

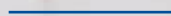


El valor camina

Hábitos exitosos para mejorar la motivación y productividad del personal de la salud



KPMG International



kpmg.com/healthcare

Tabla de contenido

Prólogo: las personas crean valor para los pacientes	01
Introducción: El desafío de la fuerza laboral	04
Por favor, cuidado con la brecha	05
Construir el puente: ¿Podemos permitirnoslo?	07
Mejorar la productividad de los proveedores de salud	10
Los cinco hábitos exitosos para mejorar la motivación y productividad del personal	11
Holanda: Enfoque estratégico en el valor para los pacientes	14
Estados Unidos: Profesionales empoderados	16
Mozambique: Profesionales capacitados	19
India: Rediseño de tareas y procesos	21
Sudáfrica: Orientación sobre los resultados	24
Reino Unido: Motivación y gestión activa del personal	26
Conclusión	29
Referencias	30

Las personas crean valor para los pacientes

Prólogo

Durante décadas, gran parte de la política de salud que se debate en todo el mundo se ha centrado en los cambios loables pero tecnocráticos destinados a influir en la forma en que se presta la atención médica. Como resultado, la reforma ha tendido a concentrarse en los sistemas de pago, la práctica de gobierno, las estructuras organizacionales, la regulación, la mejora de las compras y el auge de información clínica para pacientes y ciudadanos por igual.

Pero cualquiera que haya dirigido a un profesional médico le dirá que las diferencias más importantes y sustentables en cuanto a calidad y costo de la atención al paciente son en realidad el diseño del proceso de atención clínica, el grado de innovación en el modelo de negocio y la motivación del personal. En efecto, con demasiada frecuencia, la presión sobre la productividad con un único propósito acaba desmoralizando a los profesionales y a otros miembros del personal. Con esto en mente, hemos desarrollado este informe para examinar cómo los líderes del sistema de salud pueden crear una sinergia aparentemente paradójica:

mejorar la productividad y, al mismo tiempo, aumentar el atractivo del trabajo y la motivación profesional.

Es fácil preocuparse por el futuro de la atención médica. En algunas partes del mundo, la crisis económica ha obligado a los países a realizar cambios radicales -políticos, económicos y sociales. A raíz de ello, la financiación de los servicios de salud, tanto públicos como privados, se ha visto sometida a presiones y ha comenzado a reducirse. Pero la simple verdad es que, incluso una vez que pase la recesión mundial, los países nunca podrán volver a los días dorados en que el gasto en salud superaba el crecimiento del PIB entre un 0,5 y un 2 por ciento anual durante décadas. Este acuerdo ha cambiado para siempre.

Una nueva era ha empezado claramente, nos guste o no. En Occidente, por ejemplo, la combinación de un crecimiento económico más lento, el envejecimiento de la población, la reducción de la mano de obra que paga impuestos y la creciente demanda de atención médica está obligando a los países a abordar algunos problemas perniciosos y profundamente arraigados. En este contexto, muchos expertos sugieren que la demografía se ha convertido en nuestro destino.



Dr. Mark Britnell
Presidente y Socio,
Práctica de Salud
Global, KPMG en
Reino Unido



Dr. Marc Berg Socio,
Práctica de Salud
Global, KPMG en
Estados Unidos

Al mirar atrás, el observador ocasional estaría dispuesto a aceptar; la retrospectiva muestra que la atención en salud casi siempre ha tratado de ignorar estos temas controvertidos, optando en cambio por exigir una mayor participación en el crecimiento económico y aumentar los niveles de personal para responder a los "puntos débiles" inmediatos. Pero la realidad es que este enfoque simplemente no es sostenible. Se debe encontrar un enfoque más radical que pueda ofrecer tanto una mejor calidad como un menor costo si queremos abordar fundamentalmente los desafíos que ya se nos presentan.

Con un análisis más profundo, queda claro que, si bien durante los últimos 60 años o más, los avances técnicos, terapéuticos y profesionales han revolucionado muchos procedimientos clínicos, la verdad es que los modelos de negocios y de atención subyacentes se han mantenido prácticamente inalterados. A diferencia de la mayoría de las otras industrias, la atención médica ha demostrado ser particularmente obstinada cuando se enfrenta a un cambio radical.

En parte, esto se debe a que muchos de los nuevos procesos de atención se han encarcelado en la infraestructura física incorrecta. Algunos hospitales carecen de habilidades especializadas para algunos de los trabajos que realizan, incluso mientras brindan un servicio especializado en pacientes con múltiples enfermedades crónicas. Con frecuencia, diferentes vías de atención chocan de manera descoordinada y producen una calidad y un costo inferiores a los óptimos. Al mismo tiempo, muchos sistemas de atención primaria tienen un peso inferior al normal y necesitan ser "aumentados". De hecho, la creciente población de ancianos y la explosión de pacientes con afecciones físicas y mentales a largo plazo son un doloroso recordatorio de que, si bien los sistemas de salud

actuales necesitan diferentes modelos de atención adaptados al siglo XXI, la realidad del día a día amenaza con inundar las instituciones existentes diseñadas para el siglo pasado. Claramente, los puntos de vista arraigados hacen que el cambio sea lento.

Hay una mejor manera. Creemos firmemente que los cinco hábitos exitosos que hemos identificado para mejorar la motivación y la productividad de la fuerza de trabajo pueden producir una mejor calidad a un menor costo. Christensen, Porter y otros han articulado un caso claro para el cambio en el modelo clínico y comercial. Su trabajo ha demostrado que la búsqueda de un mejor valor para el paciente requerirá un cambio en el modelo asistencial que se basa en el logro simultáneo de una mejor segmentación, estratificación e integración.

Nuestro propio trabajo sugiere que los ingredientes clave son: el uso de técnicas sofisticadas de modelado de poblaciones que predicen el riesgo y crean un nuevo sistema de atención primaria centrado en apoyar el bienestar y el monitoreo telemédico de las enfermedades; locales de soluciones más grandes integrados en comunidades locales y que cuentan con capacidad de diagnóstico; servicios integrados para condiciones a largo plazo que crean nuevos negocios con valor agregado; y redes gestionadas y facilitadas activamente que separan los procedimientos electivos predecibles del trabajo de emergencia "en caliente", muchos de los cuales pueden ser tanto centralizados como interconectados para mejorar los resultados.

Como sucede cada vez más en otras industrias, involucrar a los clientes (o en nuestro caso, a los pacientes) en la coproducción y el co-diseño puede reducir dramáticamente los costos, mejorar la satisfacción y los resultados. Existen numerosos ejemplos de cómo esos enfoques se aprovechan con éxito en todo el mundo.

Las instalaciones dedicadas a traumatismos en Canadá y Australia, las instalaciones centralizadas de accidentes cerebrovasculares en Inglaterra, las instalaciones de producción en masa en la India (ojos y corazones) y los centros ortopédicos dedicados en Escandinavia muestran lo que es posible. En Estados Unidos, el nuevo enfoque de "atención cibernética" de Kaiser Permanente apunta a lo que el paciente empoderado, cuando es facilitado por la tecnología, puede lograr. La experiencia en Suramérica y África cuenta una historia clara de cómo los nuevos y extendidos modelos de atención comunitaria no tradicional pueden producir beneficios sustanciales para la salud.

Nuestra investigación demuestra que las organizaciones que son capaces de lograr este tipo de cambios transformadores pueden aumentar la productividad y el atractivo laboral simultáneamente al adherirse a cinco hábitos básicos. Por un lado, las organizaciones exitosas tienden a tener un **enfoque estratégico en el valor para los pacientes**.

Y cuando esto es impulsado por **profesionales capacitados** con considerable autonomía para lograr resultados, produce beneficios reales. También encontramos que al combinar la **aplicación inteligente y sistemática del rediseño del proceso de negocios y atención** con un mayor nivel de discreción para cambiar las funciones del personal, ajustar el despliegue y los equipos de personal de la "tripulación", las organizaciones pueden lograr una adhesión más estricta a los protocolos acordados y las responsabilidades colectivas. Esto requerirá una mejor información de gestión para respaldar **el desempeño del personal mediante la utilización de medidas de resultado** en lugar de objetivos de proceso y entrada. De hecho, la reducción de la variación clínica es a menudo controlada, diseñada y dirigida por estos equipos una vez que se han

acordado los objetivos de alto nivel con la gerencia. Finalmente, **la gestión activa del desempeño profesional y la rendición de cuentas** del personal basada en un diálogo sólido, un desarrollo de apoyo y líneas claras de responsabilidad pueden producir niveles superiores de esfuerzo discrecional.

Detrás de estos hábitos se encuentra una fuerte evidencia que demuestra que una mayor moral y motivación del personal tiene un efecto beneficioso en la experiencia del paciente. Al mismo tiempo, la maximización activa del tiempo clínico y la reducción de las actividades sin valor es un principio central para lograr una mejor calidad a un costo asequible. Lamentablemente, esta es un área muy descuidada, especialmente en el sector público.

Basándonos en nuestra experiencia en el sector, creemos que el desarrollo de nuevos modelos y formas de educación y capacitación clínica en países en desarrollo representa una gran oportunidad para que las organizaciones educativas y de salud de Occidente creen relaciones mutuamente beneficiosas para un futuro sostenible. Si queremos alcanzar los niveles de cambio necesarios, será vital que las organizaciones profesionales, los sindicatos y los grupos de pacientes se incluyan en el debate en curso sobre cómo se pueden implementar los enfoques de políticas en países y contextos específicos.

Si uno realmente creyera que la demografía es el destino, entonces es lógico pensar que la atención médica está en serios problema. Ya estamos presenciando una importante escasez de mano de obra en muchos países en desarrollo y el envejecimiento de la población en países desarrollados. Y con menos personal y más personas a las que atender, podemos esperar experimentar tanto costos laborales inasequibles como una mayor

migración global de personal calificado de países pobres a países ricos. Tomemos, por ejemplo, África donde se concentra más del 30 por ciento de la carga de morbilidad del mundo, pero solo el tres por ciento de la fuerza laboral. Claramente, aumentar la productividad del personal es absolutamente crucial para el bienestar de miles de millones de personas.

Nuestra investigación también demuestra que, con demasiada frecuencia, el personal es visto como un costo para el sistema. La vieja mentalidad que suscribía la creencia de que *"el costo camina sobre dos piernas"* debe ser reemplazada por una nueva: ***"el valor camina sobre dos piernas"***. Esto no es solo en sentido filosófico. Si bien el clima financiero actual ha llevado a muchas organizaciones a optar por "soluciones rápidas" a través de recortes bruscos de personal y despidos, la realidad es que, a largo plazo, los despidos masivos en la asistencia médica casi siempre resultan improductivos.

De hecho, la evidencia sugiere que la reducción de costos dramática y poco sofisticada no dura y que los costos se recuperan. En pocas palabras, el reclutamiento y la capacitación del personal es un asunto costoso, especialmente cuando las pruebas apuntan al hecho de que necesitaremos toda la fuerza de trabajo que tenemos actualmente, y más. Por lo tanto, seguramente, el mejor camino es mejorar la capacidad de nuestro personal de salud para crear más valor, eficiencia y productividad, lo que significa que, a corto plazo, el tamaño adecuado y flexible puede ser la mejor opción. Por ejemplo, en lugar de despidos, los sistemas de salud pueden centrarse en el ajuste temporal de las horas de trabajo junto con el rediseño clínico para reducir los costos de manera efectiva sin afectar la calidad.

Nos gustaría agradecer a nuestros clientes y a todos aquellos que participaron en esta valiosa investigación. Aquellos que buscan un análisis más detallado de nuestros hallazgos pueden leer el informe completo en kpmg.com/healthcare.

Esperamos que este informe resalte el perfil de lo que actualmente es un tema relativamente descuidado, y que las consideraciones de la fuerza laboral se conviertan en un componente más prominente del debate sobre la maximización del valor y la reducción de costos en los sistemas de salud de todo el mundo.

Dr. Mark Britnell

Presidente y Socio
Práctica de Salud Global

Dr. Marc Berg

Socio
KPMG en Estados Unidos
Práctica de Salud Global

El desafío de la fuerza laboral

Introducción

Los sistemas de salud del mundo desarrollado están sometidos a una gran presión a largo plazo. Las poblaciones están envejeciendo y la demanda de servicios de salud se está disparando. Al mismo tiempo, cada vez es más claro que la calidad de la atención que se presta es altamente inconsistente. La fuerza laboral del sector salud se encuentra en el centro de estos temas. Para satisfacer la creciente demanda de atención médica, se necesita más gente para hacer el trabajo, mientras que, en conjunto, las fuerzas de trabajo de las naciones están o estarán disminuyendo. Para brindar atención de alta calidad, es esencial contar con personal altamente motivado y calificado. Finalmente, y paradójicamente a la luz de estas tendencias a largo plazo, para reducir costos, la productividad de la fuerza de trabajo es un objetivo central: después de todo, la fuerza de trabajo constituye el factor de costo único más grande de los sistemas de salud.

El desafío de la fuerza laboral está lejos de ser simple, y tendremos que repensar los supuestos comunes

para abordar los asuntos en juego. Cuando el problema se reduzca a discutir el "número" de profesionales necesarios, nos perderemos del punto. La verdad es que en los países desarrollados, la escasez prevista en el pasado por lo general no se ha materializado; siempre acabamos saliendo del problema. Teóricamente, podríamos hacer esto de nuevo. Sin embargo, el problema es que simplemente no podemos permitirnos seguir haciéndolo, ya sea en países desarrollados o en países en desarrollo.

El simple hecho de presionar por una mayor productividad tampoco es una solución duradera. Impulsar la productividad de manera demasiado unidimensional afectará la motivación misma de la fuerza laboral que necesitamos con tanta urgencia para impulsar los esfuerzos de mejora de la calidad y hacer frente a las presiones que se acumulan en el sistema.

Entonces, ¿cómo resolvemos el dilema del aumento de la demanda de servicios de salud mientras nuestros recursos disminuyen? ¿Se puede mejorar la calidad en el proceso?.

¿Podemos hacer que los trabajadores de salud sean más productivos y al mismo tiempo hacer que el trabajo sea más atractivo?.

Para responder algunas de estas preguntas, hemos examinado una serie de ejemplos inspiradores de todo el mundo para demostrar que con un esfuerzo concertado y un cambio transformador hay una solución. Los ejemplos que hemos utilizado están probados y provienen de organizaciones de proveedores reales. Y en la mayoría de los casos, han demostrado tener un impacto directo y simultáneo en la productividad de la fuerza laboral, la calidad de la atención y los niveles de empleo. Al combinar las lecciones aprendidas de estas organizaciones, esperamos mostrar cómo se puede lograr la sinergia óptima entre estos tres objetivos, a menudo contradictorios.

