

CAPÍTOL 6: EL CONTORN DEL MODEL

- 6.1. PLANIFICACIÓ ESTRATÈGICA**
- 6.2. GESTIÓ DEL CONEIXEMENT**
- 6.3. ESTRUCTURA ORGANITZATIVA HORIZZONTAL ADAPTADA A LA GESTIÓ DE QUALITAT TOTAL**

5.1. PLANIFICACIÓ ESTRATÈGICA

6.1.1. INTRODUCCIÓ

El propòsit estratègic té present la visió de com ha de ser la posició de lideratge desitjada i estableix els criteris que l'organització utilitzarà per establir els camins i les pautes del seu progrés (Hamel et al 1990). Les organitzacions sanitàries han d'aprendre a moure's en una situació de canvis integrats i de naturalesa contínua, contraposant aquest estratègia al canvi per crisis, discontinu, que sols presenta solucions quan apareixen greus i aguts problemes amb l'entorn. És a dir, s'entén l'estratègia com una relació permanent amb aquest entorn. Això exigeix disposar d'un pla estratègic per cada hospital (Hernández 1997). La perspectiva de gestió estratègica ressalta la importància de les organitzacions hospitalàries a assolir els seus objectius i assegurar la seva supervivència (Shortell et al 1994), i per tant exigeix refundar l'empresa sanitària (Moreu 1994).

La planificació estratègica és un procés que dirigeix al futur l'atenció d'una organització, d'aquella manera que la capaciti a adaptar-se més ràpidament als canvis i a determinar en quin sentit ha d'avançar. Això es fa mitjançant una avaluació continuada de l'impacte dels canvis sobre l'organització i les seves activitats. La clau d'aquest procés està en anticipar les noves situacions que poden afectar en el futur el que l'organització fa o vol fer. L'acció ha de basar-se en les dades que determinin cada cas particular (Galbraith 1996). Donat a que els

hospitals funcionen en un clima social i tecnològic canviant i estan sotmesos a situacions locals variables, rarament poden mirar endavant més enllà d'uns pocs anys amb alguna perspectiva raonable d'èxit en la seva planificació. La planificació estratègica no contempla les decisions futures, sinó el futur de les decisions d'avui en dia (Pineault et al 1987). El problema més important és el de la definició d'objectius (Huse et al 1992). Les organitzacions de salut emprenedores identifiquen noves oportunitats i les converteixen en èxits de la seva cartera de negoci (Kotler et al 1987).

La planificació estratègica permet que els objectius bàsics de les organitzacions siguin assolits, especialment en tant a control de costos, millora de la qualitat de servei, resposta efectiva a noves demandes d'assistència sanitària i millor adaptació als canvis que amenacen el paper social d'aquestes organitzacions, en un món cada cop més competitiu (Otero 2000). La planificació estratègica és fonamental per a les organitzacions sanitàries hospitalàries davant de les tendències de canvi de les diferents variables (Figura 2.3) que configuren la seva funció. Aquesta opció representa un pla i un control, una anticipació del futur, i és una estratègia o curs d'acció front a un entorn competitiu, de manera que reveli la missió, els valors i la visió de l'organització, així com la manera d'assolir-les. Gràcies al lideratge dels seus directius les organitzacions transformadores alineen els seus quadres d'indicadors i la gestió dels seus processos operatius, recursos i sistemes amb els seus objectius estratègics (Roure et al 1996). Alerta prospectiva, voluntat estratègica i mobilització col·lectiva són les tres regles d'or d'una cultura estratègica que constitueix la força de les empreses que es troben en el cim de la competitivitat i l'excel·lència (Mintzberg 1999). Si manca una d'aquestes tres dimensions, l'empresa serà com un vaixell sense guaita, sense rumb o sense tripulació solidària i no podrà arribar a port, corrent el risc de sotsobrar en les aigües tumultuoses que l'esperen (Drucker 1987). Davant els canvis cada cop més freqüents i menys previsibles de l'entorn sanitari, tota organització hospitalària ha d'adaptar la seva estratègia (Gustafson et al 1995) i donar mostres de flexibilitat (Donabedian 1999). Liderar no és gestionar. En la presa de decisions, el líder és avui un agent multidireccional que ha de tractar amb quatre grups: el seu equip directiu, els seus destinataris en el si de

l'organització, les forces externes a aquesta i els medis de comunicació (Bennis 2001).

6.1.2. DISSENY D'UN PLA ESTRATÈGIC INTEGRAT

De les diverses metodologies possibles per a la realització d'un Pla Estratègic s'ha incorporat la que impulsa la European Foundation for Quality Management (Figura 6.1), doncs a partir de la definició de la Missió i Visió i l'establiment dels Valors institucionals, es realitza la recollida i anàlisi de les dades clàssiques de planificació.

A continuació es realitza el procés d'Autoavaluació més avançat i complex tècnicament, com es com es la metodologia del propi cas (Capítol 8 Autoavaluació i Resultats). La majoria de les organitzacions que inicien el procés d'Autoavaluació, seguint el Model EFQM d'Excel·lència (European Foundation for Quality Management 1999), descobreixen centenars d'àrees de millora, des de les que exigeixen una decisió estratègica a les que sols necessiten una solució ràpida i específica. Per tant, un pas clau del procés és identificar el grup d'àrees veritablement vitals a l'organització.

És poc probable que una organització disposi de recursos per plantejar-se totes les oportunitats de millora simultàniament, pel que no seria realista que ho intentés. Un cop establert un règim de prioritats entre les accions, la millor manera d'assegurar la seva implantació és incloure-les en el procés de planificació empresarial de l'organització.

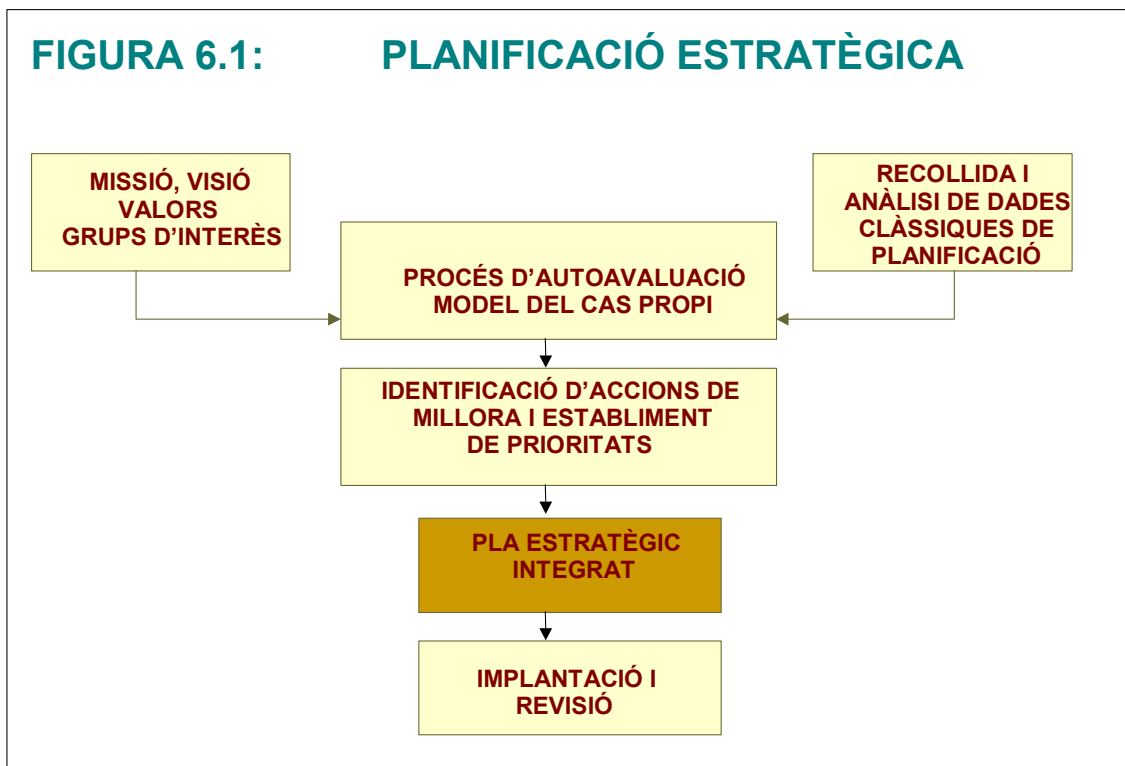
A partir de la identificació de les accions de millora i l'establiment de prioritats, s'elabora un Pla Estratègic Integrat segons els vuit principis fonamentals de l'Excel·lència empresarial, seguint el model de l'EFQM (Quadre 6.1). Aquest Pla Estratègic ha de disposar d'un calendari d'aplicació, ha d'assignar responsabilitats i recursos i es revisa anualment amb la realització d'un nou procés d'Autoavaluació.

QUADRE 6.1. ELS FONAMENTS DE L'EXCEL·LÈNCIA. LÍNIES ESTRATÈGIQUES D'UN PLA ESTRATÈGIC INTEGRAT.

- ❖ **ORIENTACIÓ ALS RESULTATS.** L'Excel·lència depèn de l'equilibri i la satisfacció de les necessitats de tots els grups d'interès rellevants per l'organització
- ❖ **ORIENTACIÓ AL CLIENT.** El client amb el seu entusiasme és l'àmbit final de la qualitat del servei. La millor manera d'optimitzar aquest entusiasme és mitjançant una orientació clara vers les necessitats i expectatives dels clients actuals i dels potencials.
- ❖ **LIDERATGE I CONSTÀNCIA EN ELS OBJECTIUS.** El comportament dels líders d'una organització ha de suscitar en ella claredat i unitat en els objectius, així com un entorn que permeti a l'organització i a les persones que la integren assolir l'excel·lència.
- ❖ **GESTIÓ PER PROCESSOS I FETS.** Les organitzacions actuen de manera més efectiva quan totes les seves activitats interrelacionades es comprenen i gestionen de manera sistemàtica, i les decisions relatives als processos fonamentals i les millores planificades s'adopten a partir d'informació fiable que inclogui les percepcions de tots els seus grups d'interès.
- ❖ **DESENVOLUPAMENT I IMPLICACIÓ DE LES PERSONES.** El potencial de cadascuna de les persones de l'organització sobresurt millor a l'existir valors compartits i una cultura de confiança i assumpció de responsabilitats que fomentin la implicació de tothom.
- ❖ **APRENTATGE, INNOVACIÓ I MILLORA CONTÍNUA.** Les organitzacions assoleixen el seu màxim rendiment quan gestionen i comparteixen el seu coneixement dins d'una cultura general d'aprenentatge, innovació i millora contínua.
- ❖ **DESENVOLUPAMENT D'ALIANCES.** Les organitzacions sanitàries són més eficients quan estableixen amb l'Administració, altres institucions i els seus proveïdors, unes relacions mútuament beneficioses, basades en la confiança.
- ❖ **RESPONSABILITAT SOCIAL.** La millor manera de servir als interessos a llarg termini d'una institució pública i de les persones que la integren, és adoptar un enfoc ètic, superant les expectatives i la normativa de la comunitat a la que serveix.

