importantes de las operaciones del hospital y también empezarán a trabajar sobre el sistema de atención y no solamente en él.

En el [Hospital Universitario Austral de Argentina](#) los diferentes departamentos y servicios asistenciales presentan errores (incluyendo eventos adversos y near misses) frente a los médicos de distintas disciplinas, residentes y jefes de enfermería en el marco de un ateneo mensual y multidisciplinario de morbimortalidad. Esta actividad, que impulsa la dirección del hospital, favorece la creación permanente de una cultura de seguridad del paciente, el aprendizaje a partir del error y el compromiso de los médicos y otros profesionales con la seguridad de los pacientes. Se facilita también la difusión de las lecciones aprendidas, ya que los miembros del departamento de calidad y seguridad del paciente siguen los casos más significativos a fin de generar mejoras concretas en los procesos que han fallado, y sus resultados son comunicados de nuevo en reuniones futuras.

[La Fundación Cardioinfantil de Bogotá](#) (Colombia) identificó desde el 2010 la necesidad de lograr el compromiso de los médicos como elemento fundamental en el éxito de los proyectos de calidad. En el año 2011 diseñó un curso de habilidades gerenciales para los líderes médicos, a través del

cual se pretendió dar herramientas de gestión y de trabajo en equipo, y el cual ha tenido una gran acogida dentro del cuerpo médico, y se ha convertido en un símbolo de reconocimiento institucional para quienes asisten. Con base en esta estrategia de formación académica, en mayo de 2013 se llevó a cabo un relanzamiento de los equipos de mejoramiento institucional, definiendo desde la dirección, que cada equipo tenga un líder médico como responsable de los resultados de optimización del área que se le asignó, trabajando de cerca con un equipo multidisciplinario. Esta estrategia ha logrado una mayor representatividad de los médicos en los diferentes espacios de optimización, aportando la visión de desempeño médico en el rediseño de los procesos y en la implantación de acciones de mejora.

Segmentar el plan de compromiso

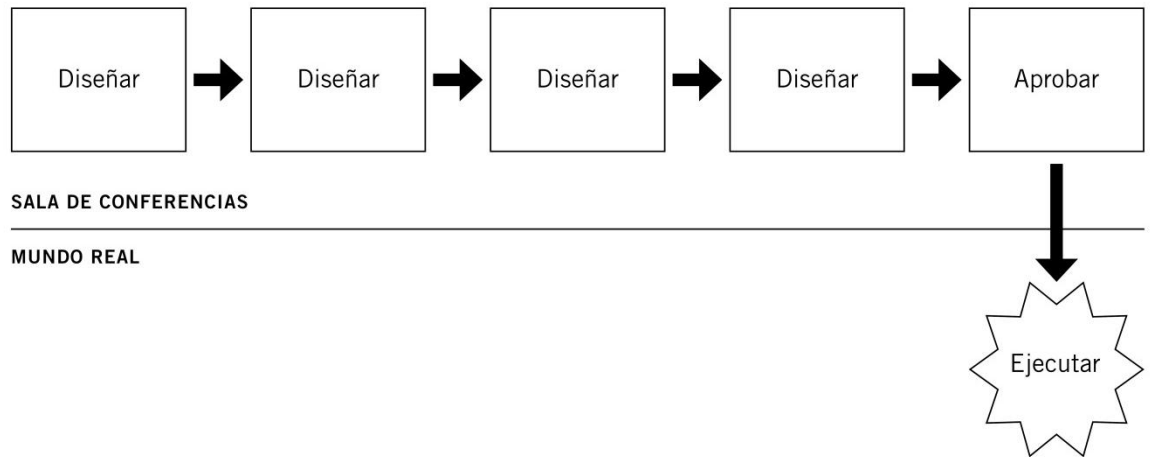
Uno de los elementos del marco teórico del IHI más simples de llevar a la práctica para comprometer a los médicos, se cimienta en el principio de la segmentación. No todos los galenos deben comprometerse con una determinada iniciativa de calidad, y quienes deban hacerlo no tienen que comprometerse de la misma manera. La idea es desarrollar un plan segmentado para interesar a los médicos, un plan para unos pocos adalides, otro para los médicos que están integrando el equipo de mejoramiento, otro para los líderes estructurales del cuerpo médico que quizás tuvieran que adoptar una nueva política hospitalaria con fundamento en el trabajo del equipo, y así sucesivamente. Es importante, al diseñar cada uno de estos planes segmentados, incluir un plan para comprometer a los doctores que pudieran obstaculizar las recomendaciones producidas por el equipo del proyecto o las políticas recomendadas por los líderes estructurales.