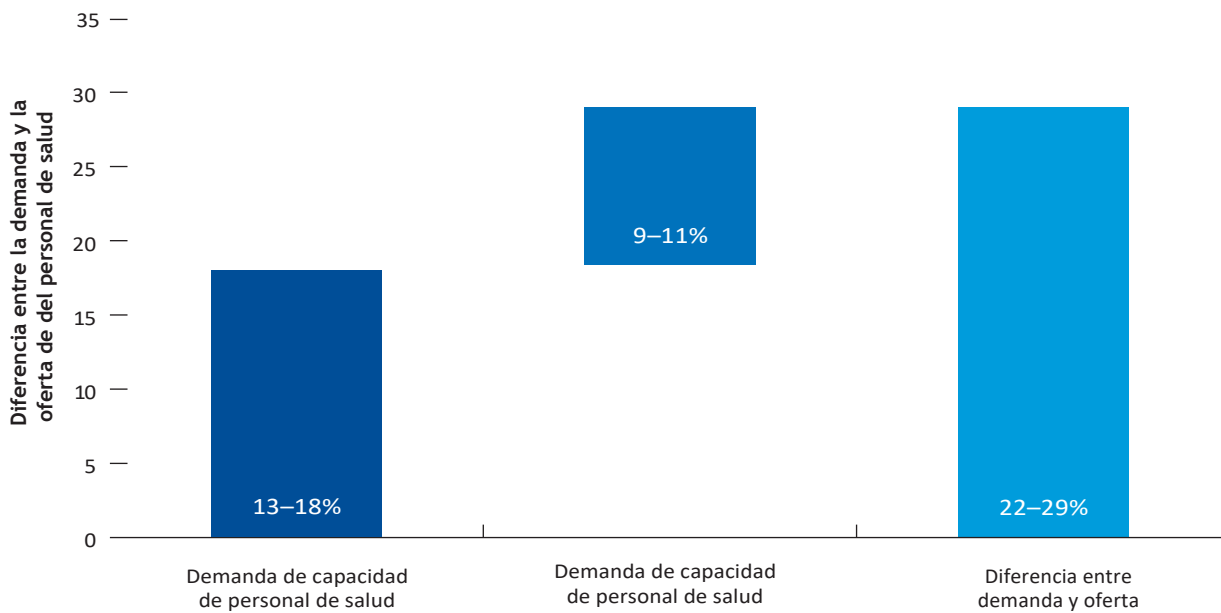
Por favor, cuidado con la brecha

No cabe duda de que los sistemas de salud en el mundo en desarrollo se están acercando a un abismo cada vez mayor entre la creciente demanda

de servicios de salud y la disminución constante en la cantidad de trabajadores de salud. De hecho, nuestro análisis muestra que para 2022, los países de la OCDE

enfrentarán un déficit de la fuerza laboral en un margen del 22 al 29 por ciento (ver Gráfica 1).^{1,2}

Gráfica 1: Diferencia entre la demanda y la oferta de capacidad del personal de salud para el año 2022



Fuente: Datos de la OCDE, Análisis: KPMG International, 2012.

¿la demografía es nuestro destino?

Las causas de esta brecha son bastante claras. La demografía desempeña una función: como se muestra en la Gráfica 2, durante la última década, la demografía explica el 3.4 por ciento del crecimiento del 20.6 por ciento en costos en los países de la OCDE. La mayor parte del crecimiento del gasto en la última década se debe a la tecnología médica (5,6-9,9 por ciento) y al crecimiento autónomo (13-18 por

ciento) debido a factores como la prosperidad (que se asocia con un mayor gasto en atención médica) y a la demanda inducida por la oferta.

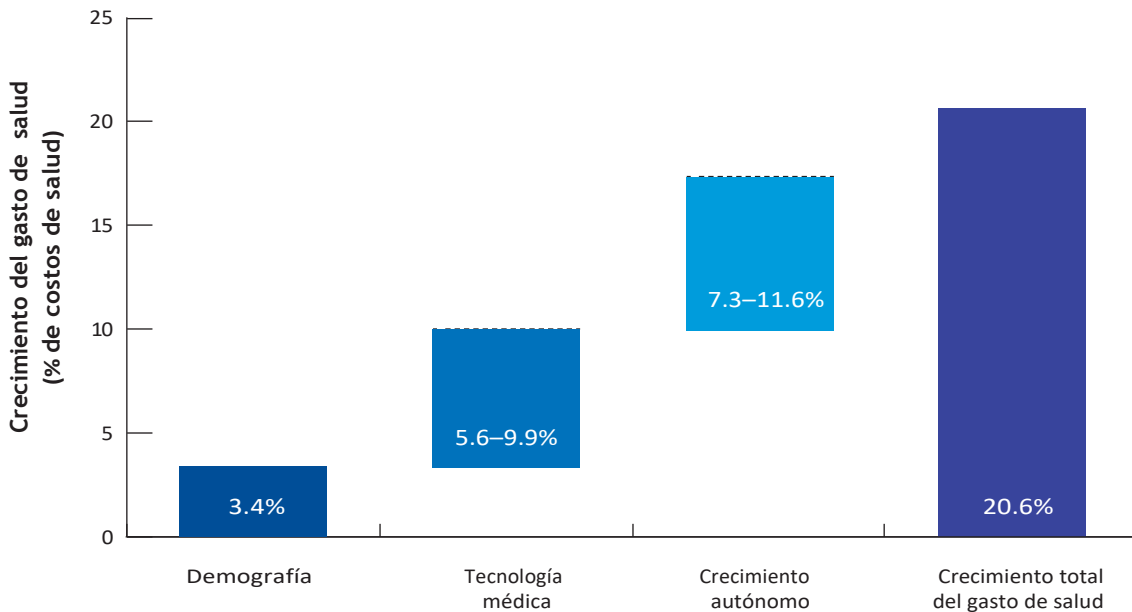
Durante la próxima década, esperamos una demanda adicional causada por la demografía del 6.1 por ciento y, suponiendo que el crecimiento autónomo continúe durante la próxima década,

podemos esperar una demanda total para personal de salud del 13 a 18 por ciento (ver Gráfica 1). En esta estimación, minimizamos los efectos del desarrollo de la tecnología médica porque se observan principalmente en el gasto de salud. Sin embargo, las nuevas tecnologías médicas requerirán profesionales de la salud adicionales o profesionales con nuevas habilidades.

¹ En este informe se incluyen los países de la UE-15 y Estados Unidos, Canadá, Japón y Australia. Otras economías como India, Singapur y China no son miembros de la OCDE y no se incluyen en este informe debido a que no se dispone de datos comparables a nivel internacional.

² Para más detalles, por favor consulte el capítulo 2 y 3 del informe de antecedentes, disponible en nuestro sitio web kpmg.com/healthcare

Gráfica 2: Desglose del crecimiento del gasto de salud como porcentaje del PIB entre 2000 y 2009 en los países de la OCDE



Las cifras sobre tecnología médica y crecimiento autónomo son rangos indicados por líneas discontinuas.

Fuente: Datos de la OCDE, Análisis: KPMG International, 2012. Para más detalles consulte el informe completo en kpmg.com/healthcare.

¿A dónde van todos los trabajadores de la salud?

La demografía también contribuye a la disminución constante del número de profesionales de la salud en el mundo desarrollado. En parte, esto se debe a que, a medida que la población envejece, las economías experimentan una disminución general del número de personas en edad de trabajar. Para el sector de la salud, esto resultará en un descenso de entre el cuatro y el seis por ciento en los próximos diez años.

Una vez más, la historia va más allá de la simple demografía. En general, los empleados dedican menos horas cada año. Nuestra investigación muestra que el empleo a tiempo parcial ha aumentado del 16 por ciento en 2000 al 19 por ciento en 2009. El promedio de horas trabajadas por semana también se ha reducido en casi un siete por ciento en los últimos veinte años.

Si se permite que esta tendencia continúe durante otra década, estimamos que la media de la semana laboral se acortará en un 5,6 por ciento adicional a poco menos de 34,5 horas. El efecto combinado de estos desarrollos es una caída en la capacidad del personal de la salud de entre el 9 y el 11 por ciento para el año 2022 (ver Gráfica 1).

Construir el puente: ¿Podemos permitirnoslo?

A primera vista, parecería seguro que una escasez del 22 al 29 por ciento de trabajadores de la salud en los países desarrollados indicaría que los sistemas de salud están destinados a sufrir un déficit masivo de profesionales de la salud calificados. Sin embargo, si bien estas cifras parecen amenazadoras, existen varias medidas políticas potenciales disponibles que podrían aumentar el número de profesionales y reducir significativamente la brecha.

El más obvio se relaciona con la fijación de las edades de jubilación y la cantidad de horas trabajadas por año, que difiere enormemente entre los países de la OCDE. De hecho, si todos los países compartieran la alta edad de jubilación de Japón y las horas de trabajo de Grecia, los países de la OCDE podrían, en teoría, disfrutar de un aumento del 35 por ciento en la capacidad laboral total (ver Gráfica 3). Otra medida a nivel de políticas que podría ayudar a cerrar la brecha radica en el aumento de las tasas de participación femenina. Las diferencias entre los países de la OCDE son sustanciales y podrían representar un aumento de del 10 por ciento en la capacidad laboral si el país promedio de la OCDE alcanzara los estándares de participación femenina del norte de Europa.

Las variaciones significativas entre los países de la OCDE también surgen cuando se compara el tamaño de la fuerza laboral total de la atención médica como una parte del empleo total. Si bien la tasa promedio

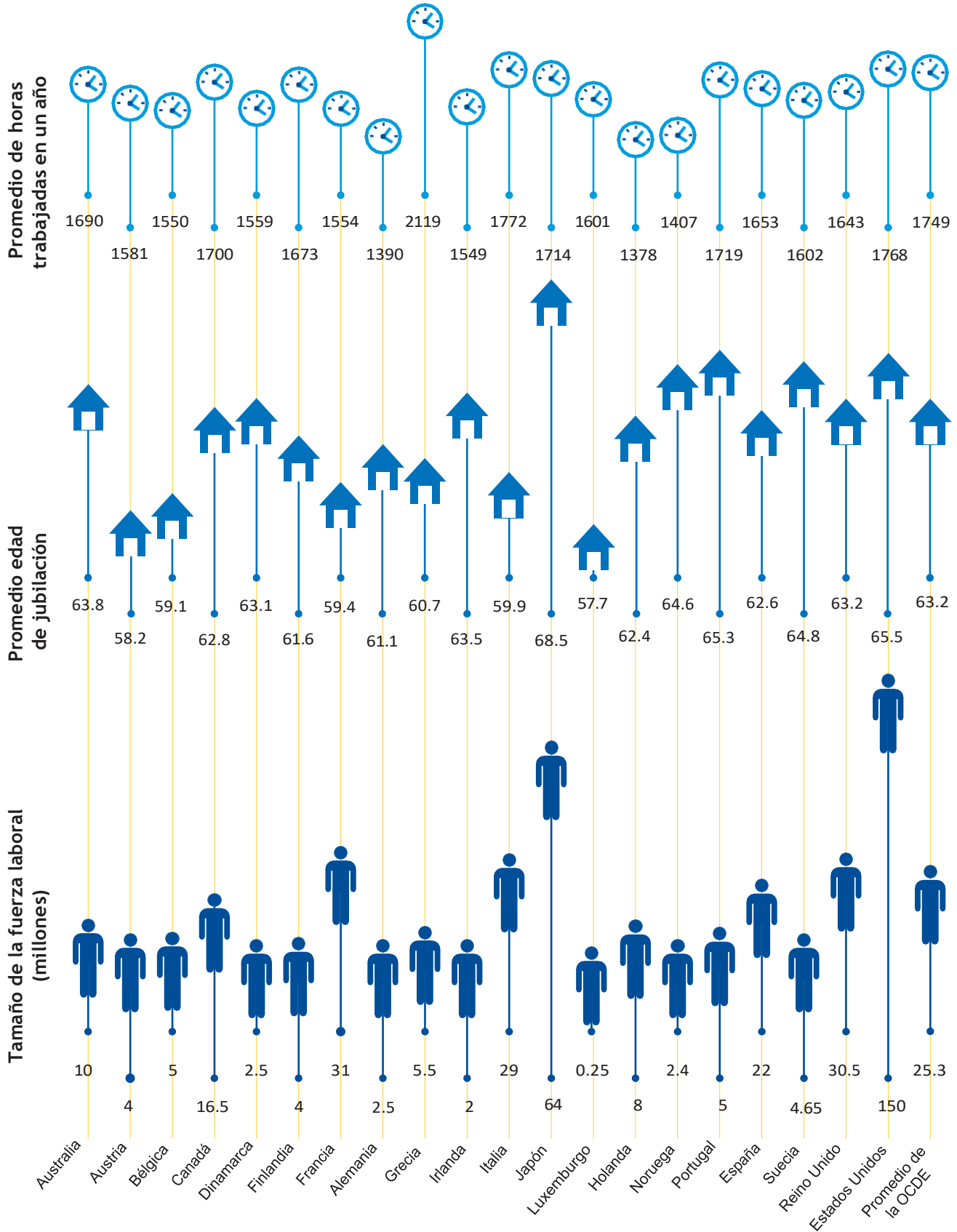
para los países de la OCDE es actualmente del 10 por ciento, existen diferencias significativas entre ellos: Grecia tiene una de las tasas de participación más bajas, con solo el cinco por ciento del personal total empleado en el campo de la salud, mientras que en Noruega, el 20 por ciento del total de trabajadores son empleados de la salud. Si todos los países de la OCDE lograran las tasas de Noruega, veríamos un aumento de la capacidad del 100 por ciento a medida que las tasas de participación pasan del 10 al 20 por ciento. Como se puede ver en la Gráfica 4, la combinación de estas medidas políticas podría resultar en un aumento de casi el 300 por ciento en la fuerza laboral de la salud.

El punto aquí no es argumentar que un aumento del 300 por ciento en la fuerza laboral de la salud es realmente posible. No podemos maximizar todos los instrumentos políticos al mismo tiempo (incluso si quisiéramos): las largas jornadas de trabajo de Grecia, por ejemplo, se deben en parte a la baja participación femenina en la economía griega. Además, la maximización de todos estos instrumentos puede no hacer maravillas en la productividad de la fuerza laboral disponible en general. Sin embargo, el punto aquí es que, a la luz de esto, superar la brecha potencial del 22 al 29 por ciento no es inviable. La cuestión central es si podemos permitirnoslo.