Font: adaptat del model EFQM d'Excel·lència

A continuació es descriuen els diferents components d'un Pla Estratègic Integrat:



Font: elaboració pròpia

MISSIÓ, VISIÓ, VALORS. Tot tipus d'organització ha de definir el que és (Missió) i el que vol ser (Visió). Aquestes dues definicions han de ser aprovades pels màxims òrgans de govern, els quals són en darrera instància els garants del seu compliment. A més a més, tota organització té una cultura pròpia la qual està representada per allò que més aprecien els seus professionals (Valors). El procés de selecció i definició dels valors ha de ser realitzat pels propis professionals i posteriorment aprovats, igualment, pel màxim òrgan de govern institucional.

ELS GRUPS D'INTERÈS. Són tots aquells grups que tenen interès en una organització, en les seves activitats i, en les seves fites. A les organitzacions sanitàries, es poden incloure: clients, propietaris, directius, col·laboradors, propietaris, asseguradores públiques o privades, l'administració sanitària, proveïdors i els partners. En el procés de planificació, és necessari identificar

aquests grups d'interès i definir el seu rol, dins del centre hospitalari, objecte del procés de planificació.

RECOLLIDA DE DADES. Per preparar el procés de l'Autoavaluació, és necessari recollir el màxim d'una formació disponible sobre aquells resultats que l'organització ha determinat com essencials en el seu funcionament:

- ❑ Informació econòmico-financera
- ❑ Informació d'activitat assistencial
- ❑ Informació resultats enquestes de satisfacció dels clients
- ❑ Informació resultats enquestes de clima laboral
- ❑ Informació unitat d'atenció al client
- ❑ Indicadors d'utilització de recursos
- ❑ Indicadors de procés

ANÀLISI ESTRATÈGICA DAFO. El coneixement de l'entorn intern (fortaleses i febleses) així com de l'extern (oportunitat i amenaces) és indispensable en tot procés de planificació. Una metodologia comunament utilitzada per la seva identificació és la del grup nominal (Peirò et al 1994) realitzada per membres escollits dels principals grups d'interès.

PROCÉS D'AUTOAVALUACIÓ. Per la realització del procés de planificació estratègica, seguint la metodologia de l'Autoavaluació, segons el Model EFQM d'Excel·lència, és imprescindible, tenir un coneixement cabdal de l'organització, i per tant és necessari l'elaboració del "cas" de la pròpia organització. Aquesta funció ha de ser encomanada directament a un membre del comitè directiu, concretament al responsable de la gestió de la qualitat. A continuació es realitza l'Autoavaluació per part de tots els membres del comitè directiu ampliat amb la participació de col·laboradors claus de la pròpia organització.

IDENTIFICACIÓ D'ACCIONS DE MILLORA I ESTABLIMENT DE PRIORITATS. A partir de l'Autoavaluació, s'identifiquen accions de millora en cadascun dels nous criteris del Model EFQM. Posteriorment s'han d'establir prioritats d'acció. El Servei Basc de Salut, ha dissenyat una matriu de prioritització (Taula 6.1) que valora l'impacte en el client, l'impacte en el propi centre sanitari, la viabilitat de la seva realització i la necessitat de millora. A partir dels punts obtinguts, els membres del comitè directiu prioritzen les àrees de millora detectades en el procés d'Autoavaluació.

TAULA 6.1: MATRIU PRIORITZACIÓ ÀREES DE MILLORA

CRITERI	ÀREES DE MILLORA	CRITERIS DE SELECCIÓ (1= baix; 3=Mig; 5=Alt)				TOTAL PUNTS
		Impacte en el client	Impacte Hospital	Viabilitat	Necessitat de millora	
Lideratge						
Polítiques i estratègia						
Persones						
Aliances i recursos						
Processos						
R.Clients						
R.Persones						
R.Societat						
9. Resultats						

Font: Osakidetza 1999

PLA ESTRATÈGIC INTEGRAT. L'Excel·lència és la gestió sobresortint capaç d'assolir i mantenir en el temps resultats que satisfacin als clients, als professionals i als propietaris de l'organització (EFQM 1999). L'Excel·lència es basa en vuit conceptes fonamentals (Quadre 6.1) els quals són els components de les Línies Estratègiques que una organització d'aplicar per complir la seva Missió i assolir la Visió. Aquestes línies estratègiques s'operativitzen amb Estratègies que han de permetre la realització d'accions de millora a les àrees

prioritzades. El Pla Estratègic Integrat és redactat per una reduïda comissió formada per membres del propi comitè directiu, sota la supervisió directa del primer executiu.

Un Pla Estratègic Integrat, no és una declaració filosòfica de principis i per tant les estratègies han de tenir un responsable, un calendari d'aplicació i una dotació de recursos per la seva realització. El primer executiu ha de defensar-lo davant del màxim òrgan de govern de l'organització, per obtenir la seva aprovació i el que és més important, el seu compromís de suport institucional, per assolir les fites aprovades. També ha de ser el primer executiu, amb el suport dels seus més directes col·laboradors, el que presenti les línies mestres del Pla Estratègic a tota l'organització. És important repartir un petit fulletó recordatori, amb l'explicació d'aquestes línies a tots els assistents a les diferents sessions informatives.

IMPLANTACIÓ I REVISIÓ. Un cop aprovat i explicat el Pla Estratègic a tota l'organització i als principals grups d'interès externs a l'organització, s'ha d'iniciar la seva implantació immediata pels responsables assignats sota la supervisió de tot el comitè directiu. S'ha revelat força important realitzar un seguiment trimestral de les accions realitzades. Finalment al cap d'un any del seu inici, es realitza una nova Autoavaluació i es revisen en profunditat les estratègies, els responsables, el cronograma i la dotació de recursos disponibles per l'aplicació del Pla Estratègic Integrat..

6.1.3. APLICACIÓ D'UN PLA ESTRATÈGIC INTEGRAT EN UN CENTRE HOSPITALARI

DISSENY DEL PLA ESTRATÈGIC 1997-2000. En el segon trimestre de l'any 1997, un cop finalitzada l'etapa de l'aplicació de les darreres mesures de gestió per assolir els objectius del Pla de Viabilitat i de professionalització de la gestió calia donar un sentit global i coherent, a tots els esforços que els col·laboradors del Pius Hospital havien realitzat durant el darrer any i mig. Llavors a partir de la idea que el Pius Hospital volia un model propi de fer les coses, es

necessitava una guia que indiqués el camí a seguir. Aquesta guia seria un Pla Estratègic a tres anys 1998-2000 (Pius Hospital 2000) que permetés arribar al segle XXI en les millors condicions possibles per afrontar els nous reptes de la sanitat pública catalana. Es poden descriure dues etapes ben diferenciades en el procés de disseny del primer Pla Estratègic del PHV:

PRIMERA ETAPA. Caracteritzada per un exhaustiu treball intern d'anàlisi i cerca de solucions als problemes plantejats a l'anàlisi estratègica DAFO. En aquesta etapa es va definir per primer cop la Missió i Visió de la institució i amb l'equip directiu es va realitzar una profunda anàlisi estratègica segons la metodologia DAFO i la posterior recerca de solucions, aplicant la metodologia CAME. També es va proposar, a partir de la revisió de la literatura consultada, la definició de dinou Valors institucionals que havien d'acompanyar el procés d'implementació. Un cop finalitzat aquest procés, que va representar la feina de tot l'equip directiu durant dues tardes setmanals de cinc hores cadascuna al llarg de quatre mesos, es va redactar un rigorós i voluminós document de dues-centes pàgines amb només deu figures. El document era excessivament voluminós per ser resumit i massa feixuc per poder ser explicat d'una manera entenedora. I el que era més important, només hi havien participat en la seva redacció els membres del comitè directiu. Consultats diversos experts del món universitari i de la gestió sanitària, van donar en la clau, l'elaboració del Pla Estratègic no havia seguit un procés participatiu, que impliqués al màxim nombre possible de protagonistes de la seva aplicació diària.

SEGONA ETAPA. El nou procés de disseny es va caracteritzar per cercar el màxim de participants en la seva elaboració. Es va presentar la Missió i la Visió als dos màxims òrgans de govern, per la seva aprovació i obtenció de llum verda al procés de planificació. L'anàlisi DAFO es va realitzar en vuit grups de treball i tots els comandaments hi van participar. Posteriorment l'equip directiu va aprovar deu temes d'anàlisi a partir de l'agrupació dels motius de l'anàlisi estratègica. i es va decidir aplicar la tècnica del grup nominal per donar resposta operativa als grans problemes plantejats. Es va decidir formar dotze grups de treball multidisciplinari de deu membres i un coordinador amb el suport d'un membre de l'equip directiu. En una sessió preparatòria els

coordinadors van ser ensinistrats en la utilització de la tècnica del grup nominal. Posteriorment es va realitzar una sessió conjunta de tots els membres dels dotze equips multidisciplinars als que se'ls va explicar la Missió i la Visió, les deu línies de discussió i la metodologia de treball. A continuació cada grup es va reunir durant un temps de seixanta minuts per realitzar la tasca encomanada. Finalment, els grups van presentar conjuntament les seves conclusions. moltes d'elles coincidents en tots els grups: la participació, la informació, la comunicació, la gestió clínica, la motivació, la descentralització, la confortabilitat i la humanització de l'assistència. A partir d'aquí, el primer executiu va redactar les set línies estratègiques i les trenta-tres estratègies de canvi, amb les seves fites operatives, el responsable de la seva aplicació i el calendari de realització. Un cop finalitzat el procés de redacció i discussió amb l'equip directiu, el Pla Estratègic va ser aprovat en la seva totalitat pel Consell d'Administració i per la Junta del Patronat, d'una manera unànime durant el mes d'octubre de l'any 1997. A la presentació oficial del mateix hi va assistir el Secretari General del Departament de Sanitat i seguretat Social en representació del propi Conseller. El propi primer executiu va realitzar cinc presentacions internes del document en diferents horaris, perquè tots els col·laboradors del PHV, hi poguessin assistir. El document va ser publicat i repartit a tothom en les presentacions del mateix. El Pla Estratègic ha estat aplicat en totes les seves línies i estratègies pels diferents responsables de cada estratègia. Cada any en els informes de gestió realitzats pel primer executiu s'han descrit els avenços realitzats. Resta pendent d'avaluació l'anàlisi de l'aplicació global del Pla, que és un objectiu del nou Pla 2001-2003.

DISSENY DEL PLA ESTRATÈGIC 2001-2003. Els excel·lents resultats obtinguts del disseny i aplicació del Pla Estratègic 1998-2000, va portar a continuar aquesta línia de treball. Amb la participació de cent seixanta-set col·laboradors (57% del total) durant el segon semestre de l'any 2000 es va dissenyar la nova guia d'actuació per afrontar els reptes del nou mil·lenni. Així la Missió (Quadre 6.2) i la Visió (Quadre 6.3) han estat redactades conjuntament pels Presidents de la Junta del Patronat i del Consell d'Administració i pel primer executiu i, discutides i millorades en el Comitè Directiu. La seva aprovació preliminar pel Consell d'Administració durant el mes de maig de l'any

2000, va permetre continuar tot el procés de planificació. L'anàlisi interna i externa de l'entorn segons la metodologia DAFO va ser realitzada pel Comitè Directiu i per grups de treball (setanta-set professionals) de cadascuna de les vuit Àrees de Gestió descentralitzades : febleses (Quadre 6.4), forteses (Quadre 6.5), amenaces (Quadre 6.6) i oportunitats (Quadre 6.7).