Usar métodos de mejoramiento atractivos, inspiradores

Es posible que los médicos vean con escepticismo el tema del mejoramiento de la calidad, pues en el pasado los métodos — la forma de involucrarlos a ellos en el trabajo de mejora, los informes, etc. — más que atraerlos, puede que se hayan diseñado (sin intención) para ahuyentarlos. Por ejemplo, pedirle a un médico muy atareado que se vincule a un grupo de mejoramiento que se reúne cada dos semanas a la hora en que debe estar haciendo sus rondas; usar la mayor parte del tiempo de la reunión para asuntos que no requieren su aporte; recopilar datos mes tras mes sin poner a prueba ningún cambio y después enviar datos de desempeño defectuosos en indicadores de calidad pidiéndole que mejore, son prácticas que en lugar de atraer, espantan.

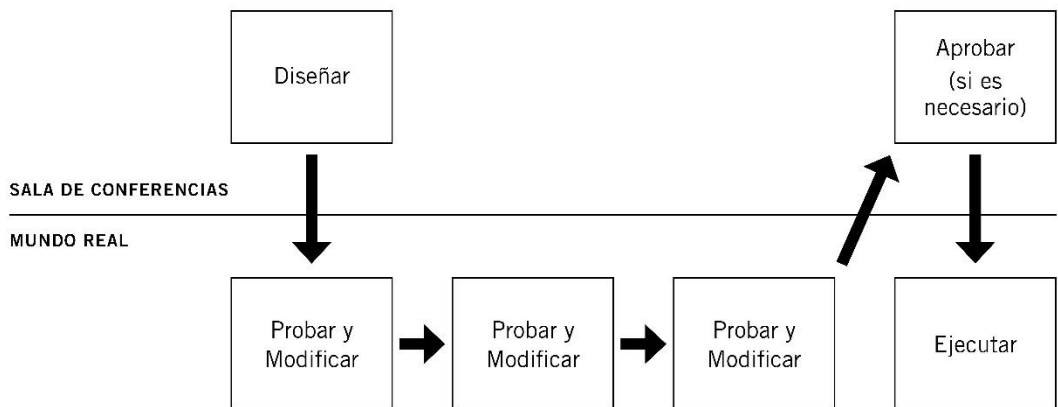
La manera de estandarizar los procesos clínicos, es otro ejemplo donde el rediseño es necesario para comprometer de forma más profunda a los médicos. Por lo general, cuando a estos se les pide que unifiquen su enfoque frente a una situación clínica, lo que hacen es diseñar un protocolo, o una guía — una especificación de lo que debe hacerse, con base en la mejor evidencia. Visualmente, el proceso es similar al que se ilustra en la Figura 8 — una serie de reuniones que a veces se prolongan en el tiempo y durante las cuales se debate la evidencia y los médicos de distintas especialidades deliberan y dan sus argumentos acerca de “lo que se debe hacer,” en teoría. Es poco lo que se habla sobre el cómo, quién, cuándo y dónde — que corresponden a los aspectos prácticos de la implementación de una guía en una determinada situación clínica — y tampoco se pone a prueba ninguna de las ideas en el mundo real para ver si alguna funciona. ¿Acaso sorprende entonces que pocos médicos opten por usar el producto final cuando se envía al mundo clínico con la esperanza de que los galenos “decidan unirse”?

Figura 8. El enfoque típico para estandarizar los procesos clínicos



Una forma mucho mejor de estandarizar los procesos clínicos y que realmente atrae a los médicos, es dedicar no más de una reunión al qué de una guía y aplicar pruebas de pequeña escala para perfeccionar el diseño según la situación local (Figura 9). En general, siempre existe alguna fuente nacional o internacional confiable que sirve de punto de partida para diseñar un protocolo o guía clínica — lo suficientemente buena para la mayoría de los escenarios clínicos. La principal labor del grupo a cargo de la estandarización no es reinventar la ciencia en la cual se apoya el protocolo en cada hospital, sino concentrarse en lograr que el protocolo existente funcione dentro del contexto local. El grupo somete a prueba varios métodos para el cómo, quién, cuándo y dónde, en principio a pequeña escala, haciendo cambios frecuentes para mejorar la ejecución. Las pruebas de cambios crecen en dimensión hasta que la mayoría de los médicos logran usar el protocolo en su trabajo clínico. En ese momento se adopta la guía o protocolo. Después, a través de las pruebas, el grupo habrá demostrado que un alto porcentaje de los médicos pueden usar el protocolo y que este funciona bien en la práctica diaria, dentro de su entorno específico.