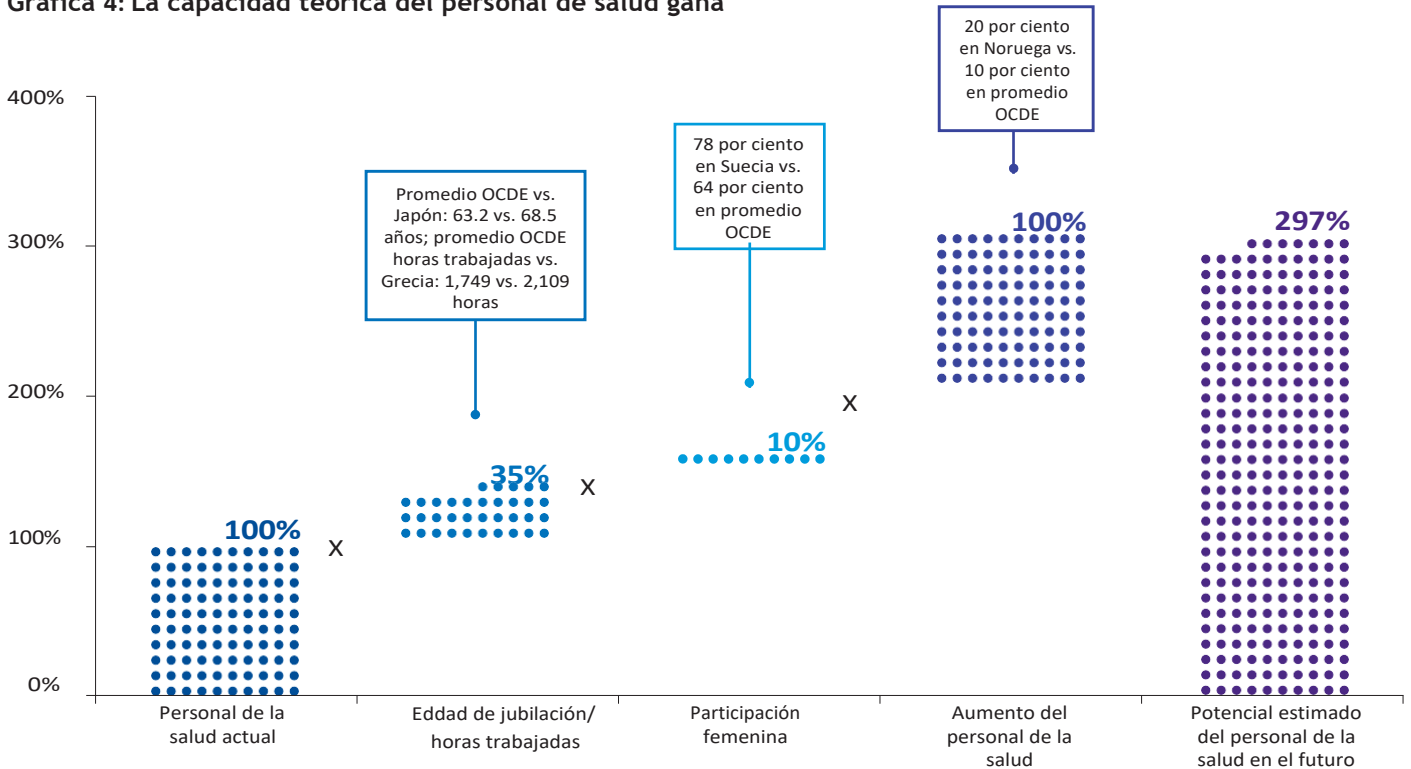
Si bien es posible que la dramática escasez de profesionales de la salud no se materialice por completo, es evidente que los sistemas de salud no pueden permitirse seguir gastando dinero en el problema. Esto forzará un cambio radical en la forma en que abordamos "el desafío de la fuerza laboral". En el mundo en desarrollo, el problema es aún más grave; la OMS estima que unos 60 países africanos y asiáticos se enfrentarán a una grave escasez de trabajadores de la salud, pero no tendrán las economías que les permitan salir de esto.

La simple verdad es que para hacer frente a este desafío, solo hay una solución: realizar mejoras sustanciales en la productividad y la capacidad del personal de la salud. Esta es, en nuestra opinión, la única manera en que los países pueden reducir simultáneamente el costo de la atención médica y la necesidad de más personal de la salud. En nuestra búsqueda global de las mejores prácticas, encontramos varios proveedores que han podido aumentar la productividad de sus profesionales, al tiempo que mejoran la calidad de la atención y el atractivo del trabajo. Al aplicar ampliamente las lecciones que ofrecen estos ejemplos (a veces sorprendentes pero igualmente inspiradores) de todo el mundo, creemos que los sistemas de salud pueden desarrollar una ruta verdaderamente sostenible para abordar el desafío de la fuerza de trabajo mundial.

Gráfica 3: Promedio de horas trabajadas por año y el promedio y la edad promedio de jubilación efectiva de los países, comparada por la fuerza laboral



Gráfica 4: La capacidad teórica del personal de salud gana



Fuente: datos de la OCDE, Análisis: KPMG International, 2012.

Escasez de mano de obra: la demografía no es el destino

La mayoría de los expertos están de acuerdo en que el mercado laboral es dinámico e involucra a docenas de piezas móviles que interactúan entre sí para afectar el crecimiento económico y la oferta laboral. Está lejos de ser una simple ecuación que mide la cantidad de empleos disponibles en comparación con la fuerza laboral disponible. De hecho, al centrarse únicamente en el número de empleos y el número de trabajadores, se corre el riesgo de ignorar las complejidades importantes, como los cambios en los niveles de inmigración, la edad de jubilación y la productividad. En pocas palabras, la demografía no es el destino y el número de trabajadores potenciales en cada grupo de edad es solo un factor potencial en la compleja ecuación que determina la oferta de mano de obra disponible.

Escasez de mano de obra en los países en desarrollo

Nuestra investigación muestra que la escasez prevista de profesionales de la salud probablemente no se materializará en los países de la OCDE, asumiendo que tienen los fondos para "financiar su salida".

Sin embargo, según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), muchos países en desarrollo enfrentan ahora una grave escasez de profesionales de la salud y, como resultado, la prestación de servicios de salud esenciales está en riesgo. Claramente, la financiación es un reto importante y, si bien, el aumento de la productividad de la fuerza laboral existente será un objetivo clave para esos países, se necesitarán soluciones aún más imaginativas si el mundo en desarrollo espera superar la brecha potencial de la fuerza laboral.

Importación de mano de obra del extranjero

Aunque la cantidad de personal disponible en un país determinado depende en gran medida de las condiciones del mercado laboral nacional, hay varios ejemplos de países que importan grandes cantidades de profesionales de la salud de otros países para cerrar la brecha de fuerza laboral. Sin embargo, si se examinan los mercados laborales mundiales de salud, parece claro que importar personal de salud no es la forma más deseable de hacer frente a la escasez de mano de obra nacional (Crisp 2010). La importación de profesionales de la salud solo traslada la posible escasez de mano de obra en la atención médica, a menudo en países menos desarrollados donde los salarios son más bajos. Importar personal de países menos desarrollados también significa alejar a las personas con alto nivel de educación de países que pueden haber tenido dificultades para pagar su educación, en primer lugar.

Mejorar la productividad de los proveedores de salud

Si bien "resolver" el problema de la fuerza laboral al elevar los costos generales a niveles inaceptables no es una solución viable, presionar demasiado en la productividad también conlleva peligros claros.

Los proveedores de servicios de salud podrían simplemente reducir sus costos, como lo hacen muchas empresas en tiempos de déficit económico. Pero esto no es aconsejable por dos razones. En primer lugar, la investigación muestra que las reducciones de costos realizadas en tiempos de dificultades financieras no suelen ser sostenibles. En promedio, se cree que el 93 por ciento del recorte de costos regresa cuando las empresas se enfocan en el crecimiento después de un período de recorte de costos (KPMG, 2011). De hecho, los programas de eficiencia de costos sostenibles tienden a requerir que las empresas generen un enfoque y una visión claros, aumenten la transparencia y mejoren el compromiso de los empleados: capacidades que faltan en muchas empresas y que son particularmente difíciles para las organizaciones de atención médica.

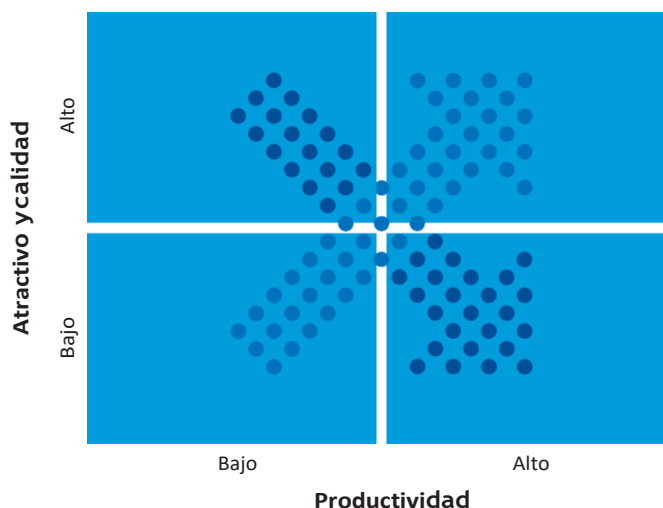
En segundo lugar, a menudo se demuestra que las medidas contundentes de recortes de costos tienen un impacto negativo tanto en la calidad de la atención como en el compromiso de los profesionales y otros trabajadores. En pocas palabras, pedir a los empleados que trabajen más duro no es una receta comprobada para el éxito. Exigir a los profesionales que atiendan a más pacientes por día podría llevar a una menor calidad y a un mayor riesgo de errores médicos.

Además, dichas medidas generalmente disminuyen la satisfacción de la fuerza laboral, lo que lleva a un aumento en los niveles de ausentismo y una disminución en las tasas de retención de empleados (ver flecha azul claro en la Gráfica 5). Claramente, si el sector salud perdiera el enfoque en la calidad y el atractivo, entonces se perdería el potencial significativo de la oferta de mano de obra, lo que provocaría una espiral descendente que no podemos permitirnos.

El reto, por lo tanto, es cerrar la brecha potencial de la fuerza laboral de una manera nueva y radical: aumentando la productividad del personal de salud mientras se mejora la calidad de la atención y el atractivo del trabajo de atención médica. Nuestra investigación muestra claramente que este enfoque puede resultar en ahorros de costos, ganancias de calidad y una fuerza laboral más satisfecha (como lo ilustra la flecha azul oscuro en la Gráfica 5).

Gráfica 5: El desafío: mejorar la productividad, calidad y el atractivo del trabajo

Con demasiada frecuencia, impulsar la productividad reduce la motivación de la fuerza laboral y el atractivo del trabajo, lo que afecta negativamente la calidad del trabajo entregado: la flecha azul claro. El desafío radica en encontrar las prácticas detrás de la flecha azul oscuro: mejorar la productividad y al mismo tiempo aumentar la calidad, motivación de la fuerza laboral y el atractivo laboral.



Fuente: KPMG International, 2012.

Los cinco hábitos exitosos para mejorar la motivación y productividad del personal

A medida que examinamos los sistemas de salud del mundo para encontrar las mejores prácticas, identificamos a muchos proveedores que habían aumentado exitosamente la productividad de sus profesionales al mismo tiempo que lograron ganancias en calidad y un mayor atractivo del trabajo de atención médica.

Lo que encontramos fue que, si bien los proveedores varían en estructura, recursos y cultura, hubo una serie de puntos en común que caracterizaron los sistemas que habían encontrado una receta para obtener ganancias en productividad, calidad y atractivo. Llamamos a estos los cinco hábitos exitosos para mejorar la motivación y productividad del personal.

La primera característica es que las organizaciones exitosas tienden a mostrar un **enfoque estratégico en el valor para los pacientes**, acompañados por **profesionales empoderados** que son responsables (a menudo conjuntamente con la gerencia) de la organización del proceso al brindar atención. Las organizaciones exitosas también demuestran fuertes capacidades en **tareas inteligentes y rediseño de procesos de negocios**. Esto significa que las tareas de atención para los pacientes se reasignan de una manera que permite maximizar las diferentes habilidades de los profesionales en un entorno en el que no se considera que ninguna tarea se considere "fuera de los límites" para algunas profesiones debido a disputas de límites. Como resultado, las decisiones y responsabilidades se entregan a quienes están mejor equipados para la tarea, independientemente de las costumbres arraigadas. Este empoderamiento de diferentes profesionales va de la mano con el cuarto hábito de las organizaciones exitosas, que ve el control de estos profesionales sobre los resultados de su trabajo mejorado a través de formas cada vez más sofisticadas de dirigir los resultados al aprovechar la información de gestión disponible.

De hecho, con la información adecuada, los profesionales suelen ser capaces de monitorear sus propios procesos de trabajo y mejorar la calidad y el rendimiento de la productividad. Además, se ha demostrado que el acceso a la información de gestión ayuda a crear mayores niveles de responsabilidad entre los profesionales y la dirección de la organización. Por último, las organizaciones exitosas también tienden a **gestionar activamente el desempeño del personal** de manera que se faculte al personal para prosperar mediante la adopción de una variedad de políticas como el desarrollo del liderazgo clínico y la rendición de cuentas, la capacitación y la educación, la gestión inteligente de las ausencias, etc.

1. Enfoque estratégico en el valor de los pacientes

En un artículo publicado en el New England Journal of Medicine, el Dr. Tom Lee, del Hospital General de Massachusetts, dice: "" Valor "es una palabra que ha despertado el escepticismo entre los médicos, quienes sospechan que es un código de "reducción de costos ". Sin embargo, un número cada vez mayor de organizaciones de prestación de servicios de salud describen ahora la mejora del valor para los pacientes como un objetivo fundamental ". De nuestros estudios de caso queda claro que este es el primer paso clave para mejorar la calidad, reducir los costos y aumentar la productividad.

Las organizaciones deben tener una visión clara de lo que constituye un valor para los pacientes y usar esto para establecer su estrategia, medir el éxito y como base para las conversaciones con el personal de primera línea. Tener un fuerte sentido de propósito basado en lo que es importante para los pacientes y asegurar que haya un enfoque en esto en todos los niveles de la organización significa que es mucho más probable que haya una alineación entre los objetivos de gestión profesional. Este es un requisito crucial

para el éxito en los otros hábitos clave que hemos identificado y hace que las conversaciones difíciles sobre el rediseño de los procesos de trabajo, el rendimiento, etc. sean más fáciles y constructivas.

Nuestra investigación global muestra que las organizaciones exitosas deben integrar la búsqueda de valor para los pacientes en todos los aspectos de la organización, incluidos sus objetivos, información de gestión, métodos de reclutamiento, sistemas de recompensa, estrategias y el comportamiento del personal en primera línea.

2. Profesionales empoderados

Los métodos de comando y control no funcionan bien en entornos complejos. El personal que tiene discreción limitada tendrá menos capacidad de resolver problemas, identificar mejoras o emprender iniciativas: peor aún, se ha encontrado que los bajos niveles de autonomía tienen un impacto negativo en la mortalidad del paciente y en la retención y contratación de personal. El resumen de la investigación de Daniel Pink en esta área ha encontrado algunos resultados sorprendentes. Para tareas simples, los motivadores monetarios estándar funcionan, pero pueden no funcionar en absoluto para tareas complejas y cognitivamente exigentes. El personal necesita un pago que satisfaga sus necesidades y se sienta justo, pero una vez que esto se lleva a cabo, se requieren tres factores adicionales:

— Autonomía — la capacidad de dirigir el curso del propio trabajo.