QUADRE 6.2. MISSIÓ (QUÈ SOM)

MISSIÓ 1997

La missió del Pius Hospital és col·laborar en la millora de l'estat de salut de la població de Valls i de les comarques de l'Alt Camp i de la Conca de Barberà. Assolirem la satisfacció dels clients externs (ciutadans) oferint serveis sanitaris, socio-sanitaris i socials de qualitat amb els recursos disponibles. Afavorirem el desenvolupament professional i personal dels clients interns (col·laboradors) dels nostres centres.

MISSIÓ 2001

El Pius Hospital de Valls és una institució d'iniciativa pública amb gestió empresarial, que ofereix serveis integrals de salut i forma professionals competents i experts.

Font: elaboració pròpia

QUADRE 6.3. VISIÓ (ON VOLEM ANAR)

VISIÓ 1997

La visió del Pius Hospital és transformar la nostra organització en una de nova, centrada en el client extern i el seu entorn social, impulsada per la voluntat de servei i orientada a l'excel·lència dels resultats.

Assolirem l'entusiasme dels clients i convertirem el Pius en el millor hospital comarcal de Catalunya.

VISIÓ 2001

El Pius Hospital de Valls vol ser una organització excel·lent.

Font: elaboració pròpia

QUADRE 6.4. ANÀLISI ESTRATÈGICA DAFO. FEBLESES

- ❖ Dificultat d'adaptació de l'organització i dels seus col·laboradors a l'alta velocitat dels canvis.
- ❖ Insuficient pressupost d'inversions per fer front a les reposicions i a l'adquisició de noves tecnologies.
- ❖ Manca d'un quadre de comandament integrat dels macroprocessos institucionals.
- ❖ Lentitud en el desenvolupament dels sistemes d'informació.
- ❖ Deficients nivells comunicatius.
- ❖ No existència d'una política de reconeixements personals i professionals.
- ❖ Plantilla clínica i de suport adequada a l'activitat contractada no a la realitzada realment.
- ❖ Desenvolupament lent de l'estandardització de les pràctiques clíniques i de suport.
- ❖ Poca disponibilitat horària dels clínics per la integració de la millora permanent dels processos a la pràctica quotidiana.
- ❖ Centres assistencials poc confortables i inadequats funcionalment.
- ❖ Increment progressiu de la pressió assistencial.
- ❖ Dificultat d'integració del treball social en els equips clínics.
- ❖ Dificultat per mantenir l'equilibri econòmic sostingut del resultat d'explotació.

Font: elaboració pròpia

QUADRE 6.5. ANÀLISI ESTRATÈGICA DAFO. FORTALESES

- ❖ Existència del model de gestió: planificació estratègica, direcció per processos, programa de millora permanent dels processos, gestió clínica, gestió del coneixement, estructures organitzatives flexibles adaptades a la gestió de qualitat total i autoavaluació segons el model EFQM d'excel·lència.
- ❖ Descentralització de la gestió als equips directius de les Àrees, mitjançant el pacte d'objectius del Contracte de Gestió Clínica.
- ❖ Important participació dels col·laboradors en l'aplicació i avaluació dels nous projectes institucionals.
- ❖ Existència de serveis assistencials de reconegut prestigi a nivell ciutadà.

QUADRE 6.5. (cont.) ANÀLISI ESTRATÈGICA DAFO. FORTALESES

- ❖ Consolidació de la Comissió Mixta Atenció Primària (ICS) i Atenció especialitzada (PHV). Instauració de Consultories Clínicas (Medicina, Traumatologia i Cirurgia) a les ABS.
- ❖ Hospital associat a la Universitat Rovira i Virgili
- ❖ Descentralització de la gestió del pressupost de formació a nivell de les Àrees de Gestió.
- ❖ Extensió del perfil professional d'alt nivell de competència a tota l'organització.
- ❖ Manteniment d'un model únic d'infermeria a les 6 Àrees Clínicas.
- ❖ Varietat de torns i horaris dels professionals. Facilitat de canvis i ajuts d'horaris per a situacions personals.
- ❖ Unitat d'Atenció al Client.
- ❖ Comissió de Bioètica.
- ❖ Difusió al llarg de tota l'organització d'una cultura de voluntat de servei als clients i als seus familiars, amb un cada cop més elevat compromís amb la institució

Font: elaboració pròpia

QUADRE 6.6. ANÀLISI ESTRATÈGICA DAFO. AMENACES

- ❖ Relació de feblesa amb el client majoritari, el Servei Català de la Salut, que dificulta la negociació per millorar la contractació de serveis a realitzar.
- ❖ Exigència de més i millors serveis per part dels ciutadans, en contraposició a la pòlissa de l'asseguradora pública (SCS).
- ❖ Potencialitat adormida d'hospitals universitaris molt propers geogràficament.
- ❖ Perill de desviació de clients a d'altres hospitals, al millorar les comunicacions vàries (autovia Tarragona-Montblanc).
- ❖ Existència de grups assistencials externs amb ànim d'expansió.
- ❖ Perill de competència interhospitalària del projecte de finançament de l'activitat marginal, per part del Servei Català de la Salut.

Font: elaboració pròpia

QUADRE 6.6. (cont.) ANÀLISI ESTRATÈGICA DAFO. AMENACES

- ❖ Voluntat explícita de l'Institut Català de la Salut d'unificar el flux d'anàlítiques de suport a l'Atenció Primària realitzades en el PHV, vers al CAP Tarragonès.
- ❖ Inici de la facturació de productes intermedis per part de l'ICS.
- ❖ Manca d'un pacte polític unitari de suport al PHV, tant a nivell municipal (Valls) com comarcal (Alt Camp i Conca de Barberà).
- ❖ Escassa disponibilitat en el mercat de certs metges especialistes (Anestèsia i Oftalmologia).
- ❖ Tractament de l'aplicació de la normativa comunitària sobre riscos laborals de les guàrdies de presència física.
- ❖ Transport sanitari no adaptat als horaris d'atenció ambulatoria del PHV.
- ❖ Detecció de dèficits del transport sanitari.

Font: elaboració pròpia

QUADRE 6.7. ANÀLISI ESTRATÈGICA DAFO. OPORTUNITATS

- ❖ Bona valoració dels ciutadans vers la nostra institució.
- ❖ Recolzament dels òrgans de govern municipal a la gestió realitzada.
- ❖ Accessibilitat dels centres i dels professionals als ciutadans.
- ❖ Política de cooperació assistencial amb les ABS d'Atenció Primària.
- ❖ Possibilitat de millorar les relacions institucionals amb l'hospital de referència Joan XXIII.
- ❖ Voluntat de gestionar el continuum assistencial en el territori (ABS Alcover).
- ❖ Increment de les possibilitats de negoci de la Cooperativa de Serveis Sanitaris (COSS).
- ❖ Incorporació noves tecnologies de la informació (història clínica compartida) en el projecte "Fem pinya" amb l'ICS.
- ❖ Negociació amb el SCS pel finançament del Pla de Millores Estructurals dels tres centres del PHV.
- ❖ Possibilitat d'incorporar noves modalitats assistencials (Centre de Dia, Hospital de Dia Psicogeriàtric, Programa de Cirurgia Major Ambulatoria, Hospitalització domiciliària, Unitat de Diagnòstic Ràpid).

Font: elaboració pròpia

QUADRE 6.7. (cont.) ANÀLISI ESTRATÈGICA DAFO. OPORTUNITATS

- ❖ Política d'aliances estratègiques amb centres formatius i de recerca de reconegut prestigi (Universitat Rovira i Virgili, Universitat Politècnica de Catalunya, ESADE).
- ❖ Reconeixements externs al PHV (Premi Nacional, TOP 20, n. 1).
- ❖ Contracte de gestió amb CHC-Consultoria i Gestió, S.A.

Font: elaboració pròpia

També, es va identificar i definir el rol dels quatre principals grups d'interès: clients, col·laboradors, directius i propietaris. CLIENT, és tota aquella persona o entitat a la que els professionals del PHV, han de donar resposta a les seves necessitats i expectatives. El seu rol com a persona informada, és el de participar autònomament en el seu procés assistencial. Els COL·LABORADORS, són tots aquelles persones que treballen en el PHV, per donar uns serveis a uns clients. El factor humà és la clau per a la qualitat de l'atenció, per tant, és el factor crític del model organitzatiu. El seu rol és la *professionalitat*, el que comporta l'actualització permanent dels coneixements i habilitats, l'aplicació dels valors institucionals i, la voluntat de servei, que es resum en, cortesia, credibilitat i confidencialitat. Els DIRECTIUS del PHV, són tots els membres dels equips directius de les sis àrees clíniques i de les dues àrees de suport, els quals han de crear amb el seu esforç diari les millors condicions de treball i de clima laboral, per promoure el coneixement i les oportunitats de millora de tots els col·laboradors. El seu rol és la *professionalitat*, el que implica crear una cultura de confiança mútua amb els col·laboradors, promoure el seu creixement i recolzar les oportunitats de millora i, assumir la missió, impulsar els valors ètics i les estratègies del Model de Gestió, per assolir la visió. Els PROPIETARIS del PHV són la Junta del Patronat i la Junta General d'Accionistes, els quals juntament amb els seus representants del Consell d'Administració han d'assumir un rol de *professionalitat*, el que implica dotar a la institució dels recursos necessaris per desenvolupar la seva missió, crear un clima de consens i suport polític per assolir els objectius fundacionals i, guiar a la institució en el seu camí vers l'Excel·lència.

Les vuit Línies Estratègiques són l'assumpció dels principis fonamentals de l'Excel·lència segons el Model Europeu de l'EFQM, i les dinou Estratègies que l'omplen de contingut (Quadre 6.8), són el resultat d'haver realitzat l'Autoavaluació del Pius Hospital a partir del propi cas. El qual va ser redactat pel Consultor Intern de Qualitat i l'autoavaluació va ser realitzada pels membres del comitè directiu i disset col·laboradors en un total de vint-i-vuit professionals, tres per Àrea de Gestió. Posteriorment utilitzant l'eina PERFIL del "Club de Gestión de Calidad" (concessionari espanyol de l'EFQM), s'ha realitzat l'Autoavaluació a cadascuna de les vuit Àrees de Gestió, en aquest procés hi han participat seixanta-nou professionals. Les autoavaluacions han permès detectar àrees de millora i un cop realitzada la seva prioritització segons la matriu de la taula 6.1, sorgeixen les dinou estratègies de transformació (Quadre 6.8) i cent quatre fites operatives). Cadascuna de les quals té assignada un responsable i un calendari d'execució (annex 1).