Figura 9. Estandarización de los procesos clínicos: Perfeccionar el diseño para el escenario local mediante pruebas pequeñas de cambio



Mostrar valentía

Para mejorar la calidad y la seguridad se requiere una transformación — sabemos que toda mejora requiere un cambio, pero no todos los cambios resultan en mejora. El cambio no es fácil, en particular cuando hay alguna voz poderosa que se opone. Los médicos tienen una de las voces más poderosas en las organizaciones de salud, y su naturaleza colegiada hace que no sea fácil para ellos cuestionar a sus colegas. La monovoxoplegia o parálisis por una voz fuerte es un fenómeno que puede presentarse con frecuencia en reuniones de médicos, de grupos de mejora, de grupos de ejecutivos, y hasta en las juntas directivas, donde los miembros legos se sientan en silencio mientras algún médico levanta la voz en contra de un cambio propuesto.

No hay una solución simple para vencer la monovoxoplegia, pero la base de un enfoque eficaz está en construir una cultura de valentía — la valentía para hacer preguntas, para cuestionar el status quo y para apoyar a los médicos y enfermeros que sí desean implantar mejoras. Donna Isgett de McLeod Regional Medical Center (Estados Unidos) ilustra muy bien este tipo de arrojo, y la pregunta que les formula a los médicos cuando se rehúsan a aplicar prácticas basadas en la evidencia es: “¿lo que usted quiere decir es que valora más su autonomía que los resultados para sus pacientes?” El hecho de saber que tendrán el apoyo en todos los niveles hasta llegar a la junta directiva, les permite a todos los clínicos, incluidos los médicos, hacer interrogantes difíciles. La valentía es contagiosa.

Adoptar un estilo propicio para generar compromiso

Para lograr los mejores resultados, los líderes deben tener siempre presentes ciertas características de la cultura profesional de los médicos, incluyendo su foco en el paciente, la honda responsabilidad personal por el desenlace de este, la tendencia a sobreestimar el riesgo de los cambios en la praxis médica, y el valor puesto sobre la experiencia individual por encima de los datos y los estudios formales. A continuación presentamos algunas ideas, explicadas con detenimiento en el documento *Engaging Physicians in a Shared Quality Agenda*, que se encaminan a desarrollar un “estilo” más propicio para lograr el compromiso de los médicos con el mejoramiento.

- **Involucrarlos desde el comienzo:** No entregarles una versión casi terminada o definitiva de las transformaciones que se plantean.
- **Trabajar con los verdaderos líderes:** En la mayoría de los grupos de médicos, por lo general hay uno o dos líderes de opinión. Puede que no lleven el título de directivos dentro de la organización, pero se han ganado el respeto de sus pares y pueden ejercer influencia sobre otros. Para facilitar el cambio y el mejoramiento es preciso involucrar a estos líderes en el proceso.
- **Elegir con cuidado los mensajes y los mensajeros:** Los médicos dan credibilidad a un mensaje en parte por la persona que lo transmite, de modo que es importante planificar la forma como se ha de describir la propuesta del cambio y quién ha de hacerlo (p. ej. un especialista, un médico general, un médico con especialización específica, etc.). Además, las expresiones como “rendición de cuentas” e “informes de desempeño” pueden transmitir algo que no se pretende, y la comunicación se debe diseñar de modo que produzca interés en lugar de rechazo.

- **Ser transparente, en particular con los datos:** Los médicos por lo común no confían en los datos interpretados, de manera que debe dárseles acceso a los datos crudos. Aunque nunca los miren, apreciarán el hecho de saber que se ha confiado en ellos.
- **Valorar su tiempo:** Si un directivo les solicita a los médicos que dediquen tiempo a una “iniciativa estratégica crítica” pero no se molesta en asistir a las reuniones, entonces los galenos se sentirán manipulados y subvalorados y su compromiso se afectará.