— Dominio y autodesafío — El deseo general de que las personas se mejoren a sí mismas, ganen experiencia y mejoren en lo que disfrutan.

— Propósito — Las razones por las que el personal hace lo que hace. Hacer tareas simplemente por dinero y ganancias no es muy motivador, pero hacer tareas para mejorar la vida de alguien, para hacer el mundo mejor, para tener un propósito bien definido para trabajar y hacer dinero - eso es motivador. Es por eso que el primer hábito es tan importante.

Hay algunos pasos adicionales para asegurar que el empoderamiento sea efectivo. En primer lugar, si los profesionales van a liderar, necesitarán aprender habilidades de liderazgo y de trabajo en equipo y ser entrenados y apoyados a medida que aprenden.

Esto debe incluir habilidades de mejorar y el tiempo para usarlas. En segundo lugar, como lo demuestra el estudio de caso de Virginia Mason (ver página 16), a menudo es necesario que haya una discusión explícita sobre lo que se espera del personal y cómo se le pedirá cuentas. Es necesario que haya un cambio en la relación tradicional entre los médicos y su organización. En el pasado hubo poca responsabilidad y la autonomía se interpretó como la libertad de practicar la medicina en una amplia variedad de formas diferentes no limitadas por consideraciones de costo. Es necesario negociar un nuevo modelo de autonomía responsable en el que los profesionales rindan cuentas de los resultados y en el que se registren y discutan las decisiones de abandonar las vías de atención basadas en la evidencia. Para las enfermeras y otros miembros del personal, es importante una mayor autonomía y control, con el apoyo de líderes de primera línea de alta calidad. En tercer lugar, el empoderamiento se apoya en un mejor trabajo en equipo, que también se asocia con menos errores, menor desgaste de las enfermeras y atención de mayor calidad, incluida la posible reducción de la mortalidad.

El trabajo en equipo no solo sucede y necesita ser desarrollado y fomentado.

3. Rediseño de tareas y procesos

Muchas de las tareas y procesos de la atención médica no se han diseñado sistemáticamente y a menudo tienen más que ver con la comodidad del personal y la tradición que con las necesidades del paciente. El uso generalizado de métodos para mejorar la eficiencia a través de la estandarización y el rediseño sistemático de la atención es un hábito clave de las organizaciones que estudiamos. La mejor manera de integrar la mejora continua en el trabajo de su personal, así como un rediseño más radical de las funciones del personal y los procesos de trabajo. Un hallazgo sorprendente es que la mejora de la eficiencia, que también puede significar ver más pacientes, puede aumentar la satisfacción en el trabajo al eliminar el trabajo inútil que el personal tiene que hacer para reparar los sistemas rotos, buscar equipo faltante o tratar con la falta de atención médica correcta a la primera.

Como vemos en el estudio de caso de Mozambique, a veces la calidad y los costos pueden mejorarse capacitando a los trabajadores para que asuman tareas que antes solo habían sido realizadas por médicos.

Si bien hay muchas oportunidades para cambiar las tareas a un personal menos remunerado y menos capacitado, es un error asumir que esta es siempre la respuesta. En la atención de emergencia, parece que tener la persona más capacitada y experimentada para tomar decisiones tan pronto como sea posible en el proceso produce mejores resultados y menores costos. En el ejemplo de Buurtzorg, la eficiencia se maximiza mediante la integración de tareas. Los costos adicionales que supone la utilización de profesionales mejor formados para tareas que podrían ser realizadas por personal menos remunerado y menos cualificado se compensan con la reducción de los

tiempos de viaje, los costos de las entregas y la mejora de la toma de decisiones por parte del personal, que puede utilizar su juicio para decidir lo que se necesita e identificar los problemas. Hay beneficios inesperados de esto, por ejemplo, mientras las enfermeras de atención domiciliaria realizan tareas menos exigentes, pueden hablar con los pacientes e identificar riesgos y problemas que pueden reducir los costos futuros.

La necesidad de relacionar las habilidades correctas con la tarea es una de las razones por las cuales el uso de vías es una estrategia clave para mejorar los procesos. Como muestran los estudios de caso de Aravind Eye Care and Circle, también son importantes como herramientas para mejorar el rendimiento, eliminar el desperdicio y para involucrar al personal clínico en el diseño y la mejora. Este es un ejemplo de cómo las organizaciones líderes han comenzado a tratar la gestión del conocimiento como una competencia organizacional clave. Las mejores prácticas se pueden diseñar en procesos en lugar de tener que depender de la contratación de las personas con más conocimientos.

4. Orientación en función de los resultados: medición y retroalimentación

Richard Bohmer, de Harvard Business School, identifica una serie de hábitos de las organizaciones de alto desempeño, entre estos: la medición y supervisión del trabajo clínico y el autoestudio. Las mejores organizaciones están recopilando más información sobre los procesos y resultados que la requerida por los reguladores y otros informes externos, y la utilizan para impulsar mejoras. El punto final es dirigir la organización por resultados, por ejemplo, medir las tasas de infección en lugar de cumplir con la política de higiene de manos. Hay un camino por recorrer antes de que esto sea una realidad.

Las mejores organizaciones utilizan sus datos generados internamente para probar ideas de mejora y para generar nuevos conocimientos sobre lo que funciona y cambiar su práctica. Esto requiere personal que tenga claro el valor (hábito 1), empoderado y capacitado para mejorar (hábito 2) y que tenga las herramientas para especificar y diseñar una atención de alta calidad (hábito 3). El hábito de medición y retroalimentación refuerza esta cultura de mejora.

En los estudios de casos podemos ver cómo Circle and Avarind utilizan el seguimiento y el intercambio de resultados con los profesionales para crear un impulso para mejorar los resultados. De manera similar, al monitorear la satisfacción del paciente y los costos generales de la atención, Buurtzorg ha logrado demostrar a los pagadores que su modelo de negocio (empleando enfermeras más caras, en equipos de autogestión) es más rentable y funciona.

5. Motivación y gestión activa del personal

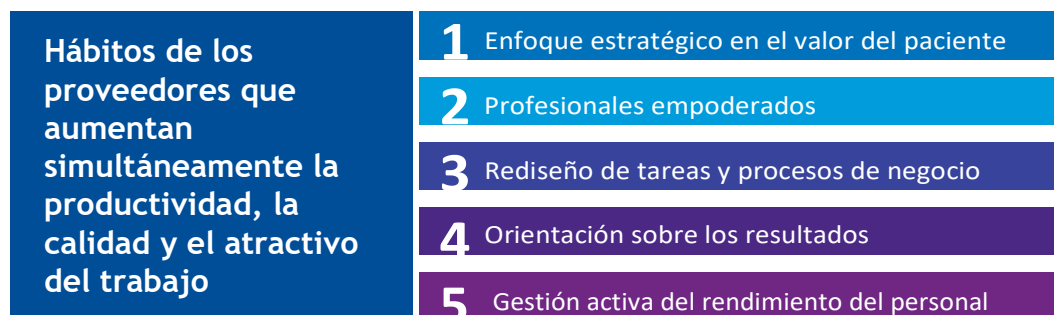
La gestión de recursos humanos está poco desarrollada en muchas organizaciones de salud. A menudo es transaccional, tradicional y averso al riesgo. A menudo carece de una perspectiva estratégica y generalmente no está preparada para desafiar la práctica actual. Si bien muchas de las organizaciones de alto desempeño que figuran en este informe han adoptado un enfoque innovador, también aprecian que estas iniciativas deben basarse en una plataforma de buenas prácticas básicas. El fracaso en esta área puede debilitar gravemente el compromiso del personal con los valores de la organización y su apoyo a su liderazgo. Estas prácticas deben comenzar en la etapa de reclutamiento, asegurándose que el personal no solo tenga las habilidades adecuadas, sino que comprenda y apoye los valores de la organización. El reclutamiento de personas que son resistentes al cambio parece ser un factor importante. La inducción a la organización se toma en serio y es obligatoria, incluso para los altos directivos.

En nuestros estudios de caso, el personal tiene roles claramente definidos y apoyados por sistemas para garantizar que reciban retroalimentación y evaluaciones de alta calidad que estén vinculados a recompensas y se basen en métricas que sean significativas. Además de reconocer y recompensar el buen desempeño, las mejores organizaciones también son rigurosas con respecto al mal desempeño, el comportamiento contrario a los valores de la organización y el ausentismo. Existe una sólida justificación económica para centrarse en el bienestar del personal y en la experiencia del personal.

Estos procesos fundamentales deben ser parte de un enfoque más amplio de la gobernanza de calidad que se encuentra en las mejores organizaciones donde la Junta desempeña un papel clave en el establecimiento de objetivos y valores y garantiza que estos se mantengan y permeen en la organización.

A continuación se examinan algunas de las experiencias detalladas de todo el mundo donde estos cinco enfoques se han aplicado de manera efectiva.

Gráfica 6: Los cinco hábitos compartidos por los proveedores que abordan con éxito el desafío de la fuerza laboral



Fuente: KPMG International, 2012.

Holanda:

Las enfermeras capacitadas de Buurtzorg se centran en el valor del paciente

Antecedentes

En Holanda, la financiación y la prestación de atención domiciliaria están muy fragmentadas con diversas tareas, como bañar al paciente, servir comidas y aplicar compresiones elásticas, pagadas a través de diferentes planes de reembolso y, en la mayoría de los casos, ejecutadas por diferentes profesionales. Como resultado, la atención al paciente tiende a carecer de coordinación, lo que dificulta que los proveedores de atención respondan adecuadamente a las condiciones cambiantes del paciente, lo que a su vez conduce a una continuidad de la atención comprometida y una baja satisfacción del paciente.

Al mismo tiempo, muchos proveedores de servicios de atención domiciliaria han reducido los costos ajustando el nivel mínimo de habilidad requerido para realizar cada tarea. La atención domiciliaria holandesa también tiende a

centrarse en responder a los problemas actuales de los pacientes en lugar de prevenir el deterioro, lo que significa que las intervenciones generalmente se agregan solo una vez que la condición del paciente ya ha empeorado.

Para responder a estos desafíos, se creó la organización de atención domiciliaria Buurtzorg (que significa atención en el vecindario) para centrarse en el valor del paciente al poner a los profesionales a la cabeza mediante el cambio de tareas inverso.

Esencialmente, el programa capacita a las enfermeras (en lugar de los asistentes de enfermería o los encargados de la limpieza) para brindar toda la atención que los pacientes necesitan. Y si bien esto ha significado mayores costos por hora, el resultado ha sido menos horas en total. De hecho, al cambiar el modelo de atención, Buurtzorg logró una reducción del 50 por ciento en las horas de atención, mejoró la calidad de la atención y aumentó la satisfacción laboral de sus

empleados. De hecho, en 2011, Buurtzorg fue elegido como el empleador holandés del año.

Cómo condujo a la mejora de la productividad

Una de las claves del éxito del programa es que las enfermeras de atención domiciliaria de Buurtzorg organizan su trabajo ellas mismas. Además, en lugar de realizar tareas fijas e irse, utilizan su experiencia profesional para resolver el problema del paciente aprovechando al máximo las capacidades, los recursos y el entorno existentes de sus clientes para ayudar a que el paciente sea más autosuficiente. En pocas palabras, el objetivo de los profesionales de Buurtzorg es hacerse superfluos lo antes posible, frente a otros proveedores que tienden a ejecutar las subtareas sin centrarse realmente en la situación general del paciente.

Prácticas utilizadas

Pedir al personal que se centre en la prevención de futuros problemas

Dar permiso al personal para resolver problemas

Capacitar al personal en la mejora

Medir si se satisfacen las necesidades de los pacientes

Desarrollar equipos de autogestión

Buurtzorg utiliza pequeños equipos de autodirección (con un máximo de 12 enfermeras) que atienden a un área de aproximadamente 15.000 habitantes y trabajan juntos para garantizar la continuidad de la atención. Como resultado, los profesionales establecen relaciones duraderas con su comunidad, lo que fortalece aún más su capacidad para encontrar soluciones locales para los problemas de los pacientes. Si bien los equipos son independientes y autónomos, cuentan con el respaldo de una organización de servicios centralizada que proporciona información de gestión tanto al equipo como a los líderes de las organizaciones para minimizar los gastos locales y maximizar el tiempo cara a cara del profesional con los pacientes.

Gráfica 7: Resultados de los métodos de Buurtzorg



Resultados clave

En solo dos años, más de 2.000 enfermeras se han unido al programa a pesar de que el mercado laboral para las enfermeras en Holanda es cada vez más limitado. De hecho, en 2011, Buurtzorg empleaba a 4.000 enfermeras y auxiliares de enfermería que trabajan en más de 380 equipos autónomos.

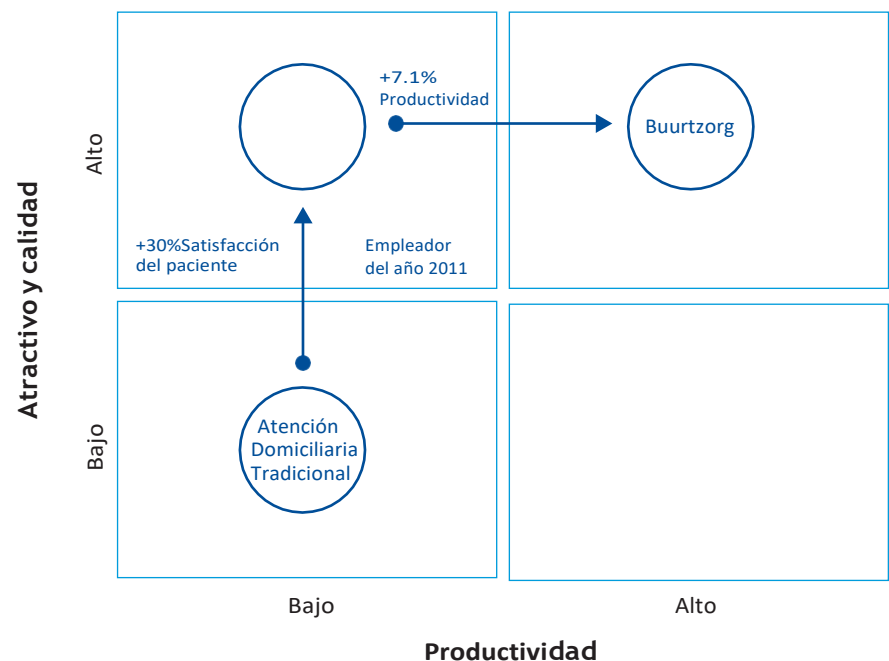
Los resultados preliminares muestran que los pacientes de Buurtzorg consumen solo el 40 por ciento de la atención a la que tienen derecho y la mitad de los pacientes reciben atención durante menos de tres meses. Como resultado, los puntajes de satisfacción del paciente están un 30 por ciento por encima del promedio nacional y el número de episodios costosos que requieren intervenciones no planificadas ha disminuido. Los ingresos financieros de la compañía también han aumentado dramáticamente de €1 millón a € 40 millones en un período de cinco años.