QUADRE 6.8. LÍNIES ESTRATÈGIQUES I ESTRATÈGIES 2001-2003

❖ **ORIENTACIÓ ALS RESULTATS**

Suficiència financera
 Eliminació de borses d'ineficiència
 Avaluació de resultats globals

❖ **ORIENTACIÓ ALS CLIENTS**

Millora de l'atenció personalitzada
 Assistència integral i continuada
 Noves modalitats d'atenció
 Millora de la informació
 Centres sanitaris segurs i confortables
 Avaluació satisfacció de clients i ciutadans

❖ **DESENVOLUPAMENT I IMPLICACIÓ DE LES PERSONES**

Planificació i gestió d'una política de col·laboradors
 Sistema de reconeixements i recompenses

❖ **LIDERATGE I CONSTÀNCIA EN ELS OBJECTIUS**

Desenvolupament d'un nou estil de direcció

Font: elaboració pròpia

QUADRE 6.8. (cont.) LÍNIES ESTRATÈGIQUES I ESTRATÈGIES 2001-2003

QUADRE 6.8. (cont.) LÍNIES ESTRATÈGIQUES I ESTRATÈGIES 2001-2003

❖ **GESTIÓ PER PROCESSOS I FETS**

Revisió de la cartera de serveis
Direcció per processos
Gestió integrada dels sistemes d'informació

❖ **APRENENTATGE, INNOVACIÓ I MILLORA PERMANENT**

Gestió del coneixement
Gestió de la millora permanent

❖ **DESENVOLUPAMENT D'ALIANCES**

Planificació i gestió d'aliances externes

❖ **RESPONSABILITAT SOCIAL**

Integració del Pius Hospital a la comunitat

Font: elaboració pròpia

Posteriorment es va realitzar una Jornada de Valors, mitjançant la realització de nou tallers simultanis, amb la participació de noranta professionals, a partir d'un document inicial de destil·lat de Valors. Els grups es van reunir per escollir i definir cinc Valors representatius del Pius, cada grup disposava d'un Coordinador de la reunió i el suport d'un secretari, (membre del comitè directiu). Posteriorment els grups van presentar les seves conclusions. Es va escollir com a Valors Compartits els cinc més votats pels participants (Quadre 6.9).

QUADRE 6.9. VALORS COMPARTITS (EL QUE MÉS S'APRECIA)

❖ **PROFESSIONALITAT.** Actitud ètica de desenvolupar el nostre treball amb la màxima competència i sensibilitat a les necessitats tant dels nostres clients com de la institució.

❖ **RESPECTE.** Consideració a la pròpia persona i a les necessitats dels demés per part dels professionals i de la institució.

Font: elaboració pròpia

QUADRE 6.9. (cont.) VALORS COMPARTITS (EL QUE MÉS S'APRECIA)

QUADRE 6.9. (cont.) VALORS COMPARTITS (EL QUE MÉS S'APRECIA)

- ❖ **TREBALL EN EQUIP.** Participació dinàmica, respectuosa i honesta dels professionals amb un objectiu comú.
- ❖ **COMPROMÍS.** Obligació moral de la institució i de tots els col·laboradors d'assumir la Missió, assolir la Visió, i incorporar els Valors compartits, amb una actitud entusiasta i dialogant, responsabilitzant-nos dels propis actes i millorant permanentment.
- ❖ **CONFIANÇA MÚTUA.** Seguretat de poder comptar amb la nostra capacitat d'actuar i la bona fe dels nostres propòsits, promovent una actuació responsable.

Font: elaboració pròpia

El procés de planificació estratègica finalitza amb la realització d'una nova Autoavaluació al cap d'un any de l'inici del Pla. Des de l'any 1999 el PHV realitza anualment una Autoavaluació global sistemàtica i regular de les seves activitats i resultats en base al model de referència de l'EFQM. El que permet tancar el cercle del Model de Gestió Hospitalari de Qualitat Total.

Les cinc diferències principals del Pla Estratègic Integrat 2001-2003 respecte l'anterior Pla Estratègic 1998-2000, són:

- 1) La Missió i la Visió, ja no són meres declaracions de principis filosòfics i ara és mesurable el seu assoliment
- 2) Els Valors, han estat escollits i redactats de manera participativa per una tercera part dels professionals.
- 3) Les Línies Estratègiques, un cop consolidat el projecte de canvi del Pius Hospital, es basen en els vuit principis de l'Excel·lència del Model de l'EFQM.

- 4) Les Estratègies són el resultat del procés d'Autoavaluació realitzat pels diferents professionals del PHV, que hi han participat a nivell global i a nivell de cadascuna de les vuit Àrees de Gestió descentralitzades.
- 5) S'han identificat i definit el rol de quatre grups d'interès de l'organització: els clients, els col·laboradors, els directius i els propietaris.

6.2. GESTIÓ DEL CONEIXEMENT

6.2.1. INTRODUCCIÓ

El recurs econòmic bàsic, el medi de producció, ja no és el capital ni els recursos naturals ni la mà d'obra, és i serà el coneixement (Drucker 1993). D'aquí el grau de rellevància atorgat al coneixement, que no s'ha de confondre amb l'acumulació de dades. En una institució sanitària aquest fet és encara més evident, doncs els veritables protagonistes de la realització de la missió institucional, són els posseïdors del coneixement: en gran part els metges i les infermeres, però també la resta de professionals que ofereixen el seu coneixement de suport perquè la tasca assistencial es pugui realitzar (Fortuny 2001b).

L'actiu més important d'una empresa del segle XX era el seu equip de producció, en canvi, l'actiu més important d'una organització del segle XXI seran els seus treballadors del coneixement i la productivitat d'aquests treballadors (Drucker 1994). El que provocarà dintre d'unes dècades, canvis fonamentals en la pròpia estructura i naturalesa dels sistema econòmic. Donat que el procés de transformació organitzacional passa pel compromís, involucració i transformació personal dels seus membres, els directius desenvolupen el paper de mobilitzadors i facilitadors, fomentant la capacitat de decisió, delegant aquest poder i aconseguint que aquesta delegació sigui assumida (Roure et al 1996).

Essencialment, l'objectiu és assolir que els centres hospitalaris siguin organitzacions que no tan sols aprenen sinó que siguin capaços d'aprendre. És a dir, no sols poden fer-se competents, sinó que també mantenir-se així (Swieringa et al 1995). Les organitzacions que aprenen han dominat, per una part, l'art d'adaptar-se de manera ràpida i, per l'altra, el de preservar la seva pròpia direcció i identitat. En quant a les seves característiques, s'apropen a l'estructura organitzativa de les adhocràcies (Mintzberg 1984). En una organització que aprèn, els canvis es donen conforme al "model del viatger": encara que no es conegui amb precisió el rumb i, menys encara, el lloc d'arribada, hom tria una direcció i arranca (en contraposició al "model de turista", hom estableix amb la major precisió possible on desitja anar, com arribar-hi i després inicia el viatge). Per tant, cal que els processos de reorganització i de canvi de conducta estiguin integrats (Swieringa et al 1995).

Són moltes les empreses que han apostat per un procés de canvi organitzacional. Canviar des de formes de funcionament taylorista i burocràtiques a estructures més descentralitzades i més centrades en les persones, el que significa enfocar l'organització vers la Gestió de Qualitat Total. El camí vers una sanitat orientada al pacient i basada en els professionals precisa una cultura organitzativa participativa que inclogui la recerca de l'autonomia professional, es a dir, responsabilitat i compromís (Monrás 1996). Això significa implantar Grups de Millora, Formació Continuada, i la potenciació de la Participació i Motivació dels col·laboradors. Aquests elements s'han convertit en referents fonamentals, sense els quals tot intent de canvi organitzacional està destinat al fracàs (Arizeta 2001). Assolir la utopia en el model hospitalari està en funció de la reflexió i el desenvolupament en el si dels mateixos hospitals, a través de l'adaptació dels sistemes organitzatius i de la tolerància de les persones als canvis culturals necessaris per possibilitar nous models i superar el corporativisme i el conservadorisme professionals latents en la situació actual (Codina 1990).

El directiu no pot administrar el canvi sinó liderar-lo, ha d'aprendre a treballar amb més socis i menys amb subordinats ha de desenvolupar en els altres la

capacitat per aprendre (Fons 2000). Per al líder, educar i liderar són dos verbs sinònims que en constant i recíproca interpretació marxen en paral·lel (Alvárez 1997). D'acord amb la clàssica descripció d'organitzacions professionals (Mintzberg 1984), la presa de decisions es produeix a nivell del nucli d'operacions, el que fa imprescindible un treball conjunt entre gestors i col·laboradors d'implicació mútua per assolir el major grau d'eficiència. Han de dedicar-se recursos per introduir als professionals en el coneixement i maneig de les eines de mesura de resultats, estratègies de canvi, propostes de millora (Barba et al 1997). Involucrar i responsabilitzar als metges dels recursos que utilitzen en la seva activitat ha estat l'objectiu de gran nombre d'iniciatives de descentralització de la capacitat de decisió als metges (clinical management, resource management, clinical budgeting) (Cuervo 1996), en un marc més descentralitzat de la presa de decisions de gestió, fomentant les decisions col·lectives front a les individuals (Gonzalez 1993). Cal fer partícip al personal sanitari del fet que l'usuari del sistema públic és el conjunt de la societat i no tan sols un pacient tractat en el moment (López 1989).

El nou discurs de la gestió s'ha de focalitzar en el comprimís directiu dels professionals assistencials, ja que sols amb la seva implicació es pot conduir a tota l'organització hospitalària a un comportament com empresa del coneixement. En la que, el primer que la legitima és aplicar els coneixements adquirits d'una manera adequada (Argyris 2000).

6.2.2. DISSENY DE LA GESTIÓ DEL CONEIXEMENT A LES ORGANITZACIONS SANITÀRIES

Les organitzacions que aprenen, són organitzacions expertes en crear, adquirir i transmetre coneixement, i en modificar la seva conducta per adaptar-se a aquestes noves idees i coneixements (Garvin 2000). En el Quadre 6.10, s'exposen les cinc principals activitats que realitzen les empreses que aprenen i els seus fonaments respectius. La gestió del coneixement ha alterat l'ordre del dia de moltes organitzacions. Algunes han creat el lloc de president executiu de coneixement, altres el de director de capital intel·lectual. Un dels canvis que ha

contribuït a l'interès per la gestió del coneixement és la distància cada vegada més gran entre el valor comptable i el valor de mercat d'empreses pròsperes que fan un ús intensiu del coneixement (Boisot 1998), fins i tot es considera com un llenguatge per a pensar, parlar i actuar dels conductors dels futurs beneficis de les companyies (Roos et al 2001). Per tant, els centres hospitalaris com empreses de serveis, basades en el coneixement dels seus professionals, especialment els metges, han d'aplicar criteris de gestió a la seva paradigmàtica capacitat intel·lectual.

- a) La formació pregraduada, que culmina administrativament amb l'obtenció del títol de Llicenciat en Medicina, i que actualment no permet l'exercici de la professió.
- b) La formació postgraduada o especialitzada, que acaba amb la titulació de metge especialista, i permet l'exercici de la professió.
- c) La formació mèdica continuada que, en un metge èticament responsable amb la societat en la que viu i actua, haurà de prosseguir mentre duri la seva vida professional.