Séptima palanca

Desarrollar capacidad y destrezas técnicas en mejoramiento de calidad

Muchos años de experiencia nos demuestran la importancia crítica que tiene la séptima palanca. Poco ganaría una organización con implantar los primeros seis puntos — adoptar objetivos para la junta directiva; diseñar y ejecutar planes excepcionales para lograr los fines ejecutivos; canalizar la atención hacia las metas con transparencia y dedicando tiempo; involucrar a los pacientes en el diseño de los cambios requeridos para alcanzar el objetivo; vincular el mejoramiento clínico y financiero con el objetivo; y comprometer a los médicos con el fin — si no hay nadie en la institución con la capacidad técnica para producir, sostener y difundir el mejoramiento, no será posible la optimización que se busca.

Con el propósito de realizar con eficacia los proyectos de mejora a nivel de toda la organización, los directivos deben destinar recursos para consolidar líderes capaces de dirigir el mejoramiento en todos los microsistemas. Si los proyectos exitosos se pretenden aumentar, difundir, y que lleguen a cambiar los resultados de desempeño en todo el sistema, los líderes deben crear un grupo de adalides capaces de reconocer, traducir e implementar localmente los cambios y perfeccionar los diseños de la manera más rápida. Aunque la lista de las capacidades que requieren los altos directivos para impulsar el mejoramiento sistémico es larga, incluye como mínimo la habilidad de conocer, emplear y enseñar lo siguiente:

- El modelo para el mejoramiento y cambios de prueba a pequeña escala.²³
- Una estrategia coherente de mejora (por ejemplo, el Sistema de Producción de Toyota).²⁴
- Conceptos y prácticas de organizaciones de alta confiabilidad.²⁵
- Prácticas sofisticadas de gestión de flujos.²⁶
- Conceptos y prácticas para ampliar y difundir las mejoras.²⁷
- Conceptos y prácticas de sistemas de seguridad del paciente.²⁸

La base de estas nociones ha sido difundida con generosidad por el IHI a través de los cursos virtuales del [IHI Open School \(en español\)](#), que a octubre de 2013 tiene más de 150 mil estudiantes en el mundo y está disponible en español. En un escenario ideal, todos los empleados de instituciones de salud deberían tener al menos este nivel básico de conocimiento, y por supuesto, debe haber grupos con conocimientos de mejoramiento e implementación mucho más avanzados.

El Hospital Austral de Argentina busca que todo su personal tenga formación en calidad y seguridad del paciente a fin de favorecer la aplicación de la mejora continua en el ámbito sistémico. Por un lado, se estimula la formación del personal (médicos, enfermeros, otros profesionales,

técnicos y administrativos) en conceptos básicos de calidad y seguridad de manera virtual a través del IHI Open School, siguiendo un cronograma de formación que comenzó en 2012 con todos los jefes médicos y de enfermería, y continúa en 2013 y 2014 con la formación del resto de empleados. Para asegurar el cumplimiento de dicho objetivo, desde el Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente se les solicita a quienes culminen, que envíen los certificados otorgados por IHI que son anexados a sus documentaciones profesionales y forman parte de su evaluación de desempeño. Por otro lado, se preparan expertos a través del Programa de Entrenamiento en Mejora de Procesos Asistenciales para el grupo de trabajo de la institución, llevado a cabo de manera intensiva durante cuatro meses presenciales. Dicho programa prioriza la formación práctica a través del desarrollo por cada uno de los asistentes de un proyecto de mejora en eficiencia, seguridad del paciente, cuidado centrado en el paciente, oportunidad y efectividad clínica con la colaboración de tutores especialistas en dichas disciplinas. Este programa se inició con la formación de directivos y jefes, y en la actualidad continúa con la formación de los estratos asistenciales y administrativos y cuenta al 2013 con cerca de 160 egresados.