El enfoque de Buurtzorg para la prestación de servicios de salud ha llevado también a una mayor productividad de la fuerza laboral y ha reducido las tasas de ausencia por enfermedad. De hecho, la organización total de Buurtzorg requiere unos gastos

generales de solo el ocho por ciento, en comparación con más del 12 por ciento dentro del sector de servicios de atención domiciliar regular en Holanda. En 2010, la compañía logró un 58 por ciento del tiempo realmente dedicado a los pacientes, en comparación con un promedio

nacional de solo el 51%. Dado que en 2010 se prestaron 45 millones de horas de atención domiciliar en Holanda, el mayor nivel de productividad representado por Buurtzorg podría liberar potencialmente a casi 7.000 empleados a tiempo completo en todo el país (CVZ, 2011).

Gráfica 8: Buurtzorg aumenta la productividad, la calidad y el atractivo laboral



Fuente: Buurtzorg, Análisis: KPMG International, 2012.

Estados Unidos:

Cambios en las relaciones con los médicos del Virginia Mason Medical Center

Antecedentes

Virginia Mason es bien conocida por su aplicación del sistema Toyota Production a la atención médica, pero su trabajo para cambiar la relación entre la organización y sus médicos es igual de impresionante. Sin la participación activa de los médicos, las organizaciones de salud tienen pocas posibilidades de implementar mejoras radicales. El problema en muchos lugares es que las expectativas y demandas hechas a los médicos, el aumento de la responsabilidad y los requisitos para trabajar de manera más organizada y sistemática, han desafiado la base de sus relaciones tradicionales con el hospital. Los privilegios que los médicos habían disfrutado, como un alto nivel de libertad, la protección frente a los rigores del mercado y la tolerancia de conductas no permitidas en otros miembros del personal, han sido gradualmente atacados. El antiguo acuerdo ha sido reemplazado sin ninguna conversación explícita y en todo el mundo esto se ha estado manifestando en el descontento entre muchos médicos. El antídoto es discutir abiertamente con los médicos qué está cambiando y por qué, luego crear una visión compartida que realmente tenga sentido y, también, definir conjuntamente un acuerdo nuevo y explícito que respalde tanto el éxito de la organización como el orgullo y la satisfacción profesional de los médicos.

Este enfoque se basa en la investigación sobre la idea del contrato psicológico adaptado para la atención médica por Amicus Inc.

El Dr. Gary Kaplan, Presidente y CEO (Director Ejecutivo) del Virginia Mason Medical Center, decidió abordar este tema y desarrollar un nuevo "convenio" entre Virginia Mason y los médicos que trabajaron para este. La razón inicial de esto fue un período de desafío financiero que llevó a la designación de Gary como CEO y al desarrollo de una nueva visión y estrategia para la organización.

Cómo condujo a la mejora de la productividad

La primera fase consistió en entrevistas con médicos por Jack Silverstein de Amicus. El Dr. Kaplan dice que Jack descubrió rápidamente que una gran parte de la frustración que sentían nuestros médicos era la sensación de que Virginia Mason no era la misma organización a la que se habían unido. El acuerdo que les habían prometido — y que habían disfrutado — fue, a su juicio, violado.

Se organizó un retiro para los médicos y directivos. Gary identifica esto como un punto de inflexión clave. Con la ayuda de un líder médico de larga trayectoria, el personal se tomó un tiempo para

reflexionar sobre los problemas. El Dr. Kaplan dice: "Hablaban con franqueza sobre el antiguo acuerdo que se caracterizaba por la autonomía, la protección y los derechos. Y, compartieron su sentimiento de pérdida y frustración. Hubo un duelo real por los aspectos del pasado que no iban a volver. Sé que la catarsis emocional que algunos — no todos — experimentaron durante el retiro un gran impacto en la preparación para seguir adelante. El grupo que asistió al retiro (la mayoría del personal médico) compartieron ideas sobre cómo debería ser un nuevo acuerdo".

La siguiente fase de desarrollo del acuerdo tomó más de seis meses. Primero, se creó un grupo para llevar adelante la idea. Este fue un amplio grupo de entusiastas y escépticos. El CEO se unió al comité, pero tenía claro que no quería que sus comentarios influyeran en otros. Su función era ayudar a asegurar que las "peticiones" de la organización no quedaran fuera del alcance de lo que la organización estaba dispuesta a dar.

Se celebraron reuniones de departamento en las que se examinó, discutió y mejoró el borrador del acuerdo. Se recopilaron los comentarios de muchas reuniones y se elaboró un segundo borrador para un debate más profundo. Esto sucedió hasta la primavera de 2001. Era verano, cuando se finalizó el acuerdo y se compartió con todos los médicos en las reuniones departamentales.

Resultados clave

El Dr. Kaplan dice: "¿Hubo resistencia a este nuevo conjunto de expectativas recíprocas? Menos de lo que uno podría anticipar. Si hubiéramos salido del retiro y hubiéramos distribuido el borrador que surgió como un acuerdo cerrado, le garantizo que habría habido un retroceso. Al final, un número muy pequeño de médicos abandonaron nuestra organización porque no estaban de acuerdo con la idea de expectativas tan claras o no les gustaba lo que les obligaba a hacer. Toda mi carrera había sido en el Virginia Mason Medical Center, por lo que ver a los médicos retirarse bajo mi supervisión fue fácil. Pero si la coincidencia entre nuestras expectativas y la de un médico en particular no es buena, todos están mejor cuando ese médico decide ejercer en otro lugar. La cultura que ha evolucionado a partir de nuestro acuerdo está ayudando a que todos nuestros esfuerzos de mejora tengan éxito.

El Dr. Kaplan reflexiona que "mirando hacia atrás es una suerte que hayamos realizado el convenio de trabajo cuando lo hicimos". Esto precedió a nuestro aprendizaje sobre Toyota Production y creo que es un contribuyente significativo al progreso que

hemos hecho en la adopción de nuestro Sistema de Producción de Virginia Mason. Una lección clave para mí es cómo la transparencia esencial está en todo lo que hacemos. Es fundamental conocer su estado actual para que pueda mejorar cualquier flujo de valor o proceso. Y ser absolutamente transparente con respecto a lo que los médicos pueden esperar del VMMC y lo que, a su vez, se espera de ellos, es la única manera de tener éxito y tener médicos que estén profesionalmente satisfechos y contribuyan al 100 por ciento todos los días.

Por último, la palabra japonesa "nemawashi" capta por qué nuestro convenio de trabajo ha tenido éxito. Significa "labrar la tierra", lo que tomaba el tiempo necesario para tener conversaciones profundas. La reflexión que hicimos y el cambio de convenio que resultó nos ha permitido avanzar más y más rápido de lo que podríamos haber hecho. El acuerdo ha demostrado ser una forma extremadamente útil de alinear el comportamiento de los médicos con lo que la organización necesita de ellos para lograr nuestra visión compartida — "ser el líder en calidad y transformar la atención médica".

Prácticas utilizadas

Visión clara de la mejora

Involucrar a los médicos para que piensen cómo trabajan con la organización

Utilizar una metodología de mejora

Acuerdo para médicos del Virginia-Mason Medical Center

Responsabilidades de la Organización

Fomentar la Excelencia

- Reclutar y retener a médicos y personal superior
- Apoyar el desarrollo y la satisfacción profesional
- Reconocer las contribuciones a la atención del paciente y a la organización
- Crear oportunidades para participar o apoyar la investigación

Escuchar y Comunicar

- Compartir información sobre la intención estratégica, las prioridades de la organización y las decisiones de negocio
- Ofrecer oportunidades para un diálogo constructivo
- Proporcionar una evaluación y retroalimentación regular y por escrito

Educar

- Apoyar y facilitar la enseñanza, educación médica para graduados (GME) y educación médica continua (CME)
- Proporcionar la información y las herramientas necesarias para mejorar la práctica

Recompensar

- Proporcionar una compensación clara con coherencia interna y de mercado, alineada con los objetivos de la organización.
- Crear un ambiente que apoye a los equipos y a los individuos

Dirigir

- Gestionar y dirigir la organización con integridad y responsabilidad

Responsabilidades de los Médicos

Enfoque en los Pacientes

- Práctica de vanguardia, medicina de calidad
- Fomentar la participación del paciente en las decisiones sobre atención y tratamiento
- Lograr y mantener un acceso óptimo al paciente
- Insistir en un servicio ininterrumpido

Colaborar en la prestación de cuidados

- Incluir al personal, los médicos y la gerencia en el equipo
- Tratar a todos los miembros con respeto

- Demostrar los más altos niveles de conducta ética y profesional
- Comportarse de manera consistente con las metas del grupo
- Participar o apoyar la enseñanza

Escuchar y Comunicar

- Comunicar la información clínica de manera clara y oportuna
- Solicitar información, recursos necesarios para brindar atención de acuerdo con los objetivos de VM
- Proporcionar y aceptar retroalimentación

Apropiarse

- Implementar estándares de atención clínica aceptados por VM
- Participar y apoyar las decisiones del grupo
- Enfoque en los aspectos económicos de nuestra práctica

Cambio

- Aceptar la innovación y la mejora continua
- Participar en el cambio organizacional necesario

Lista de verificación del convenio

El proceso de desarrollo de un acuerdo explícito se facilita cuando se dan las siguientes condiciones:

- Confianza suficiente entre médicos y administradores para poder tener conversaciones sinceras
- Educación para los médicos sobre los cambios económicos y de mercado que están impulsando la necesidad de cambiar la forma en que la atención médica es prestada
- Desarrollo: apropiación amplia y profunda de una visión compartida — una imagen de hacia dónde se dirige la organización — que resuena con todo el mundo
- Una coalición o comité de orientación que puede promover por un proceso de cambio del convenio con el cuerpo médico
- Suficiente paciencia para permitir un proceso que afecta a todos los médicos - NO un "despliegue" de líderes de alto nivel.
- Tiempo suficiente para que los médicos y administradores participen en un diálogo sobre qué comportamientos son necesarios
- Voluntad desde arriba de hacer responsables tanto a los administradores como a los médicos de cumplir con los compromisos del acuerdo una vez que se haya creado un documento que cuente con un amplio apoyo.
- Los principales líderes demuestran que NO están exentos, sino que son abanderados de nuevos comportamientos y se abren a la retroalimentación sobre cómo sus comportamientos son o no son consistentes con el nuevo acuerdo.

Fuente: Amicus Inc. con permiso

Mozambique:

Mejor acceso y calidad de la atención obstétrica mediante la rotación de tareas

Antecedentes*

Como muchos países africanos, Mozambique está experimentando una escasez crítica de trabajadores de salud. Después de la independencia en 1975, el país solo contaba con 80 médicos para atender a una población de 14 millones de personas y con muy poco personal capaz de proporcionar atención obstétrica de emergencia³.

Sin embargo, a partir de 1984, Mozambique comenzó a explorar una solución parcial a este desafío inmediato mediante la capacitación de personal no médico para realizar cirugía obstétrica.

Cómo condujo a la mejora de la productividad

Si bien la cirugía obstétrica es tradicionalmente realizada por ginecólogos, muchas intervenciones

quirúrgicas obstétricas (como las cesáreas) también pueden ser realizadas por personal no médico capacitado. A partir de 1984, el país comenzó a reclutar trabajadores de la salud de zonas rurales para capacitarlos en la realización de este tipo de intervenciones.

A los candidatos se les exigía que tuvieran al menos un título de tres años como enfermero o asistente médico y luego tenían que completar un curso de dos años, seguido por una práctica de 12 meses bajo la supervisión de un cirujano (Kruk et al. 2007). Después de completar el curso, los reclutas se convirtieron en 'Técnicos de cirugía' (un rol comparable al de los asistentes médicos entrenados quirúrgicamente), y se les permitió realizar cirugías obstétricas.

Prácticas utilizadas

Mejorar la mortalidad materna y otros resultados

Capacitar al personal para realizar tareas complejas

Repensar la formación

*Este caso ilustra cómo en los países en desarrollo hay que encontrar soluciones poco ortodoxas dada la inmensa escasez de profesionales de la salud cualificados. No pretende ser un ejemplo de cómo debe gestionarse cada sistema de salud, sino de cómo los países desarrollados pueden aprender de los países en desarrollo.

³ Kruk et al, 2007.

Resultados clave

A lo largo de los años, los "Técnicos" se han convertido en una parte de vital importancia de la prestación de atención obstétrica en las zonas rurales de Mozambique. De hecho, según un estudio de 2007, el 92% de todas las cirugías obstétricas en todos los hospitales de distrito eran realizadas por "Técnicos de cirugía" (Kruk et al. 2007). Además, Mozambique disfruta de una alta tasa de retención de estos "Técnicos", de los cuales el 88 por ciento todavía trabajaba en el país siete años después de su graduación. Este logro es aún más significativo cuando se juxtapone a la tasa de retención de los médicos, que había caído a cero después de siete años.

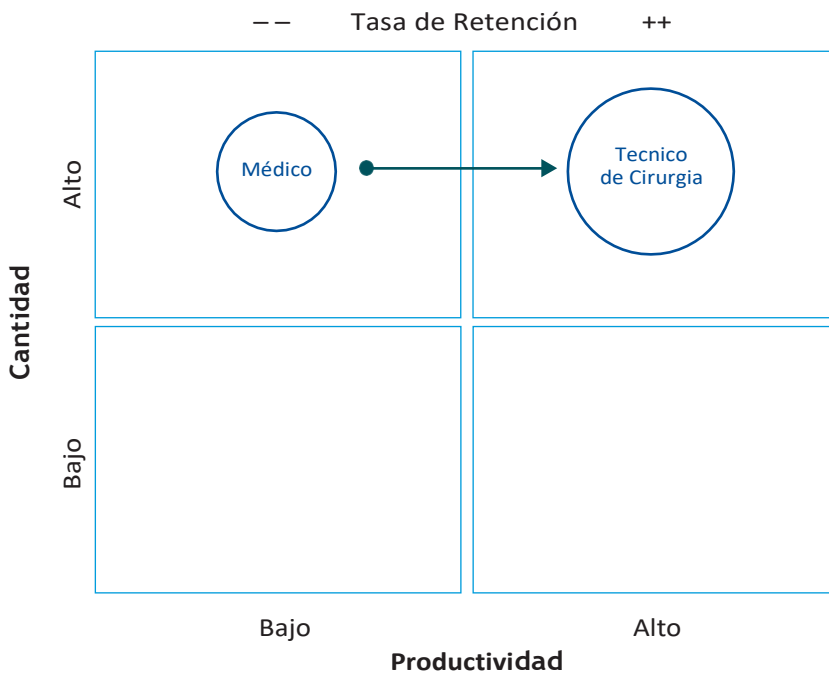
Los estudios sobre el éxito de "Técnicos" también revelan que, después de revisar 2.071 cesáreas realizadas por "Técnicos" y ginecólogos (Kruk et al. 2007), no hubo una diferencia clínicamente significativa en las medidas de resultado entre los dos: toma de decisiones y calidad de la atención según lo medido por las indicaciones para la cirugía, muertes postoperatorias y complicaciones mayores fueron comparables a los obstetras" (Kruk et al. 2007).