Però, en un hospital no tan sols hi treballen metges, en el procés assistencial hi participen altres professionals dels equips multidisciplinaris de salut, sobretot infermeres, i encara que molt menys, psicòlegs, biòlegs, químics, físics i, personal auxiliar, però molt important per el seu contacte constant amb els clients. En els processos de suport, recentment s'han incorporat professionals altament especialitzats, economistes, advocats, enginyers. I cada dia és més important la tasca realitzada per el personal administratiu i el de serveis.

La formació continuada té com objectiu mantenir la competència professional, davant el permanent avenç de la ciència i de la tecnologia mèdiques, en un marc sanitari i social contínuament canviant. La formació continuada dels professionals de la salut, és, primerament, una exigència ètica, però també és una exigència de la societat, pel que s'ha de cercar un equilibri entre ambdues. Malgrat no sembli aconsellable el caràcter obligatori de la formació continuada,

la societat i l'administració han de cercar fórmules que incentivin als professionals de la salut a participar en les activitats adreçades a aquest fi i també a posar en marxa un sistema consensuat que permeti una acreditació fiable d'aquestes activitats formatives.

QUADRE 6.10. ACTIVITATS I FONAMENTS DE LES LEARNING ORGANITATIONS

ACTIVITAT	FONAMENTS
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Resolució sistemàtica de problemes ❖ Experimentar nous enfocaments ❖ Aprendre dels demés ❖ Transmissió del coneixement 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Utilització del cicle PDCA ❖ Obtenció de dades ❖ Utilització eines estadístiques bàsiques ❖ Programes de millora continua ❖ Programes de reenginyeria ❖ Revisió d'èxits i fracassos ❖ Aplicació del benchmarking ❖ Difusió d'informes ❖ Programes de rotació dels col·laboradors ❖ Programes de visites dels directius a totes les instal·lacions ❖ Programes de normalització i estandardització ❖ Programes de formació i ensinistrament

Font: adaptació de GARVIN DA.

En els dissenys dels nous models educatius orientats a la formació dels metges i infermeres del segle XXI que s'apliquin tant a la formació pregraduada com a la postgraduada, han d'estar suficientment implícites les modificacions que es venen introduint a l'assistència sanitària com a conseqüència dels canvis tecnològics, científics i sociopolítics (Segovia de Arana et al 1999):

- Major èmfasi sobre la prevenció a l'activitat assistencial

- Tendències vers l'especialització
- Exigència d'una activitat clínica eficient com a conseqüència de la ineludible necessitat d'assolir la contenció de la despesa sanitària
- La tendència al desplaçament de la pràctica clínica a l'àmbit extrahospitalari, amb una progressiva potenciació de l'assistència primària
- La necessitat d'assumir críticament el ràpid desenvolupament científic i tecnològic
- La creixent consciència de la responsabilitat social dels professionals de la salut
- La introducció d'eines de gestió professional a l'àmbit sanitari a fi d'assolir l'excel·lència empresarial.

A més a més en els darrers quinze anys s'han establert, entre els professionals de la salut, la funció de gestor sanitari. El gestor no format en el món sanitari, és a dir el gestor no mèdic, ha de comptar sempre amb la seva ignorància en el camp professional sanitari en el que exerceix la seva funció i al no existir una formació específica reglada en tot l'àmbit de l'estat espanyol, la font de la seva formació recau en el temps d'estada a la institució, pel que sembla lògic que s'envolti de persones especialment capacitades en l'assistència sanitària, amb les que ha d'establir una relació de mútua confiança.

En canvi, els gestors clínics que per la seva part no són professionals de la gestió, conjuguen instruments que són comuns a l'organització i gestió del món empresarial amb instruments derivats de l'anàlisi de la pròpia pràctica clínica. Per això, a més a més de la seva formació sanitària han de rebre una formació complementària en el que es refereix a la gestió que ha d'incloure temes d'estructuració i planificació de les organitzacions, comptabilitat i finances, gestió i direcció d'equips humans, informàtica i gestió de sistemes d'informació, gestió clínica i gestió de la millora continua.

La formació interna dels propis directius ha de tenir una alta prioritat (Kotter 2000). Existeix una diferent cultura de gestió entre els gestors i els professionals assistencials. Els Valors, les coses que són més importants que altres, són en molts casos antitètics. El grau d'acceptació de la cultura d'empresa està més present en els gestors. Cal una decisió col·lectiva d'implementar la direcció per valors contínuament a tota l'organització i a llarg termini (Blanchard et al 1997). La cultura respecte als mecanismes d'influència sobre la pràctica professional és molt millor explicada des de la perspectiva centrada en les relacions professional/usuari i hi ha un cert rebuig de molts supostos empresarials (López et al 1997). El veritable lideratge és en el fons, un diàleg sobre els valors (García et al 1997). El líder ha d'unir la visió amb la realitat (Gilmore 1988). Una realitat en la que una empresa que no sàpiga imaginar el futur no hi estarà per gaudir-lo (Hamel et al 1995). L'equilibri i el sentit comú segueixen sent fonamentals per a un bon líder (Moss-Kanter 1999).

Sis són les etapes que han de realitzar els centres hospitalaris innovadors per assolir una mínima estructura que permeti la gestió del seu coneixement i la seva difusió a tota l'organització (Quadre 6.11). Així tenim que un cop establerts els Valors institucionals a partir del procés de planificació estratègica, cal formar a un professional, com a consultor intern expert en l'àrea de la gestió del coneixement. Posteriorment aquest professional serà anomenat director d'aquesta macroàrea, que incorpora les funcions de les comissions de formació de pregrau i postgrau, recerca i formació continuada, inherent a la pròpia vida hospitalària. Com a director el consultor intern s'integrarà al comitè directiu de l'organització hospitalària. També es constituirà un comitè executiu d'aquesta àrea, format pels diferents responsables de les comissions i coordinats pel director d'àrea.

Aquesta comissió formularà els principis de formació global de tots els col·laboradors de l'organització en una triple vessant: formació tècnica, formació de nous coneixements de gestió empresarial i formació de formadors. També, establiran i posteriorment realitzaran l'avaluació anyal de l'impacte de les activitats realitzades.

QUADRE 6.11. GUIA D'APLICACIÓ DE LA GESTIÓ DEL CONEIXEMENT EN ELS CENTRES HOSPITALARIS

- ❖ FORMACIÓ D'UN CONSULTOR INTERN EXPERT EN GESTIÓ DEL CONEIXEMENT
- ❖ CREACIÓ DE L'ÀREA INTEGRAL DE GESTIÓ DEL CONEIXEMENT
 - Docència de pregrau
 - Docència de postgrau
 - Formació continuada
 - Recerca
- ❖ ESTABLIR ELS VALORS INSTITUCIONALS DE L'ORGANITZACIÓ, DURANT EL PROCÉS DE PLANIFICACIÓ ESTRATÈGICA
- ❖ PLANIFICAR I APLICAR UN PROGRAMA DE FORMACIÓ ALS COL·LABORADORS DOCENTS L'ORGANITZACIÓ
- ❖ ESTABLIR UN SISTEMA D'AVAUACIÓ DE L'IMPACTE DE LES ACTIVITATS REALITZADES
- ❖ DIFONDRE ELS RESULTATS

Font: elaboració pròpia

Finalment, els resultats obtinguts es difondran a tots els membres de l'organització a fi i efecte d'assolir el màxim coneixement organitzacional del compliment de les activitats planificades.

6.2.3. APLICACIÓ DE LA GESTIÓ DEL CONEIXEMENT EN UN CENTRE HOSPITALARI

Un cop aprovat el Pla Estratègic 1997-2000, per la seva aplicació es requeria que el Pius Hospital (PHV) incrementés la capacitat tècnica i les habilitats dels seus professionals incorporant nous coneixements basats en els avenços científics, en les ciències de la salut i en les ciències de la gestió empresarial. Necessitava potenciar les habilitats docents dels seus col·laboradors per formar excel·lents professionals en les diferents branques de les ciències de la salut que estava acreditat. Necessitava disposar de nous i amplis coneixements

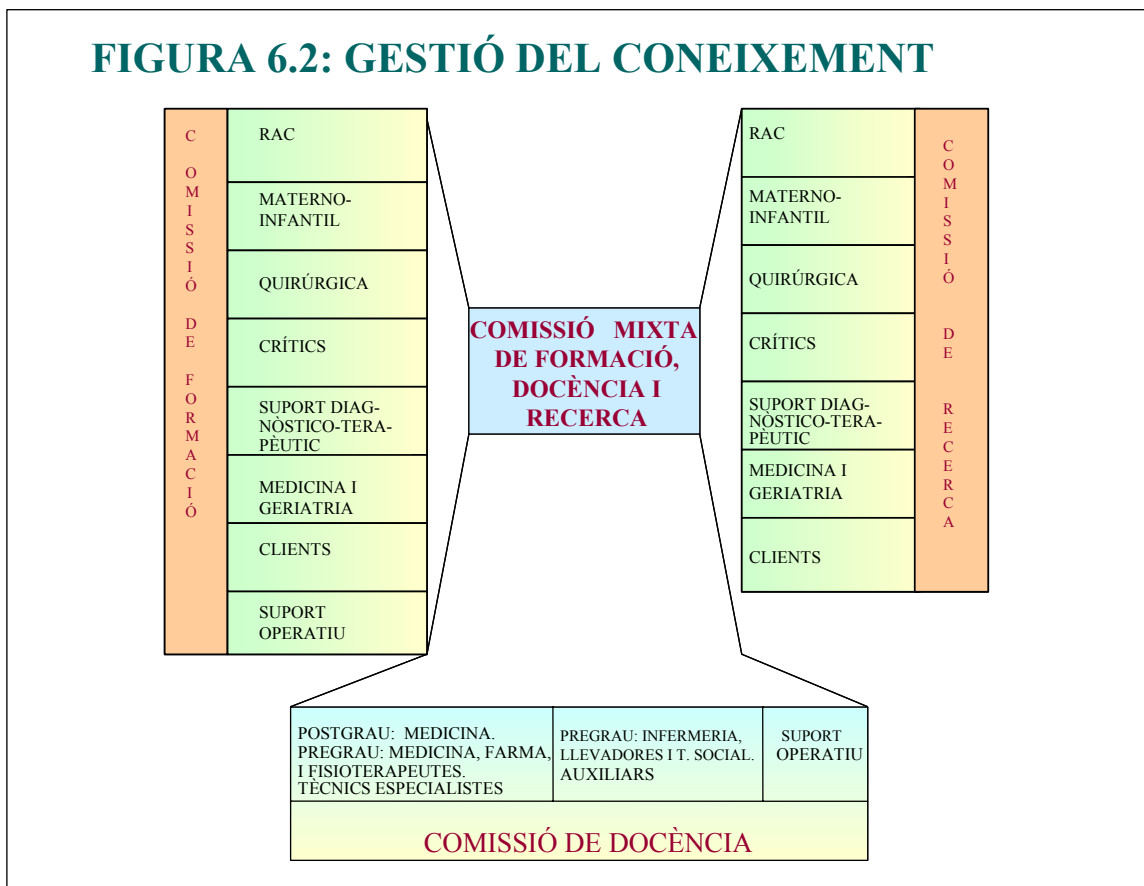
metodològics en ciències de suport a la recerca per incrementar el coneixement científic dels seus investigadors.