En Estados Unidos, Park Nicollet Health Services es un ejemplo del grado de inversión en capacidad para el mejoramiento que puede requerirse cuando la calidad se adopta como la estrategia de la organización y no solo como una estrategia más. En una entidad con cerca de 5.500 empleados de tiempo completo, el director general apartó de la línea de trabajo a 39 de sus mejores gerentes, con el objeto de capacitarlos a fondo para ser líderes del mejoramiento, dedicados la totalidad de su tiempo a facilitar la optimización rápida de la calidad y la seguridad. También tiene planes para aumentar este grupo de adalides por lo menos a cien personas, además del complemento normal de empleados en áreas como control de infecciones, acreditación de la Joint Commission, y otras funciones típicas de calidad y seguridad.

En los últimos ocho años (desde que se desarrollaron las palancas iniciales), uno de los hallazgos más constantes es que los altos directivos tienden a sobreestimar la capacidad de mejoramiento con la que cuentan en sus organizaciones. El simple hecho de enviar a unos cuantos individuos a algunas conferencias y agregar “calidad y seguridad” a la descripción de los cargos, no servirá para corregir la necesidad imperiosa de contar con sujetos capaces de alcanzar el mejoramiento en todos los niveles de las organizaciones de salud.

Apéndice A

Instrumento de autoevaluación de las siete palancas para resultados del sistema

La autoevaluación es un instrumento de deliberación y acción diseñado para ayudar a los líderes administrativos, médicos y de enfermería de una organización de salud, a elaborar y planear su trabajo de manera que se traduzca en una reducción significativa de uno o dos de los indicadores sistémicos (p. ej. tasa de mortalidad, tasa de daño, tasa de infecciones nosocomiales, o desenlaces de enfermedades crónicas). La autoevaluación debe realizarla el grupo de altos directivos de la organización, primero de forma individual y después al colectivo, a fin de revisar los resultados y planear las medidas para mejorar las palancas que requieran atención.

Palancas para los altos directivos	Actuación requerida/Actuación planeada	Responsable	Plazo
1) Establecer y supervisar los objetivos específicos de mejoramiento sistémico desde el más alto nivel del gobierno de la organización			
El grupo de altos directivos ha desarrollado objetivos específicos de “cuánto y para cuándo” para los indicadores sistémicos de calidad y seguridad			
La junta directiva ha adoptado los objetivos y supervisa que se cumplan utilizando para ello indicadores sistémicos de avance hacia el objetivo			
Las historias de los pacientes sobre daño o problemas de calidad (bien sea referidas en persona, por video o repetidas por el personal de primera línea) son parte de todas las reuniones de la junta directiva			

Palancas para los altos directivos	Actuación requerida/Actuación planeada	Responsable	Plazo
La responsabilidad por lograr el objetivo está claramente establecida en el sistema de retroalimentación del desempeño de los directivos			
2) Desarrollar una estrategia ejecutable para lograr los objetivos sistémicos y supervisar su implementación desde el nivel más alto del gobierno de la organización			
El grupo de altos directivos ha producido un plan para lograr los objetivos centrado en los impulsores correctos y con la dimensión y el cronograma necesarios			
Los altos directivos han asignado líderes eficaces a los proyectos que se requieren para lograr el objetivo			
El grupo de altos directivos dirige y ajusta la estrategia para conseguir el objetivo y también su ejecución, basado en la revisión semanal y mensual de los indicadores			
3) Canalizar la atención de los altos directivos hacia el mejoramiento sistémico			
Los altos ejecutivos revisan personalmente el trabajo de los principales equipos de proyecto dedicados a los objetivos			

Palancas para los altos directivos	Actuación requerida/Actuación planeada	Responsable	Plazo
Las mediciones de la evolución de cada proyecto y del avance hacia los fines se distribuyen ampliamente en toda la organización y en la comunidad, aunque las mediciones no sean motivo de orgullo (transparencia)			
A los líderes se les da tiempo suficiente para trabajar en los proyectos clave (el trabajo no se les añade sencillamente a sus responsabilidades existentes)			
4) Incluir a los pacientes y las familias en el grupo de mejoramiento			
Los pacientes y las familias participan activamente en todos los grupos de mejora y rediseño			
Cada integrante del grupo ejecutivo está comprometido con el logro del objetivo y considera que eso es parte de su trabajo principal			
5) Convertir al director financiero en adalid de la calidad			
El director financiero está en capacidad de argumentar a favor de cada iniciativa de mejoramiento desde el punto de vista del negocio, y es motor esencial del mejoramiento de la calidad			
Los representantes de administración forman parte integral de los equipos de proyecto para apuntalar las necesidades de la organización			