La iniciativa de "Técnicos" también demostró ser excepcionalmente rentable. Las investigaciones muestran que la formación de un "Técnico"

cuesta US\$19,465 dólares, en comparación con US\$74,130 por médico. Igualmente, el costo anual de despliegue también fue mucho menor, ya que cada "Técnico" requirió US \$3,859 en comparación con US \$10,367 por médico (Kruk et al. 2007).

Este ejemplo muestra que, al ampliar el número de trabajadores calificados, se puede satisfacer la demanda de salud sin comprometer la calidad de la atención. La experiencia de Mozambique demuestra que las medidas no tradicionales pueden reducir los costos de salud y mejorar la retención del personal.

Gráfica 9: Rotación de tareas "Técnicos de Cirugía"



Fuente: KPMG International, 2012.

India:

Aravind Eye Care System (Sistema de atención oftalmológica): Optimización del flujo de pacientes

Antecedentes

India es el hogar de 9 millones de los 45 millones de ciegos del mundo. Reconociendo una necesidad insatisfecha, un oftalmólogo retirado, el Dr. Govindappa Venkataswamy, fundó una clínica especializada en el cuidado de los ojos en 1976 con solo 11 camas. Hoy en día, el Aravind Eye Care System (AECS) es el proveedor de servicios de atención oftalmológica más grande del mundo, centrado en la misión de eliminar la ceguera evitable.

Cómo condujo a la mejora de la productividad

Aravind Eye Care System funciona como una red de centros de atención oftalmológica en la que se anima a los

médicos a dedicar aproximadamente el 60 por ciento de su tiempo al trabajo clínico, el 20 por ciento a la enseñanza y el 20 por ciento a la investigación. El sistema se centra en permitir que los médicos sean lo más productivos posible, al limitar sus responsabilidades a los diagnósticos iniciales, verificar los resultados de las pruebas de rutina y realizar cirugías utilizando un enfoque de "línea de montaje", asegurando así que los profesionales más expertos y caros estén acostumbrados a su máxima capacidad. Para gestionar la variedad de otras responsabilidades, como el trabajo administrativo, el diagnóstico, la enfermería y la asistencia, las mujeres jóvenes (de 17 a 19 años de edad) son reclutadas de las aldeas locales por el voz a voz y capacitadas extensamente en una variedad de habilidades.

Prácticas utilizadas

Hacer que la atención de alto nivel sea asequible y accesible

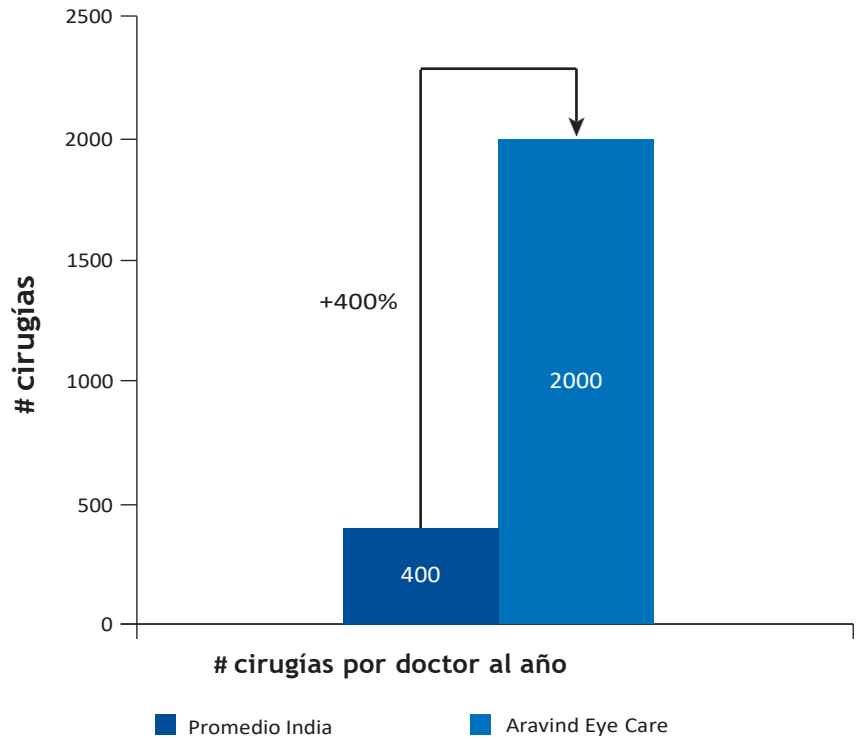
Trabajo estandarizado que permite utilizar nuevos tipos de personal

Medir si se satisfacen las necesidades de los pacientes

AECS también se ha centrado en optimizar el flujo de pacientes en toda la clínica, lo que ha dado como resultado tiempos de procesamiento más rápidos y un menor número de visitas de pacientes. En particular, la clínica opera en gran medida en un sistema de atención sin cita previa, lo que significa que la demanda de atención tiende a fluctuar de un día a otro y de una hora a otra. Para gestionar estos picos de demanda, las clínicas proyectan constantemente el número de pacientes esperado y ajustan el personal de acuerdo con esto. Por ejemplo, las clínicas mantienen un registro en tiempo real que muestra cuántos pacientes en cada clínica han excedido el tiempo de procesamiento estándar y luego se transfiere personal adicional a esa ubicación desde clínicas cercanas.

Si bien el AECS se centra en los modelos de "línea de montaje", la calidad de la atención es lo más importante, se supervisa ampliamente y se informa de forma transparente. Las clínicas siguen una regla de "sin secretos" donde se presentan mensualmente las tasas de complicaciones por clínica y por cirujano individual, lo que permite a los líderes esforzarse activamente para mejorar las tasas de complicaciones en todos los niveles. Además, los oftalmólogos se rotan entre los hospitales gratuitos y de pago para asegurar un nivel de calidad igual entre las diferentes categorías de pacientes.

Gráfica 10: Resultados comparativos del Aravind Eye Care System



Fuente: Aravind Eye Care, Análisis: KPMG International, 2012.

Resultados clave

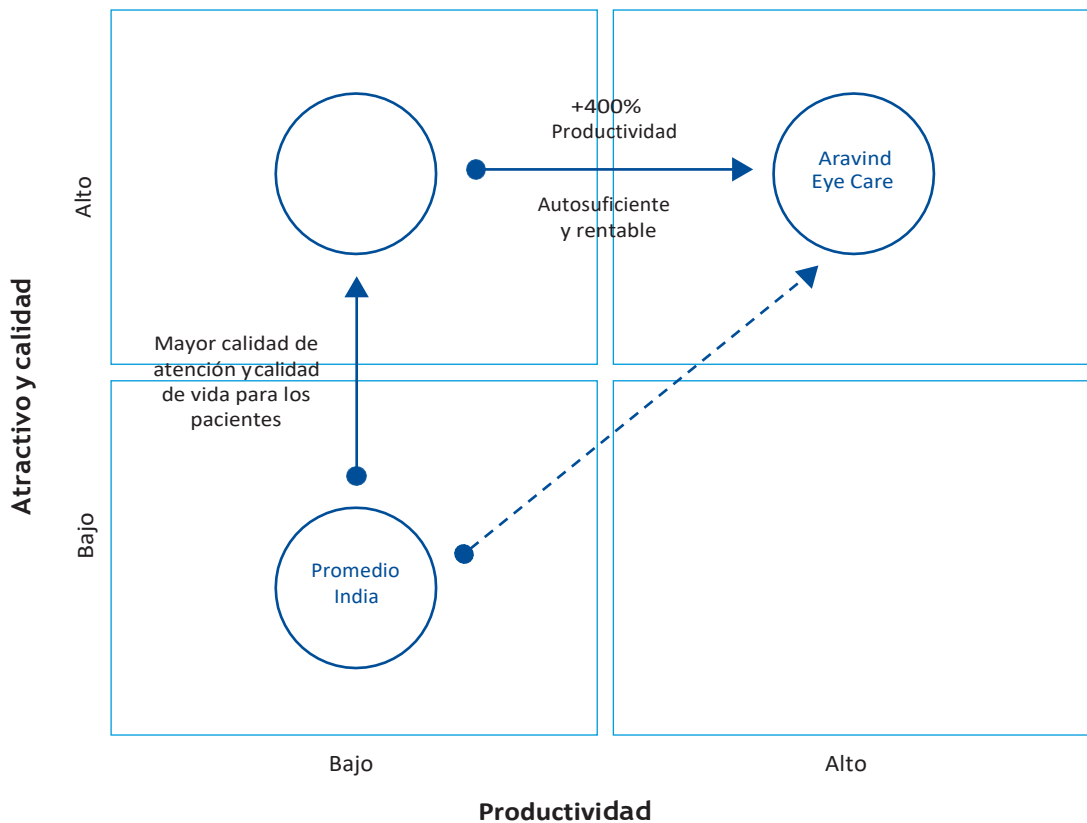
De empezar con solo once camas, ahora la clínica trata a más de 2.6 millones de pacientes ambulatorios y realiza más de 300.000 cirugías oftalmológicas de alto volumen al año. Aravind Eye Care System no solo es el mayor proveedor de servicios de atención oftalmológica del mundo, sino que también ha alcanzado la tasa de productividad nacional más alta al mismo tiempo que ofrece resultados de primera clase. De hecho, los médicos de Aravind realizan un promedio de

2.000 cirugías por médico cada año, en comparación con una tasa promedio anual de 400 cirugías realizadas por otros médicos indios.

AECS también compite con los proveedores líderes en el mundo desarrollado. En comparación con el Reino Unido, por ejemplo, Aravind Eye Care maneja al menos dos tercios del volumen del NHS a solo el uno por ciento del costo, con tasas de complicaciones de la mitad de los estándares británicos.

Y aunque Aravind trata a la mayoría de sus pacientes gratuitamente o a un precio muy subsidiado, la organización no solo es completamente autosostenible, sino que también es una de las pocas organizaciones sin ánimo de lucro que logra un superávit financiero solo a través de los ingresos (solo el seis por ciento de su presupuesto operativo proviene de donaciones).

Gráfica 11: Aravind Eye Care System



Fuente: Aravind Eye Care, Análisis: KPMG International, 2012.

Sudáfrica:

El Hospital Helen Joseph mejora la eficiencia y la capacitación de las enfermeras mediante el control de existencias

Antecedentes

Situado en Johannesburgo, Sudáfrica, el Hospital Helen Joseph es un centro académico regional designado y, con 530 camas, es el tercer hospital de enseñanza más grande en la provincia de Gauteng. Sin embargo, el hospital, que también ofrece servicios terciarios, estaba experimentando problemas relacionados con el control y la clasificación de existencias, especialmente de los suministros para las salas. Frente a los altos costos de las existencias de la sala vencidas, el hospital reconoció la necesidad de mejorar la utilización y el presupuesto de sus existencias para presentar sus solicitudes de presupuesto para el año siguiente.

Cómo condujo a la mejora de la productividad

Con un enfoque renovado en maximizar la eficiencia de las existencias con un presupuesto mínimo, el Hospital Helen

Joseph inició un proyecto de mejora de la eficiencia de las existencias en 2011 con el objetivo de lograr un uso racional de los medicamentos y un mejor control de las existencias.

El proyecto comenzó con el mapeo de los procesos de existencias y la identificación de áreas de ineficiencia para desarrollar intervenciones específicas. Como resultado, se mejoraron los procesos ineficientes de almacenamiento en sala al pasar de un proceso reactivo a uno proactivo para la planificación y el pedido de existencias. También se limpiaron todas las áreas del hospital encargadas de almacenar el inventario farmacéutico y se optimizó la distribución del área de almacenamiento de la sala.

Los líderes del proyecto también se centraron en desarrollar las capacidades del personal de enfermería al ofrecer apoyo y asesoramiento continuo en la gestión de existencias. Las reuniones periódicas con farmacéuticos y terapeutas aumentaron el sentido de urgencia del personal de enfermería.

Prácticas utilizadas

Dar permiso al personal para resolver problemas

Proporcionar herramientas y técnicas para apoyar esto

Involucrar al personal en el diseño de la mejora

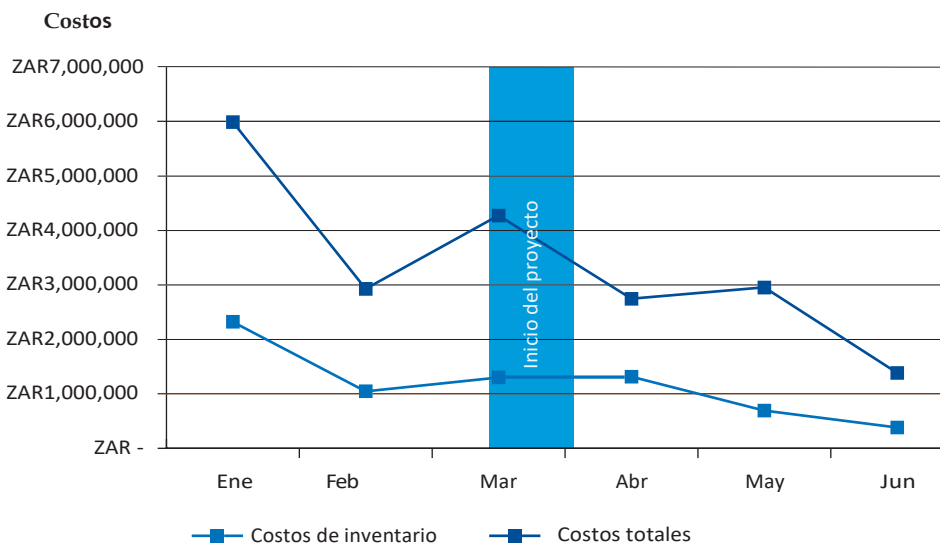
Proporcionar retroalimentación rápida para mostrar al personal sus resultados

Resultados clave

Sibien el proyecto se encuentra en su primer año, los resultados ya se están haciendo evidentes tanto en la productividad de la organización como en la motivación del personal. Los procesos mejorados de gestión farmacéutica han llevado a una reducción de los costos totales de inventario y una mayor eficiencia, ya que las enfermeras pasan menos tiempo esperando las existencias en la

farmacia debido a la mayor eficiencia de los equipos multifuncionales. También se mejoró la eficacia de los pedidos mediante la asignación de farmacéuticos a salas específicas y, con más tiempo para visitarlas, se mejoró la comunicación entre médicos, enfermeras y farmacéuticos, lo que se tradujo en una mayor calidad de la atención.