A nivell de postgrau, durant el primer any de funcionament el PHV, va ser acreditat pel Ministeri de Sanitat per la formació del cicle hospitalari dels metges residents de Medicina Familiar i Comunitària, adscrits a la Unitat Docent ubicada a la ciutat de Tarragona. El Programa té un coordinador hospitalari en el propi PHV. Així mateix, dels del PHV s'ha organitzat cursos de formació continuada per a participants externs a l'organització, metges i infermeres d'atenció primària. La biblioteca del centre es oberta a tots els professionals de les ciències de la salut del territori. El PHV també ha col·laborat en la formació professional de primer i segon grau (administratius, auxiliars, oficis, etc) amb les diferents escoles de les comarques tarragonines.

El pressupost de formació continuada, a l'any 1995 era de quatre milions de pessetes i era gestionat per una divisió autònoma, anomenada de Promoció de la Salut, la qual incorporava les activitats de planificació familiar, les quals van ser absorbides pel servei de Ginecologia arran de la implantació del Pla de Viabilitat 1996-1997. Tanmateix, amb el suport majoritari de la indústria farmacèutica, es realitzaven diversos estudis de recerca individuals i molt rarament multicèntrics, sense formació en metodologia de recerca en ciències de la salut.

És per aquests motius que durant l'any 2000 es va crear la figura de la Coordinació de la Comissió Mixta de Formació, Docència i Recerca (Figura 6.2), a fi i efecte d'integrar institucionalment en el Model de Gestió aquestes disciplines que, de manera voluntària, alguns professionals capdavanters havien impulsat d'una manera autònoma i sense lligams institucionals des de l'inici del PHV. Aquest esforç conjunt i integral s'ha vist recompensat amb la signatura del conveni d'HOSPITAL ASSOCIAT amb la Universitat Rovira i Virgili per la formació de pregrau d'estudiants de Medicina, Infermeria i Fisioteràpia. Cada branca del coneixement disposa d'un tutor hospitalari i de professors associats a la Facultat de Medicina i a les Escoles Universitàries d'Infermeria i Fisioteràpia.

FIGURA 6.2: GESTIÓ DEL CONEIXEMENT



Font: elaboració pròpia

El primer pas en l'elaboració de programes de formació va ser la formació en tècniques de gestió empresarial, per poder assolir la sostenibilitat dels centres del PHV (Quadre 6.12). Al mateix temps es van iniciar els programes de formació de millora continua, adreçats a tots els col·laboradors de l'organització (Quadre 6.13). I, finalment al tenir el PHV una mida reduïda i no disposar de capacitat de contractació de consultors externs per impulsar els projectes de canvi, i en canvi, disposa de professionals i compromesos i involucrats amb el Pius Hospital, es va dissenyar un programa de formació de CONSULTORS INTERNS (Quadre 6.14) que estan a disposició de totes les Àrees de Gestió i realitzen una tasca transversal en tota l'organització.

Els Consultors Interns són: a) consultora interna de suport a la gestió de la qualitat dels plans de cures d'infermeria, b) consultor intern en metodologia de qualitat total, c) consultor intern de planificació estratègica dels sistemes

d'informació, d) consultor intern en estudi de noves tecnologies i utilització adequada de recursos assistencials, e) relacions externes amb l'Atenció Primària, f) consultor intern en documentació i gestió clínica i en metodologia de recerca, g) consultor intern de comunicació interna i externa i, h) consultor intern de suport a la gestió econòmica de les àrees.

QUADRE 6.12. PROGRAMA DE FORMACIÓ EN GESTIÓ EMPRESARIAL

CURS	CENTRE DOCENT	ÀMBIT D'APLICACIÓ
❖ DIPLOMA POSTGRAU EN GESTIÓ CLÍNICA (1997)	EADA	33 metges i infermeres
❖ DIPLOMA POSTGRAU GESTIÓ SISTEMES INTEGRATS DE SALUT (1998-2001)	ESADE	4 directius
❖ DIPLOMA CONTROL DE GESTIÓ (1998)	ESADE	1 directiu
❖ DIPLOMA POSTGRAU DIRECCIÓ D'HOTELERIA (2000)	EADA	1 directiu
❖ MÀSTER EN ECONOMIA DE LA SALUT I GESTIÓ SANITÀRIA (2000)	UPF-UB	1 directiu
❖ MÀSTER EN GESTIÓ I DIRECCIÓ FINANCERA (1999)	UPF	1 directiu

Font: elaboració pròpia

Amb la finalització del nou model organitzatiu adaptat a la direcció per processos (vegi's la secció 6.3.3. d'aquest capítol), es van reestructurar les comissions de formació, docència i recerca, cercant la seva descentralització a les àrees de gestió i la seva coordinació en la Comissió Mixta de Formació-Docència-Recerca. Va ser a l'any 2000, quan amb l'obtenció dels statuts d'Hospital Associat a la Universitat Rovira i Virgili, es va creure oportú la potenciació d'aquesta macroàrea de gestió del coneixement, amb la formació específica del seu responsable operatiu (quadre 6.15).

L'Àrea de Gestió del Coneixement és creà l'any 2001 i donant suport a tot el Model de Gestió, té com a objectiu el de posar les condicions per proporcionar l'aprenentatge, tot gestionant la informació i les persones

QUADRE 6.13. PROGRAMA DE FORMACIÓ EN MILLORA CONTINUA

CURS	CENTRE DOCENT	ÀMBIT D'APLICACIÓ
❖ MÀSTER GESTIÓ DE LA QUALITAT TOTAL A LES EMPRESES	UPC	2 directius
❖ DIPLOMA POSTGRAU EN COMUNICACIÓ I ATENCIÓ AL CLIENT	EADA	1 infermera, 2 administratius
❖ CURS DE METODOLOGIA DE LA MILLORA CONTINUA	FAD	30 metges i infermeres
❖ CURS D'AVALUADOR INTERN DEL MODEL EFQM D'EXCEL·LÈNCIA	UPC	28 col.laboradors
❖ CURS DE FORMADOR DEL MODEL EFQM	EFQM	2 directius
❖ DIPLOMA POSTGRAU EN METODOLOGIA D'AVALUACIÓ I MILLORA DE LA QUALITAT ASSISTENCIAL	UAB-FAD	1 directiu, 2 infermeres
❖ MÀSTER D'ESPECIALITZACIÓ EN GESTIÓ I METODOLOGIA DE LA QUALITAT ASSISTENCIAL	UAB-FAD	1 directiu
❖ CURS DE GESTIÓ I METODOLOGIA DE LA QUALITAT ASSISTENCIAL	FAD	2 directius
❖ CURS DE FORMADORS DE FORMADORS	IES	4 professors associats de la URV

Font: elaboració pròpia

QUADRE 6.14. PROGRAMA DE FORMACIÓ DE CONSULTORS INTERNS

CONSULTOR INTERN	CURS
❖ QUALITAT TOTAL	MÀSTER DE GESTIÓ DE LA QUALITAT TOTAL A LES EMPRESES (UPC), 2000
❖ COMUNICACIÓ	MÀSTER EN COMUNICACIÓ A LES ORGANITZACIONS (UB), 1999
❖ CONTROL DE GESTIÓ	CURS DE CONTROL DE GESTIÓ (ESADE), 1999
❖ NOVES TECNOLOGIES	MÀSTER EN GESTIÓ CLÍNICA (UAB), 2000
❖ RECERCA	MÀSTER EN METODOLOGIA EN CIÈNCIES DE LA SALUT (UAB), 2000
❖ BIOÈTICA	MÀSTER EN BIOÈTICA (UAB), 2000
❖ GESTIÓ DEL CONEIXEMENT	DIPLOMA DE GESTIÓ DEL CONEIXEMENT (ESADE), 2000
❖ PROCESSOS	DIPLOMA DE GESTIÓ HOSPITALÀRIA (ESADE), 1999
❖ SISTEMES D'INFORMACIÓ	MÀSTER EN DIRECCIÓ DE LES TECNOLOGIES DE LA INFORMACIÓ (LS-URL), 1999

Font: elaboració pròpia

El Pius Hospital ha realitzat una aposta molt important per incrementar la formació dels seus professionals. Així, el pressupost de formació de l'any 1995 era de quatre milions de pessetes i el de l'any 2000, va ser de vint-i-quatre milions, dotze dels quals han estat gestionats d'una manera autònoma des de les vuit Àrees de Gestió descentralitzades.

Fruit d'aquest esforç ha estat la consecució de l'estatus d'Hospital Associat a la Universitat Rovira i Virgili, a nivell de les àrees de coneixement de Medicina, Infermeria i Fisioteràpia.

QUADRE 6.15. PRINCIPALS ACTIVITATS DE GESTIÓ DEL CONEIXEMENT DEL PIUS HOSPITAL (1990-2001)

- ❖ ACREDITACIÓ DOCENT PROGRAMA MIR DE MEDICINA FAMILIAR I COMUNITÀRIA
- ❖ COL·LABORACIÓ DOCENT DE PREGRAU AMB LA UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
- ❖ PROGRAMA DE FORMACIÓ EMPRESARIAL
- ❖ PROGRAMA DE FORMACIÓ EN MILLORA CONTINUA
- ❖ PROGRAMA DE FORMACIÓ DE CONSULTORS INTERNS
- ❖ NOU MODEL ORGANITZATIU DEL PHV
- ❖ CREACIÓ DE L'ESTRUCTURA ORGANITZATIVA DE L'ÀREA DE FORMACIÓ-DOCÈNCIA-RECERCA
- ❖ HOSPITAL ASSOCIAT A LA UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
- ❖ FORMACIÓ DEL CONSULTOR INTERN RESPONSABLE DE L'ÀREA DE GESTIÓ DEL CONEIXEMENT
- ❖ CREACIÓ DE L'ÀREA DE GESTIÓ DEL CONEIXEMENT

Font: elaboració pròpia

6.3. ESTRUCTURA ORGANITZATIVA HORIZONTAL ADAPTADA A LA GESTIÓ DE QUALITAT TOTAL

6.3.1. INTRODUCCIÓ

Les organitzacions actuals, i les sanitàries també, estan immerses en els contextos molt canviants, i per tant requereixen d'estructures i processos organitzacionals flexibles i adaptatius. Són moltes les empreses que han apostat per un procés de canvi organitzacional. Canviar des de formes de funcionament taylorista i burocràtiques a estructures més descentralitzades i més centrades en les persones, el que significa enfocar l'organització vers la

Gestió de Qualitat Total. El camí vers una sanitat orientada al pacient i basada en els professionals, precisa d'una cultura organitzativa participativa que inclogui la recerca de l'autonomia professional, es a dir, responsabilitat i compromís (Monrás 1996). Això significa implantar Grups de Millora, Formació Continuada, i la potenciació de la Participació i Motivació dels col·laboradors. Aquests elements s'han convertit en referents fonamentals, sense els quals tot intent de canvi organitzacional està destinat al fracàs (Arizeta 2001). Assolir la utopia en el model hospitalari està en funció de la reflexió i el desenvolupament en el si dels mateixos hospitals, a través de l'adaptació dels sistemes organitzatius i de la tolerància de les persones als canvis culturals necessaris per possibilitar nous models i superar el corporativisme i el conservadorisme professionals latents en la situació actual (Codina 1990).