Palancas para los altos directivos	Actuación requerida/Actuación planeada	Responsable	Plazo
<p>Cuando las cosas se ponen difíciles, invertimos <i>más</i> en calidad, puesto que es nuestra estrategia principal para eliminar el desperdicio y mejorar la eficiencia</p>			
<p>6) Comprometer a los médicos</p>			
<p>El grupo de altos ejecutivos comprende y comparte la motivación intrínseca de los médicos por la calidad (desenlaces, tiempo perdido...)</p>			
<p>Los médicos son considerados socios en la prestación del servicio y no simples clientes del hospital</p>			
<p>Hay un plan claro para desarrollar el compromiso de los médicos, en el cual se toman en consideración los múltiples "segmentos" de médicos (adalides, líderes estructurales, otros)</p>			
<p>Utilizamos métodos de calidad que fomentan el compromiso de los galenos con la calidad, en lugar de ahuyentarlos (uso sensato de los datos, hacer que lo correcto sea fácil de hacer)</p>			
<p>Los directores administrativos, médicos y de enfermería saben que tienen el apoyo de la junta directiva, y tienen la valentía para involucrar a los médicos en conversaciones difíciles y para evitar la monovoxoplegia (parálisis por una voz fuerte)</p>			

Palancas para los altos directivos	Actuación requerida/Actuación planeada	Responsable	Plazo
Se han nombrado en cada proyecto líderes médicos capaces, y se les ha brindado el apoyo por medio de buenos datos y recursos analíticos			
7) Construir capacidad para el mejoramiento			
<p>Todo el equipo de altos directivos (incluidos el director general y los altos gerentes) tiene y utiliza el conocimiento de liderazgo técnico y de cambio requerido para conseguir los objetivos y ejecutar las estrategias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento del contenido para cada estrategia • Modelo para el mejoramiento y pruebas rápidas de cambio • Estrategia coherente de mejora • Dimensión y difusión • Ciencia de la confiabilidad • Gestión del flujo • Sistemas de seguridad 			
El equipo de altos directivos está en capacidad de enseñar (y enseña) el conocimiento de liderazgo técnico y de cambio a las demás personas de la organización.			

Referencias

- ¹ Institute for Healthcare Improvement 5 Million Lives Campaign. *Getting Started Kit: Governance Leadership “Boards on Board” How-to Guide*. Online information retrieved February 19, 2008. <http://www.ihl.org/knowledge/Pages/Tools/HowtoGuideGovernanceLeadership.aspx>.
- ² Reinertsen JL, Gosfield AG, Rupp W, Whittington JW. *Engaging Physicians in a Shared Quality Agenda*. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2007. Online information retrieved February 19, 2008. <http://www.ihl.org/knowledge/Pages/IHIWhitePapers/EngagingPhysiciansWhitePaper.aspx>.
- ³ Nolan TW. *Execution of Strategic Improvement Initiatives to Produce System-Level Results*. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2007. Online information retrieved February 19, 2008. <http://www.ihl.org/knowledge/Pages/IHIWhitePapers/ExecutionofStrategicImprovementInitiativesWhitePaper.aspx>.
- ⁴ Carlile PR, Christensen CM. *Practice and Malpractice in Management Research*. Working paper; January 2005.
- ⁵ Provost L, Miller D, Reinertsen J. *A Framework for Leadership of Improvement*. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; February 2006. Online information retrieved February 19, 2008. <http://www.ihl.org/knowledge/Pages/Tools/IHIFrameworkforLeadershipforImprovement.aspx>.
- ⁶ Martin LA, Nelson EC, Lloyd RC, Nolan TW. *Whole System Measures*. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2007. Online information retrieved February 19, 2008. <http://www.ihl.org/knowledge/Pages/IHIWhitePapers/WholeSystemMeasuresWhitePaper.aspx>.
- ⁷ Tapscott D, Ticoll D. *The Naked Corporation: How the Age of Transparency Will Revolutionize Business*. New York, New York: The Free Press; 2003.
- ⁸ Fung CH, Lim YW, Mattke S, Damberg C, Shekelle PG. Systematic review: The evidence that publishing patient care performance data improves quality of care. *Annals of Internal Medicine*. 2008;148(2):111-123.
- ⁹ Jha AK, Li Z, Orav EJ, Epstein AM. Care in US hospitals—the Hospital Quality Alliance Program. *New England Journal of Medicine*. 2005;353(3):265-274.
- ¹⁰ Isgett D. Keynote presentation at The Queen’s Medical Center Conference on Quality and Patient Safety, Honolulu, Hawaii. February 24, 2007.
- ¹¹ Personal communication with James Conway, MS, Senior Vice President, IHI, and former Executive Vice President and COO, Dana-Farber Cancer Institute. October 10, 2007.
- ¹² Personal communication with John Hubbe, PharmD, JD, Vice President Medical and Legal Services, Delnor-Community Hospital. January 25, 2008.