Gráfica 12: Costos mensuales antes y después del proyecto de farmacia



Fuente: Hospital Helen Joseph, 2011.

Con la reducción efectiva de las diferencias entre el personal de farmacia y el de enfermería, también mejoró la motivación del personal. El personal de farmacia informa que se siente más empoderado y, tras haber contribuido a la mejora de los procesos, considera que ahora desempeñan un papel más importante que les permite participar más en todo el proceso.

Los primeros resultados muestran que el personal de enfermería ahora se siente mejor respaldado por la farmacia y tiene una mejor comprensión del proceso y, como resultado, apoyan más el proceso de inventario y su papel en él.

Reino Unido:

Circle mejora la experiencia del paciente, la calidad y el valor de la atención a través de la gestión activa del rendimiento del personal

Antecedentes

Frustrados por la percepción de que los profesionales se habían quedado en gran parte fuera de los puestos de liderazgo y de toma de decisiones en la atención médica del Reino Unido, los fundadores del proveedor británico de atención médica Circle desarrollaron una sociedad de propiedad de los empleados que ahora opera cinco instalaciones en el Reino Unido. El grupo provee servicios de salud tanto del NHS (National Health Service) como servicios de salud privados a través de un modelo dirigido y administrado por médicos respaldados por juntas de hospitales que consisten principalmente de consultores y enfermeras.

Cómo condujo a la mejora de la productividad

En Circle, el enfoque principal está en las necesidades de los pacientes y, por lo tanto, los incentivos para la productividad y la calidad están alineados en toda la organización. El modelo Circle se caracteriza por cinco principales diferenciadores: propiedad, unidades clínicas y liderazgo, medición y mejora continua de la calidad y reclutamiento y recompensa.

Propiedad: con la creencia de que los médicos no pueden brindar una excelente atención médica por sí solos, se ofrece a todos los empleados que trabajan directa o indirectamente en servicios clínicos la posibilidad de incorporarse a la asociación. Todos los nuevos profesionales clínicos reciben un préstamo por única vez para comprar

una cantidad fija de acciones, después de lo cual se asignan acciones adicionales cada año según el rendimiento. Estos socios poseen el 49,9 por ciento de la empresa y el porcentaje restante pertenece a Circle International plc.

Unidades clínicas y liderazgo: los hospitales de Circle se dividen en unidades clínicas individuales que comprenden entre 50 y 100 personas y están dirigidas por un consultor principal, una enfermera y un administrador. Cada unidad tiene un lugar en la junta del hospital y es la única responsable de todas las decisiones que afectan la atención al paciente, incluidos el costo y la calidad de la atención, los volúmenes de actividad y los balances generales. Al comprometerse estrechamente y al desarrollar una sólida comprensión de los objetivos y el rendimiento de sus unidades, los empleados gozan de altos niveles de autonomía. Circle también ofrece a los líderes clínicos un programa de desarrollo de liderazgo de dos años que tiene como objetivo proveer todas las habilidades necesarias para administrar una unidad.

Gestión del desempeño del personal: cada unidad clínica gestiona activamente el desempeño de su personal mensualmente y mide los resultados en función de cuatro indicadores clave: resultados clínicos, experiencia del paciente, relación calidad-precio y compromiso del personal. Para apoyar esta actividad, se revisan los formularios de retroalimentación de los pacientes para identificar posibles cuellos de botella a los que, cuando se identifican, se responde con planes de acción a los que generalmente se les da seguimiento en un plazo de seis semanas. Los comentarios de los pacientes también se publican, sin censura, en el sitio web de la empresa Circle.

Gráfica: Prámetros del propósito de Circle

Propósito:

Construir una gran compañía dedicada a nuestros pacientes

Centrarse exclusivamente en:

Lo que nos apasiona

En qué podemos ser mejores

Lo que impulsa nuestra sostenibilidad económica

Recompensas de los empleados: Circle también opera un programa de recompensas individuales que, de forma anual, determina la compensación de los empleados basada en el desempeño. Cada año se realizan dos evaluaciones separadas que se basan en gran medida en la retroalimentación de cinco a diez colegas (tanto ascendentes como descendentes) que determina el pago la asignación de acciones para el próximo año.

Resultados clave⁴

Como resultado de su modelo operativo centrado en los empleados, el compromiso y la participación de los empleados se han integrado con éxito en la cultura de la organización y en sus formas de trabajo, lo que, a su vez, ha

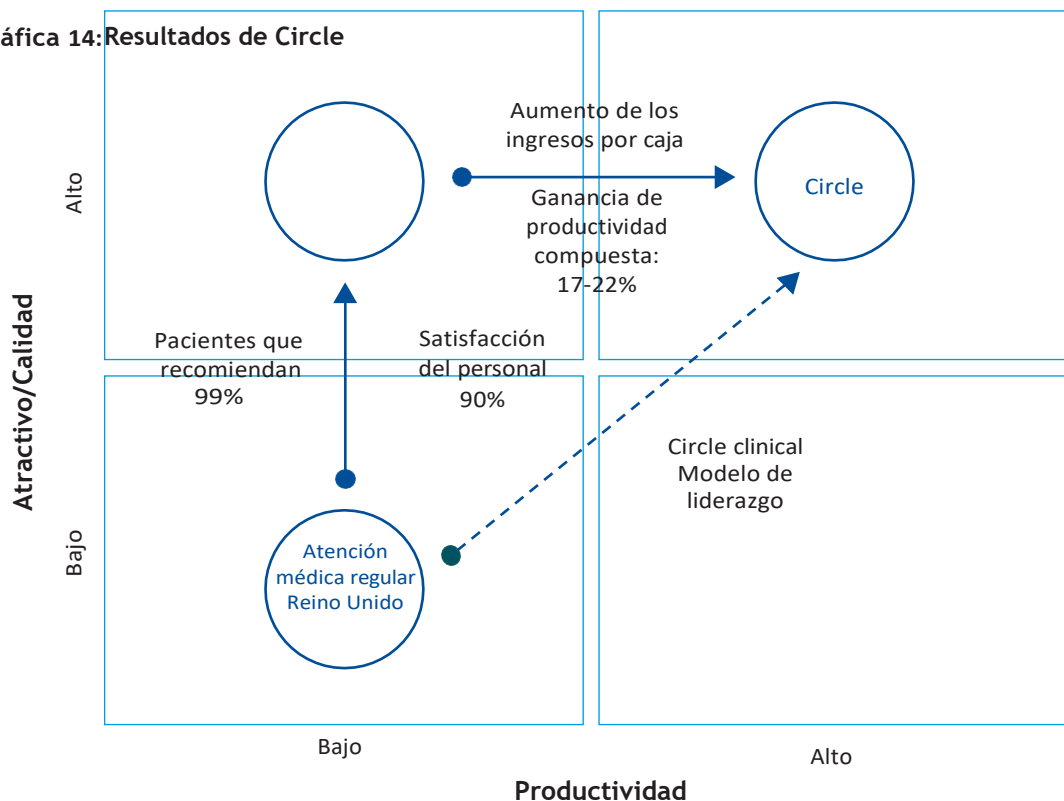
impactado todas las métricas de resultados clave. Por ejemplo, la organización ha experimentado un aumento de productividad del 22 por ciento en un solo año dentro de su centro de tratamiento en Nottingham, y un aumento del 17 por ciento en Midlands. Al mismo tiempo, Nottingham logró una calificación de satisfacción de los empleados del 90 por ciento y Midlands del 91 por ciento, lo que ha tenido un gran impacto en la capacidad de la organización para reclutar nuevo personal.

Es importante destacar que la satisfacción de los pacientes también ha mejorado, ya que el 99.6 por ciento de los pacientes de Nottingham dijo que recomendaría sus servicios, y los centros de Midlands y Bath recibieron

resultados similares (99.1 y 98 por ciento, respectivamente). Y aunque todos los servicios y especialidades mantienen sus propios datos de resultados clínicos únicos, tanto los centros de Nottingham como los de Midlands han mostrado una tasa de "retorno a la cirugía" que es cuatro veces menor que el promedio nacional. De hecho, en 2010, las readmisiones en el centro de Nottingham fueron 5,7 veces inferiores a la meta de los Centros de Tratamiento del Sector Independiente (ISTC, por sus siglas en inglés) y casi 100 por ciento mejores que el promedio nacional.

Además, Nottingham logró un aumento de los ingresos por caja del 7,8 por ciento en 2009 y del 9,2 por ciento en 2010, lo que contribuyó al aumento del beneficio bruto de la organización del 22 al 28 por ciento en 2010.

Gráfica 14: Resultados de Circle



Fuente: KPMG International, 2012.

⁴Circle, Reino Unido.

Cirugía Vascolar de Circle:

Problema: los pacientes se ven obligados a realizar varias visitas. Largos tiempos de espera y servicio ineficiente.

Solución: acceso integral a pruebas vasculares y cardíacas en un entorno clínico conveniente. Trabajar en la programación eficiente de las listas.

Resultado:

- Los tiempos de espera se redujeron de 12 a 4 semanas
- 38 por ciento de aumento de productividad en el rendimiento de casos diarios

Procedimiento de Hernia de Circle:

Problema: No existe una ruta estándar para el médico general (GP, General Practitioner) desde el GP hasta la cirugía. Incertidumbre y largas esperas para los pacientes.

Solución: Servicio a medida para hernias con clínicas y cirujanos especializados accesibles a través de un sistema "Elegir y Reservar" (Choose and Book).

Resultado:

- Las hernias realizadas en el Centro de Tratamiento aumentaron en un 78% (a 571 en 2010), frente a 320 en 2009.
- Tiempos de espera reducidos en 12 días en el mismo período.

Prácticas utilizadas

Valor del paciente como objetivo clave

Modelo de gestión descentralizado

Uso de resultados clínicos, experiencia del paciente, relación calidad-precio y compromiso del personal como indicadores de rendimiento.

Crear un sentimiento de propiedad

Gestión muy activa del desempeño

Conclusión

La demografía no es el destino

Toda la evidencia apunta al hecho de que, en los próximos años, la combinación de cambios demográficos y el aumento en el uso de la atención médica per cápita continuará aumentando la demanda de servicios de salud. Al mismo tiempo, la oferta de profesionales de la salud se enfrenta a un fuerte declive y habrá una creciente competencia internacional por los mejores talentos. El efecto combinado del cambio demográfico, el aumento de la demanda y el cambio de los hábitos de trabajo se traducirá en una escasez de profesionales de la salud de entre el 22 y el 29 por ciento en los países de la OCDE⁵. La situación en otras partes del mundo es aún más grave.

Después de analizar el rango potencial de opciones disponibles para los responsables de la formulación de políticas, parece claro que se puede aumentar el número de profesionales de la salud, permitiendo así a la mayoría de los países y especialidades (pero no a todos) evitar el déficit previsto. Al impulsar medidas como aumentar la edad de jubilación, estimular a las personas para que trabajen más horas al año, aumentar la participación de las mujeres en el sector y aumentar la proporción total de personas que trabajan en la atención de salud, los gobiernos pueden reducir de manera efectiva la brecha de la fuerza laboral, pero tendrán que gastar para lograrlo. Pero esto simplemente no es una opción factible. Dado que los costos de la fuerza laboral constituyen el mayor costo de los gastos de atención médica, la financiación de un aumento adicional de entre el 10 y 20 por ciento de la fuerza laboral es prácticamente imposible, particularmente en el clima económico actual.

La realidad es que, en lugar de contratar a más personas, debemos encontrar enfoques que utilicen la fuerza laboral actual de una manera más inteligente y eficiente. En nuestro estudio,

demostramos que hay proveedores que gestionan con éxito el desafío de la fuerza laboral.

Estos proveedores comparten cinco hábitos distintivos que les ayudan a marcar la diferencia. Primero, han incorporado un **enfoque estratégico de valor para los pacientes** en el ADN de sus organizaciones. Esto significa asegurar que este concepto se incorpore en la contratación, objetivos del personal y los sistemas de evaluación y recompensa, y que estén directamente alineados con los objetivos de la organización. Desde la Junta hasta los gerentes de primera línea, las acciones se rigen por este enfoque en el valor.

Al mismo tiempo, **potencian a los profesionales** al darles la libertad de asumir la responsabilidad de crear valor. El trabajo en equipo, la autonomía y el control apropiados sobre los procesos de trabajo y los líderes de primera línea de alta calidad con las habilidades para apoyar y entrenar a sus equipos constituyen una parte importante de una estrategia para impulsar la productividad. En particular, apoya el despliegue de un tercer componente clave, el uso del **rediseño de tareas y procesos** para transformar los procesos de atención, con el fin de garantizar que todos los que se encuentran en vía asistencial (incluido el paciente) agreguen valor a la ruta del paciente y que, como resultado, puedan identificarse, resolverse y mejorarse los problemas relacionados con su flujo a través del sistema. El rediseño está bien entendido en áreas no clínicas, pero en su aplicación a los procesos y vías clínicas aún tienen mucho por hacer. En las mejores organizaciones esto incluye procesos que anticipan problemas en lugar de simplemente responder a ellos y que van más allá de los límites de la institución, por ejemplo, asegurando que los pacientes puedan ser dados de alta de la manera más rápida y segura posible.

Una estrategia clave que apoya estos enfoques es que las mejores organizaciones **gestionen activamente el desempeño del personal utilizando medidas de resultados** que también promuevan una cultura de seguridad y la mejora continua. Muchas de las organizaciones exitosas discutidas en este informe han incorporado su enfoque estratégico en el valor para los pacientes en el desarrollo de información de gestión clara y concreta. Y así, en lugar de medir los parámetros de entrada o publicar los indicadores del proceso, estas organizaciones tienden a responsabilizar a su personal por el valor creado realmente, como los resultados óptimos a costos y márgenes razonables.

Finalmente, en muchas organizaciones queda mucho por hacer para **garantizar unas prácticas de gestión del personal de alta calidad**, ya que todas las prácticas innovadoras se pueden ver socavadas por no abordar esto. El reclutamiento, la inducción, la formación, la estrategia de recompensa, la evaluación, la retroalimentación y la gestión activa del desempeño deficiente a menudo se manejan sorprendentemente mal en la atención médica.