L'organització horitzontal està dissenyada per oferir a les organitzacions la forma estructural i l'enfocament organitzacional integrat que els li permeti lliurar el màxim valor afegit als clients (Hanson et al 1995). No hi ha dues estructures horitzontals que siguin exactament iguals, degut a que cadascuna es dissenya per produir una proposta de valor distintiva. Un organigrama no és una empresa (Davis et al 1991). Tanmateix, s'han descrit unes característiques comuns de les estructures: a) Els grups dels processos centrals agrupen als col·laboradors d'acord amb el conjunt d'habilitats múltiples necessària per complir els objectius de desenvolupament basats en el procés i lliurar una proposta de valor (Mintzberg 1984). b) Els equips –i no els individus agrupats en ells– constitueixen les unitats fonamentals de l'organització i se'ls encoratja a autoadministrar-se (Costa 1996). c) Els titulars dels processos, ja siguin equips o individus, són responsables de dirigir i administrar els processos centrals complets, de principi a final (Davenport 1994). d) L'atenció s'enfoca en gran mesura vers l'exterior, més que vers l'interior, en el sentit de que cada departament tracta de complir els objectius de productivitat que s'ha assignat (Andreu et al 1996).

El paper d'un gerent dins d'una organització altament professionalitzada, amb el poder real centrat en els professionals, és el de convertir-se en una figura fonamentalment coordinadora, creadora d'estructures orgàniques poc formalitzades, que facilitin la interrelació fluida i no pauta dels professionals,

facilitadora a la seva vegada, d'una estructura organitzativa que canalitzi els comportaments dels professionals dins d'unes pautes assumides majoritàriament per l'organització (Obeso 1989). El canvi és inevitable, possible i beneficiós (Monrás 1993). Els gestors sanitaris han de ser com l'aconseguidor i el seu protagonisme ha de ser zero al costat dels qui han d'ostentar-lo. Cal en una paraula, traspasar la iniciativa a on es troba a l'hospital que és al nivell dels professionals (Moreu 1991). La gestió de les organitzacions sanitàries ha de consistir més en el lideratge que en el control (Bonfill 2000), el primer executiu és responsable de la millora dels resultats, la satisfacció dels clients i de la innovació permanent (Katz et al 1996). Cal desenvolupar, doncs, un nou tipus de lideratge per preparar a les organitzacions als accelerats canvis del nou segle (Galbraith et al 1993). El directiu ha de deixar el seu segell personal en l'organització, marcant alhora la seva línia d'actuació (Mintzberg 1991).

La direcció i els seus suports tècnics han de formar equips d'alt rendiment (Katzenbach 1995) que experimentin i impulsin els canvis i les estratègies organitzacionals, donat que les decisions directives tenen impacte no sols en el resultat econòmic sinó en l'organitzatiu (intraègia i estratègia). Un pas important és mantenir una discussió permanent sobre les qüestions proposades, amb la finalitat d'anar construint valors i experiències compartides, desitjables en un enfoc de cultura organitzacional (Merkens 1998). Els veritables equips reuneixen gent que posseeix habilitats complementàries, compromesa amb un propòsit comú –no sols amb una assignació comú- i que té fites de desenvolupament específiques i mesurables, per les quals comparteixen la responsabilitat. Els equips en l'organització horitzontal també assumeixen veritables responsabilitats directives. Tanmateix, la jerarquia no s'elimina per complet, els grups dels processos estan sota les ordres dels titulars dels processos, que solen ser equips de líders, responsables de complir els objectius específics de desenvolupament de cada procés. I segueix havent-hi una jerarquia que també supervisa tota l'organització, al ser les capacitats humanes naturalment limitades (Ostroff et al 1993).

El resultat ha de ser una estructura d'equips més plana, encara que segueixi sent jeràrquica, la qual substitueix a les jerarquies verticals de l'administració

funcional tradicional (Ostroff 1999). Una distinció important que fan els teòrics de les organitzacions quan descriuen a l'organització horitzontal és que resulta més plana, però no és plana (Ostroff 2000). Doncs, existeixen menys nivells de jerarquia, però l'organització no serà pel complet plana. La utilització de sistemes de treball amb un alt grau de compromís, treballadors amb poder de decisió reunits en equips, la retroalimentació just a temps i pràctiques de capacitació multidimensionals, permeten que el disseny horitzontal creï un ambient de treball més humanitari i aporti un nou significat al mateix treball (Ostroff et al 1993). El poder ha d'expressar-se a través del coneixement i de l'experiència. En les estructures organitzatives s'han de construir cúpules i no piràmides (Tomasko 1996). La veritable avantatge resideix més que en la capacitat d'utilitzar el coneixement, en la capacitat d'aprendre i de generar nou coneixement (Andersen 1998). La gent s'esforça en comprometre's si disposa de llibertat i d'un entorn que ho permeti (Naisbitt et al 1986).

6.3.2. DISSENY D'UNA ESTRUCTURA ORGANITZATIVA HORIZONTAL ADAPTADA A LA GESTIÓ DE QUALITAT TOTAL

Si una organització hospitalària vol aplicar estratègies que la condueixin a l'Excel·lència empresarial, com són la direcció per processos, la seva millora permanent i la gestió clínica, ha de realitzar una reingenieria radical de les estructures organitzatives clàssiques dels centres sanitaris. Doncs per fer avançar als hospitals en la direcció per processos assistencials, mitjançant equips professionals multidisciplinaris, és imprescindible un canvi en les estructures clàssiques divisionals (medicina, infermeria, administració, serveis generals, recursos humans). Cal que desapareguin actituds corporatives, dirigismes, rigideses, centralismes i burocràcies esgotadores, sense un objectiu comú, assolir la satisfacció dels clients.

La transformació que estan realitzant les principals organitzacions que cerquen l'excel·lència, es basen en tres principis generals (Osborne et al 1993, Galbraith 1995, Ostroff 2000)

- Els clients són l'eix vertebral de l'organització
- Doten de recursos i poder de decisió als veritables protagonistes de les tasques assistencials i de suport, els professionals del coneixement
- La gerència és un ens facilitador i coordinador de les tasques dels professionals del coneixement.

Amb la plena acceptació d'aquests tres principis per part del primer executiu d'una organització sanitària, el procés per realitzar el canvi (Quadre 6.16) en un centre hospitalari requereix en primer lloc, la constitució d'una comissió assessora de la gerència formada per els líders d'opinió de l'estament clau alhora d'endegar qualsevol mena de canvi, els metges. Per aquest motiu, serà necessari cercar la complicitat primer i, la involucració després d'aquells líders del col·lectiu que prèviament s'hagin caracteritzat pel seu esperit d'innovació, tant a nivell assistencial, com a nivell docent o a nivell de gestió. Amb ells primer individualment i, un cop engrescats en la possibilitat de participar en el disseny d'una nova estructura organitzativa que doni resposta a la seva necessitat de liderar els processos assistencials, dels que són responsables, es constituirà el comitè assessor.

Des del primer moment es indispensable una íntima comunió amb el màxim responsable jeràrquic del centre, sinó es així, és del tot necessari el seu relleu. Mentre el comitè realitza les seves primeres reunions, el primer executiu ha de seduir a la resta dels membres de l'equip directiu, i molt especialment, a la màxima responsable de l'altre col·lectiu clau en el procés assistencial, la directora d'infermeria. La seva adscripció total en el projecte serà difícil, doncs un dels principals objectius es trencar amb l'obsoleta estructura divisional, i per tant, el seu rol i estatus a la nova organització ha de ser-li molt ben explicat . No es pot obviar que totes les persones que participen en el canvi hi han de guanyar, d'una manera o d'una altra. La seva incorporació en el comitè assessor serà del tot imprescindible, però prèviament caldrà que els seus components acceptin que sense la participació del personal d'infermeria, el canvi no es possible. La resta dels membres de l'equip directiu han d'estar

constantment informats per la pròpia gerència de tot el procés de disseny de la nova estructura, de manera que aportin noves idees en el si del comitè directiu.

QUADRE 6.16. GUIA DEL REDISENY ORGANITZATIU D'UN CENTRE HOSPITALARI

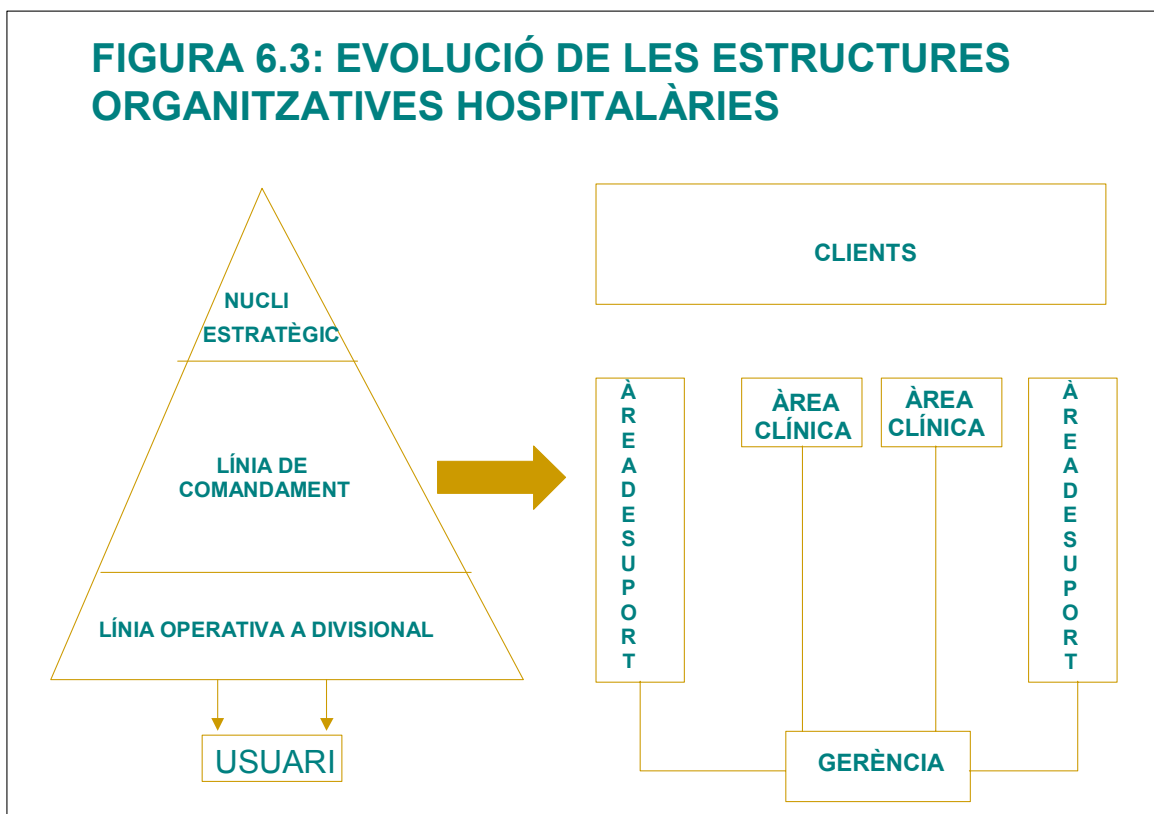
- ❖ CONSTITUCIÓ D'UN COMITÉ ASSESSOR DEL CANVI
- ❖ INVOLUCRACIÓ DE TOT L'EQUIP DIRECTIU
- ❖ DISSENY DE LA NOVA ESTRUCTURA
- ❖ APROVACIÓ DE LA NOVA ESTRUCTURA PER EL MAXIM ÒRGAN DE GOVERN
- ❖ COMUNICACIÓ DEL CANVI A TOTA L'ORGANITZACIÓ
- ❖ PROVA PILOT DEL CANVI
- ❖ REDISENY DE LA NOVA ESTRUCTURA
- ❖ IMPLANTACIÓ PROGRESSIVA