- ¹³ Reinertsen J. *Idea 3: Put a Face on the Problem, Starting at the Board*. Online information retrieved February 19, 2008. <http://www.reinertsen.com/publications/Improvement-Ideas/idea-3-face-on-the-problem.html>.
- ¹⁴ *Strategies for Leadership: Advancing the Practice of Patient- and Family-Centered Care*. American Hospital Association and the Institute for Family-Centered Care; September 2004. Online information retrieved February 19, 2008. <http://www.aha.org/aha/content/2005/pdf/resourceguide.pdf>.
- ¹⁵ Reinertsen J, Schellekens W. *10 Powerful Ideas for Improving Patient Care*. Chicago, Illinois: Health Administrative Press with the Institute for Healthcare Improvement; 2005.
- ¹⁶ Norling R. Keynote presentation at the CEO Summit, Institute for Healthcare Improvement National Forum, Orlando, Florida. December 11, 2007.
- ¹⁷ Nolan T, Bisognano M. Finding the balance between quality and cost. *Healthcare Financial Management*. 2006 Apr;60(4):66-72.
- ¹⁸ *Going Lean in Health Care*. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2005. Online information retrieved February 19, 2008. <http://www.ihl.org/knowledge/Pages/IHIWhitePapers/GoingLeaninHealthCare.aspx>.
- ¹⁹ Personal communication with Donna Isgett, Vice President for Clinical Effectiveness, McLeodHealth. December 2007.
- ²⁰ Personal communication with David Wessner, CEO, Park Nicollet. June 2006.
- ²¹ Toussaint J. Presentation at the Institute for Healthcare Improvement Executive Quality Academy, Boston, Massachusetts. June 2006.
- ²² McVay G, Cooke DJ. Beyond budgeting in an IDS: The Park Nicollet experience. *Healthcare Financial Management*. 2006 Oct;60(10):100-102.
- ²³ The Model for Improvement. Online information retrieved February 19, 2008. <http://www.ihl.org/knowledge/Pages/HowtoImprove/default.aspx>.
- ²⁴ Spear S, Bowen HK. Decoding the DNA of the Toyota Production System. *Harvard Business Review*. September 1, 1999.
- ²⁵ Nolan T, Resar R, Haraden C, Griffin FA. *Improving the Reliability of Health Care*. IHI Innovation Series white paper. Boston, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2004. Online information retrieved February 19, 2008. <http://www.ihl.org/knowledge/Pages/IHIWhitePapers/ImprovingtheReliabilityofHealthCare.aspx>.
- ²⁶ *Optimizing Patient Flow: Moving Patients Smoothly Through Acute Care Settings*. IHI Innovation Series white paper. Boston, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2003. Online information retrieved February 19, 2008. <http://www.ihl.org/knowledge/Pages/IHIWhitePapers/OptimizingPatientFlowMovingPatientsSmoothlyThroughAcuteCareSettings.aspx>.

²⁷ Massoud MR, Nielsen GA, Nolan K, Schall MW, Sevin C. *A Framework for Spread: From Local Improvements to System-Wide Change*. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2006. Online information retrieved February 19, 2008.

<http://www.ihl.org/knowledge/Pages/IHIWhitePapers/AFrameworkforSpreadWhitePaper.aspx>.

²⁸ Botwinick L, Bisognano M, Haraden C. *Leadership Guide to Patient Safety*. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2006. Online information retrieved February 19, 2008.

<http://www.ihl.org/knowledge/Pages/IHIWhitePapers/LeadershipGuidetoPatientSafetyWhitePaper.aspx>