En conjunto, estas cinco características pueden permitir que los proveedores superen a sus pares en términos de calidad de la atención prestada, el atractivo del trabajo y productividad de los profesionales. Hay un fuerte imperativo ético y comercial para hacer esto. Todas estas medidas deben ejecutarse de forma conjunta, rigurosa y continua. Si se realizan bien, tienen el potencial de comprar a las organizaciones de atención médica suficiente tiempo y apoyo del personal para cambios mucho más fundamentales en sus modelos de negocios, de los cuales los cambios, las iniciativas de rediseño y las innovaciones que presentamos aquí son sólo el principio

Referencias

- AAMC (2008), U.S. Medical School Enrollment Projected to Rise 21 percent by 2012. Available at website: <https://www.aamc.org/newsroom/newsreleases/2008/55454/080501.html> (viewed on October 21st 2011).
- Baumol WJ, Blackman SA. Electronics, the cost disease, and the operation of libraries. *Journal of the American Society for Information Science*. 1983, 34: pp. 181–191.
- Binderman J, Kilo CM, Oldham J. Rethinking incentives. *The Journal of Medical Practice and Management*. 2000 16 (2): 70-74.
- Björnberg U, Dahlgren L. (2003), Labor supply: The case of Sweden.
- Boorman S. (2009), NHS Health and Wellbeing. Final Report. London: Department of Health.
- Borrill C, West M, Shapiro D, Rees A. Team working and effectiveness in health care. *British Journal of Health Care Management*. 2000 Vol 6, No. 8.
- Buchan J, What difference does (“good”) HRM make? *Human Resources for Health*. 2004, 2: 6.
- Buerhaus PI, Donelan K, Ulrich BT, Norman L, Dittus R, Is the Shortage of Hospital Registered Nurses Getting Better or Worse? Findings from Two Recent National Surveys of RNs. *Nursing Economics*, 2005 23, (2), pp. 61-71, 96.
- Cappelli P, Will There Really Be a Labor Shortage? *Organizational Dynamics* (August 2003) 32, no. 3: 221-33.
- CBS (2011), Kosten en financiering gezondheidszorg [Costs and financing of health care]. Available at website: <http://statline.cbs.nl/StatWeb/selection/default.aspx?VW=T&DM=SLNL&PA=37410&D1=a&D2=a&HDR=T&STB=G1> (viewed on September 30th, 2011).
- Clements D, Dault M, Priest A, Effective Teamwork in Healthcare: Research and Reality. *Healthcare Papers*. 7 (sp) 2007: 26-34.
- Corrigan JM. (2005), ‘Crossing the Quality Chasm’, in: *Building a Better Delivery System: A New Engineering/Health Care Partnership*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Crisp N. (2010), *Turning the World Upside Down: The search for global health in the 21st Century*. London: Hodder Education.
- Crisp N. (2011), *24 Hours to Save the NHS: The Chief Executive’s Account of Reform 2000 to 2006*. New York: Oxford University Press.
- CVZ (2011), *Zorgcijfers AWBZ Extramuraal VV 2010*. [Health care data AWBZ outpatient]. Available at website: <http://www.zorgcijfersdata.cvz.nl/tabelPagina.asp?scherms=5&infotype=2&label=00-totaal&tabel=k2010&item1=460&geg=volu&item=460> (viewed on December 2nd 2011).
- CUPE (2009), *Public child care profile: Sweden*.
- Department of Health (2009), *NHS Health and Well-being: Final Report*.
- Financial Times (2011), Obama hails plan to cut healthcare bill. Available at website: <http://www.ft.com/cms/s/0/27b0d234-3e4e-11de-9a6c-00144feabdc0.html#axzz1ZRS0YF4J> (viewed on September 30th, 2011).
- Hogan CJ, Lunny J, Lynn J, Medicare beneficiaries’ Costs Of Care In The Last Year Of Life’, *Health Affairs*, 2011, 20, no. 4: pp. 188-195.
- Janiszewski Goodin H. The nursing shortage in the United States of America: an integrative review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*. 2003, 43, (4), pp. 335-343.
- Kaplan RS, Porter ME, (2011), *How To Solve The Cost Crisis In Health Care*. Harvard Business Review.
- KNMG (2010), ‘KNMG oneens met RVZ aanbeveling om numerus fixus los te laten’. [KNMG wants to keep numerus fixus for medical students]. Available at website: <http://knmg.artsennet.nl/Nieuws/Nieuwsarchief/Nieuwsbericht-1/KNMG-oneens-met-RVZ-aanbeveling-om-numerus-fixus-los-te-laten> (viewed on October 21st, 2011).
- Kocher R, Nikhil R, Sahni BS, Rethinking Health Care Labor. *New England Journal of Medicine*. 2011, 365, pp. 1370-1372.
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. (2000), *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Kommer GJ, Slobbe LC, Polder JJ. (2006), *Trends en verkenningen van kosten van ziekten [Trends and estimates of disease costs]*. Bilthoven, the Netherlands: RIVM.

- KPMG (2010), Issues Monitor Sharing knowledge on topical issues in the Healthcare Sector.
- KPMG (2011), The Cost Boomerang: How organizations can embed sustainable cost efficiency to drive competitive advantage.
- Kruk, M., et. al. Economic evaluation of surgically trained assistant medical officers in performing major obstetric surgery in Mozambique. *BJOG*. 2007 (114): 1253-1260.
- Luce J, Rubenfeld GD, Can Health Care Costs Be Reduced by Limiting Intensive Care at the End of Life? *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2002 (165), no. 6: pp. 750-754.
- Maben J, Peccei R, Adams M, Robert G, Richardson A, Murrells T. (2011), Patients' experiences of care and the influence of staff motivation, affect and wellbeing. Final report. London: NIHR Service Delivery and Organisation Programme.
- Miller L, Broughton A, Tamkin P, Reilly P, Regan J. (2007), Human Resources, Organisational Development and Workforce Development in the NHS: A review of recent evidence. Brighton: Institute for Employment Studies
- Mowat Centre (2011), Shifting Gears: Paths to Fiscal Sustainability in Canada.
- NCHS (2011), Hospital discharges by first- and any-listed diagnosis (US, 1990-2007).
- Nelson EC, Batalden PB, Godfrey MM, Headrich LA, Huber TP, Mohr JJ, Wasson JH. (2001), Executive Summary for Healthcare Leaders Microsystems in Health Care: The Essential Building Blocks of High Performing Systems. Dartmouth
- OECD (2010) – OECD Health Data 2010, June.
- OECD (2010a) – Population age structure: Population: 65 years and over. OECD Health Data 2010, June.
- OECD (2010b) – Total expenditure on health. OECD Health Data 2010, June.
- OECD (2010c) – Population age structure: Population: 15 to 64 years old. OECD Health Data 2010, June.
- OECD (2010d) – Health employment and education: Practicing physicians. OECD Health Data 2010, June.
- OECD (2010e) – Health employment and education: Practicing nurses. OECD Health Data 2010, June.
- OECD (2010f) – Population age structure: Total population. OECD Health Data 2010, June.
- OECD (2011a) – Health Status: Life expectancy at birth in years. OECD Health Data 2010, June.
- OECD (2011b) – Labor Force Statistics: Average usual weekly hours worked on the main job. OECD.StatExtracts, 2011.
- OECD (2011c) – Labor Force Statistics: Annual civilian labor force. OECD.StatExtracts, 2011.
- OECD (2011d) – Health Care Resources: Total health and social employment. OECD.StatExtracts, 2011.
- OECD (2011e) – Labor Force Statistics: Average annual hours actually worked per worker. OECD.StatExtracts, 2011.
- OECD (2011f) – Average effective age of retirement versus the official age, 2004-2009. OECD.StatExtracts, 2011.
- OECD (2011g) – Labor Force Statistics: LFS by sex and age. OECD.StatExtracts, 2011.
- Paulus et al. (2008), Continuous innovation in healthcare: implications of the Geisinger Experience.
- Pearson R, Reilly P, Robinson D, Recruiting and developing an effective workforce in the British NHS. *Journal of Health Service Research and Policy*, 2004 (9): 17-23.
- Pereira C, Bugalho, A, Bergström S, Vaz F, Cotiro, A comparative study of caesarean deliveries by assistant medical officers and obstetricians in Mozambique. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 1996 (103): 508–512.
- Pereira, C., et. al, Meeting the need for emergency obstetric care in Mozambique: work performance and histories of medical doctors and assistant medical officers trained for surgery. *BJOG*. 2007(114).
- Shapiro, Shapiro, and Wilcox. (2001), Medical Care Output and Productivity, University of Chicago Press, ISBN: 0-226-13226.
- Smith S, Newhouse JP, Freeland MS, Income, Insurance, And Technology: Why Does Health Spending Outpace Economic Growth? *Health Affairs*. 2009 (28), no. 5: pp. 1276-1284.

- Steele G. (2011), The Geisinger Model: The need for rapid cycle innovation (without ACO implementation). 36th annual medical staff and governance leadership conference. Maryland Healthcare Education Institute.
- Stone RI, Wiener JM, Who Will Care For Us? Addressing the Long-Term Care Workforce Crisis. The Urban Institute.
- SwissLife (2011), Employee Benefit Reference Manual Norway. Available at website: http://corporatesolutions.swisslife.com/slcs/en/home/publications/ebrm/country_profiles.html (viewed on October 20th, 2011).
- Taylor AL, Hwenda L, Larsen BI, Daulaire N, Stemming the Brain Drain – A WHO Global Code of Practice on International Recruitment of Health Personnel. The New England Journal of Medicine. 2011 (365), pp. 2348-2351.
- Thomas H. Lee, . Putting the Value Framework to Work N Engl J Med 2010;363:248
- Toussaint, J, Gerard, R and Adams, (2010), On the mend. Revolutionizing Healthcare, to save lives and transform the industry. Lean Enterprise Center, Inc.
- UK Audit Commission (2011), 'Still big savings to be made' on the way to NHS £20 billion savings target. Available at website: <http://www.audit-commission.gov.uk/pressoffice/pressreleases/Pages/20101216stillbigsavingstobemadeonthewayto.aspx> (viewed on September 30th, 2011).
- USCB (2011), International data base: Midyear Population by Age and Sex Broad Age Groups. Selected years: 1990 – 2022. Available at website: <http://www.census.gov> (viewed on November 1st, 2011).
- Vaz F, Bergstrom S, Vaz Mda L, Langa J, Bugalho A, Training medical assistants for surgery. Bulletin of the World Health Organization. 1999 77(8):688-691.
- West M, Hirst G, Richter A, Shipton H, Twelve steps to heaven: Successfully managing change through developing innovative teams. European Journal of Work and Organizational Psychology. 2004 13 (2): 269-299.
- West M, Dawson J, Admasachew L, Topakas A (2011), NHS Staff Management and Health Service Quality. London: Department of Health.
- West M, Guthrie J, Dawson J, Borrill C, Carter M, Reducing patient mortality in hospitals: The role of human resource management. Journal of Organizational Behaviour. 2006 (27): 983-1002.
- WHO (2007), Task shifting to tackle health worker shortages. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2008), Task Shifting: Global Recommendations and Guidelines. Geneva: World Health Organization.
- WSJ (2010), 'Med School enrollment in 2015 Will Miss Goal', Wall Street Journal. Available at website: <http://blogs.wsj.com/health/2010/05/10/med-school-enrollment-in-2015-will-miss-goal/> (viewed on October 21st, 2011).
- WTECG (2002), The Health Care Labor Shortage: Report of the Health Care Labor Shortage Work Group. Olympia, WA: Workforce Training and Education Coordinating Board.

KPMG Healthcare

Liderazgo de pensamiento

Lo invitamos a visitar KPMG Global Healthcare (/kpmg.com/healthcare) para acceder a nuestro liderazgo de pensamiento global. Aquí puede obtener información valiosa sobre una variedad de temas que esperamos que se añadan al diálogo global sobre atención médica. Si prefiere una copia impresa de la publicación, envíenos un correo electrónico a healthcare@kpmg.com.



What Works (lo que funciona): crear un nuevo valor con pacientes, cuidadores y comunidades

A nivel mundial, algunas partes de la atención médica están empezando a realizar los cambios que involucrarán más a los pacientes, cuidadores y comunidades en su propia atención médica. Utilizando nuestra experiencia en todo el mundo, este informe describe las respuestas que necesita para comprender el valor inherente a una mejor participación del paciente y a las comunidades para mejorar la atención.

kpmg.com/patientvalue



What Works: Vías de atención de la población a la salud — lograr una atención coordinada y responsable

Las necesidades de salud están cambiando rápidamente, pero los sistemas simplemente no se mantienen al día. Está claro que las organizaciones están luchando para convertir la teoría en práctica. Este informe describe los pasos prácticos que deben dar las organizaciones para reformarse a sí mismas y sus servicios.

kpmg.com/pophealth



What Works: Resistencia - Historias de éxito en la salud a nivel global

KPMG reunió a 65 líderes de salud de 30 países en 6 continentes para discutir estrategias efectivas para una transformación exitosa. Estas discusiones se centraron en 7 temas clave que van desde la salud de la población y la atención responsable hasta la excelencia clínica y operativa. Este informe resume los puntos de vista compartidos entre organizaciones, culturas y países.

kpmg.com/stayingpower



What Works: Asociaciones, redes y alianzas

A medida que los hospitales y las organizaciones de atención médica de todo el mundo luchan por abordar el creciente volumen de pacientes, reducir los costos per cápita y mejorar la experiencia de calidad y satisfacción de los pacientes, la consolidación de la atención médica se ha acelerado significativamente. Este informe destaca seis consejos prácticos que ayudan a las organizaciones a lograr el éxito a largo plazo.

kpmg.com/partnerships



What Works: Tan fuerte como el eslabón más débil — Crear organizaciones de atención médica basadas en el valor

La organización de la atención para ofrecer valor a los pacientes requiere cambios en cinco áreas principales. Comenzar con una visión y comprensión claras de lo que significa el valor y concentrar la energía en una acción cohesiva en todas las áreas. Este informe se centra en las diferentes lecciones extraídas del trabajo realizado con los clientes y en las discusiones con proveedores de todo el mundo.

kpmg.com/valuebasedcare

Contactos para servicios de salud

Colombia

Advisory Lead Partner

Fabián Echeverría Junco

T: 618 80 01 - 316 336 28 95

E: fecheverria@kpmg.com.co



Director Risk Consulting

**Lead Health Care & Life Science
Services**

Omar Arteaga Hernandez

T: 618 80 93 - 315 296 31 70

E: oarteaga@kpmg.com

kpmg.com/socialmedia

kpmg.com/app

kpmg.com/healthcare



The information contained herein is of a general nature and is not intended to address the circumstances of any particular individual or entity. Although we endeavor to provide accurate and timely information, there can be no guarantee that such information is accurate as of the date it is received or that it will continue to be accurate in the future. No one should act on such information without appropriate professional advice after a thorough examination of the particular situation.

© 2016 KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. Member firms of the KPMG network of independent firms are affiliated with KPMG International. KPMG International provides no client services. No member firm has any authority to obligate or bind KPMG International or any other member firm vis-à-vis third parties, nor does KPMG International have any such authority to obligate or bind any member firm. All rights reserved.

The KPMG name and logo are registered trademarks or trademarks of KPMG International.

Designed by Evalueserve.

Publication name: Value walks — Successful habits for improving workforce motivation and productivity

Publication number: 133145a-G