Font: elaboració pròpia

En el cas de copsar-se, per part d'algun directiu la no involucració total en el projecte, es necessari intentar-lo convenci'l, sinó es factible no quedarà més remei que prescindir d'ell. Doncs no hi ha res més perillós per a una organització que un directiu en desacord amb les seves línies estratègiques. Un cop es té clar quina ha de ser la nova organització i abans de la seva difusió, cal que el primer executiu obtingui l'aprovació i el suport del màxim òrgan de govern de la institució. Un cop assolit aquest, el propi gerent difondrà a tots els col·laboradors del centre, el perquè i la seva magnitud. El canvi s'iniciarà, naturalment, en una àrea pilot, doncs l'obtenció de l'efecte demostració serà imprescindible per la seva aplicació d'una manera progressiva a tota l'organització. A mesura que el canvi es difon a tota l'organització, amb el suport del comitè de suport es realitzaran tots aquelles modificacions necessàries del projecte inicial, a fi i efecte, d'assegurar l'èxit.

Aquesta transformació organitzativa (Figura 6.3) es caracteritza per:

- la inversió de l'organigrama, l'organització s'orienta al client
- el seu aplanament, disminueixen el nombre de línies de comandament
- descentralització, les decisions es prenen en el mateix nivell on es decideixen
- la funció facilitadora de la gerència a tota l'organització, enlloc de la jeràrquica



Font: elaboració pròpia

6.3.3. APLICACIÓ D'UNA ESTRUCTURA ORGANITZATIVA HORIZONTAL ADAPTADA A LA GESTIÓ DE QUALITAT TOTAL EN UN CENTRE HOSPITALARI

El disseny del Mapa de Macroprocessos del PHV (Figura 7.3) va comportar que el macroprocés assistencial, fos definit com a crític, doncs és la causa de l'existència d'un centre hospitalari. A més a més aquest macroprocés es

subdivideix en sis processos de primer nivell (Figura 7.6) Llavors, l'aplicació de la Direcció per Processos , comportava un canvi d'organigrama, adaptat a la filosofia de la Gestió de Qualitat Total que s'ha revisat a la secció 6.2.3. Si es pretén gestionar amb equips assistencials multidisciplinaris, amb l'objectiu comú de ser eficaços i eficients i alhora obtenir la satisfacció del client, va representar dissenyar un nou model organitzatiu basat en vuit ÀREES DE GESTIÓ, basades en la direcció de processos, amb autonomia pròpia i incorporant en el seu si, a tots els professionals que integren els diferents serveis i unitats que configuren el procés.

El macroprocés assistencial, es subdivideix en sis processos assistencials, cadascun d'ells es gestiona en una ÀREA CLÍNICA i està formada pels diferents professionals mèdics, d'infermeria i administratius dels diferents serveis i unitats que la integren (Quadre 6.17). Així mateix, la resta de macroprocessos s'agrupen en dues ÀREES DE SUPORT, que també disposen dels seus respectius serveis i unitats.

QUADRE 6.17. COMPOSICIÓ DE LES ÀREES DE GESTIÓ	
ÀREES DE GESTIÓ	SERVEIS I UNITATS
❖ ÀREES ASSISTENCIALS	
MATERNAINFANTIL	❑ Pediatria, Ginecologia, Obstetricia.
QUIRÚRGICA	❑ Cirurgia, Otorinolaringologia, Oftalmologia, Urologia, Dermatologia, Traumatologia.
SUPORT DIAGNÒSTIC I TERAPÈUTIC	❑ Diagnòstic per la Imatge, Farmàcia, Laboratori, Anatomia Patològica, Rehabilitació, Consultes Externes.
CRÍTICS	❑ Anestèsia, Bloc Quirúrgic, Esterilització, Clínica del Dolor, Urgències.
MEDICINA I GERIATRIA	❑ Medicina Interna i especialitats, Hospital de Dia, PADES, Convalescència, Cures Pal.liatives, Llargada Estada, UFISS.

Font: elaboració pròpia

QUADRE 6.17. (cont.) COMPOSICIÓ DE LES ÀREES DE GESTIÓ

ÀREES DE GESTIÓ	SERVEIS I UNITATS
❖ ÀREES ASSISTENCIALS	
RESIDENCIAL	<input type="checkbox"/> Llarga estada, Hospital de Dia Geriàtric, Residència Assistida
❖ ÀREES DE SUPORT	
ADMINISTRATIVA	<input type="checkbox"/> Economia i Finances, Relacions Laborals, Serveis Tècnics, Control de Gestió, Logística, Informàtica
CLIENTS	<input type="checkbox"/> Atenció Psicosocial, Admissions, Recepció, Hosteleria

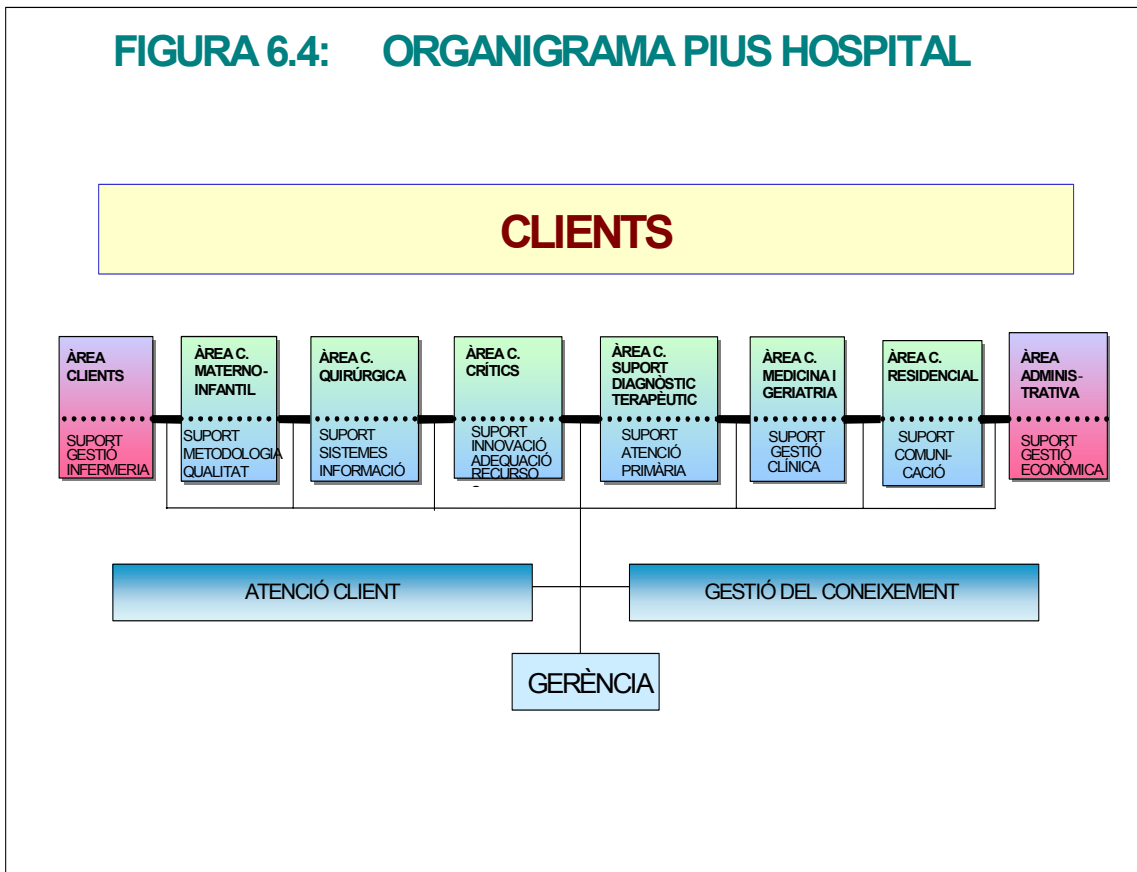
Font: elaboració pròpia

A partir de l'estructura organitzativa basada en la direcció per processos, es configurarà l'organigrama actual del PHV (Figura 6.4). En el que destaca, la posició preeminent dels clients i la funció facilitadora de la gerència (inversió de l'organigrama) i l'horitzontalització de l'estructura mitjançant la creació de les ÀREES DE GESTIÓ, basades en el Mapa de Macroprocessos; la introducció de l'Àrea de Gestió del Coneixement i de l'Atenció al Client, com a parts integrants de la direcció del centre.

A més a més, es pot observar la creació de les figures dels CONSULTORS INTERNS, a cadascuna de les Àrees de Gestió, que tenen una funció de suport horitzontal a tota l'organització, el que facilita la integració de totes les àrees en la realització global de la Missió institucional. Aquest nou organigrama va significar:

- La desaparició de les Direccions Divisionals clàssiques: mèdica, infermeria, serveis generals, recursos humans.
- La creació d'equips directius amb poder de decisió a cadascuna de les Àrees. El seu vincle amb la gerència és el Contracte de Gestió (secció 7.3.3.) signat pel Director d'Àrea i el propi Gerent.

La incorporació massiva de professionals sanitaris en el Comitè Directiu del PHV: 6 metges, 3 infermeres, 1 administrador i el gerent. El que permet donar el protagonisme que es mereixen als principals professionals del coneixement d'un centre sanitari.



Font: elaboració pròpia

El procés de transformació es va iniciar en el primer trimestre de l'any 1998, amb el disseny del Mapa de Macroprocessos i la posta en funcionament de la primera Àrea Clínica. El procés de transformació organitzatiu va durar gairebé dos anys, tal com s'exposa a la secció 7.3.3, doncs es va optar per una reestructuració radical però progressiva, de fer les coses com sempre s'havien fet a una nova manera de gestionar, basada en la Direcció per Processos.

