



## ADMINISTRACIÓN - GESTIÓN - CALIDAD

### APLICABILIDAD DEL REDISEÑO DE PROCESOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO PÚBLICO.

APPLICABILITY OF THE PROCESS REDESIGN IN THE HOSPITABLE PUBLIC AREA.

**\*Giménez Andréu, M.R., \*\*Segura López, G.**

\*Enfermera. Master en Gestión de los Servicios Sociosanitarios. Hospital Santa María del Rosell. \*\*Profesor Escuela Universitaria de Enfermería de Cartagena (Adscrita). Master en Enseñanzas Aplicadas para la Gestión de la Administraciones Públicas.

Palabras clave: Rediseño de Procesos, Gestión Pública, Hospitales.

Key words: Redesign of Processes, Public Management, Hospitals.

#### RESUMEN

Las nuevas tendencias gerenciales en la administración pública sanitaria abogan por un mayor protagonismo de los ciudadanos en la toma de decisiones de los procesos asistenciales y por una mejora de la calidad de los servicios hospitalarios ofrecidos. Conscientes de esta realidad, las direcciones hospitalarias se están caracterizando por el creciente interés en desarrollar proyectos de mejora de sus procesos asistenciales básicos, utilizando para ello en algunos casos herramientas como la denominada Reingeniería o Rediseño de Procesos que supone una *demolición controlada y drástica* de los procesos estratégicos de valor agregado y de los sistemas, las políticas y las estructuras organizacionales que los sustentan para optimizar los flujos del trabajo y la actividad de una organización.

En este artículo estudiamos el Rediseño de Procesos desde un punto conceptual, revisando las fases necesarias para su puesta en marcha y analizando su aplicabilidad potencial en el ámbito Hospitalario Público. Concluimos resaltando que la práctica del rediseño de procesos no es, según sus principios conceptuales, factible desde un punto de vista ejecutivo en los hospitales públicos, lo que nos indica que las prácticas así denominadas, rigurosamente no pueden ser tales en realidad y se inclinan más bien a otras orientaciones organizativas.

## SUMMARY

The new managerial trends in the public sanitary administration plead for a major protagonism of the citizens in the capture of decisions of the welfare processes and for an improvement of the quality of the hospitable offered services; Conscious of this reality, the hospitable directions are characterized by the increasing interest to develop projects of improvement of your welfare basic processes, using for it in some cases tools as the Reengineering called or Process redesign that supposes a controlled and drastic demolition of the strategic processes of added value and of the systems, the political ones and the structures of the organization that sustain them to optimize the flows of the work and the activity of an organization.

In this article we study the Process redesign from a conceptual point, checking the phases necessary for your putting in march and analyzing your potential application in the Hospitable Public area. We end up by highlighting that the practice of the process redesign is not, according to your conceptual principles, feasible from an executive point of view in the public hospitals, which indicates us that the practices like that named, rigorously they cannot be such indeed and they incline rather to other organizational orientations.

## INTRODUCCIÓN

La actual crisis de competitividad global que afrontan algunas organizaciones no es el resultado de una recesión económica temporal ni de un punto bajo en el ciclo de los negocios; en realidad, ya ni siquiera podemos contar con un ciclo predecible. En el entorno de hoy ya nada es constante ni previsible (ni el crecimiento del mercado, ni la demanda de los clientes, ni la tasa de cambio tecnológico). Los pilares que sustentaban a la administración, a la teoría de la organización tradicional de corte Taylorista y a los principios del modelo burocrático de Weber entraron en franco declive a mediados de los años setenta del pasado siglo.

En el ámbito de la Administración pública sanitaria, el correlato organizacional de esta nueva dinámica de articulación de intereses entre la Administración y los ciudadanos se materializa en entidades públicas más abiertas a los intereses ciudadanos, gerenciadas con criterios de empresa privada, buscando resultados y una minimización del costo prestacional. Los actuales paradigmas organizacionales dan cuenta de una nueva mentalidad empresarial postburocrática, con vocación de autojustificar económicamente su existencia institucional, de adaptarse a las exigencias sociales y con explícito reconocimiento de su responsabilidad en cuanto a una adecuada prestación de bienes y servicios en términos de expectativas de una ciudadanía que hace uso creciente de sus derechos frente a la administración. (1, 2, 3)

La irrupción del ciudadano como unidad de referencia de la atención pública se ha reflejado en las formas de dirección de los gerentes de los hospitales que han intentado reaccionar para hacer frente a los nuevos escenarios. El resultado ha sido la adopción de diferentes técnicas y métodos de dirección, cuyo éxito en el sector empresarial privado indujo a prever idénticos resultados en el sector sanitario público. De esta forma hemos

asistido a la implantación de técnicas como los sistemas *Just In Time* (JIT), la gestión por competencias, la gestión del conocimiento, los sistemas de calidad *Kaizen*, el método de mejora *Deming*, y el *Benchmarking* entre otros (4, 5, 6). En esta línea, una de las últimas tendencias en gestión de hospitales se denomina Reingeniería o Rediseño de Procesos que surgió como una herramienta radical para mejorar la calidad de los procesos y al igual que las otras prácticas mencionadas, ha recorrido su camino partiendo desde el campo de la gestión del ámbito institucional privado.

## METODOLOGÍA

Estudio de Investigación bibliográfica y revisión documental critico-analítica para el que se utilizaron las bases de datos informatizadas *AdSaude* de administración sanitaria, *Medline* de ciencias de la salud y *Econlit* de economía, empresa y ciencias sociales, circunscribiendo los descriptores empleados a los términos clave: Rediseño de Procesos, Gestión de la Calidad y Hospitales Públicos, seleccionando finalmente los textos explotados para la producción de este trabajo tras la valoración de sus Índices de Citación (mediante el *Essential Science Indicators*) y el examen de sus *Abstracts*.

## Concepto y Fases del Rediseño de Procesos

A finales de los años 80 surgió el enfoque de la Reingeniería o Rediseño de Procesos. Sus principales defensores, Hammer, Champy y Davenport, argumentaron que era una aproximación nueva y radical. Según ellos, las organizaciones que no se reestructuraran de una forma drástica y revolucionaria serían desplazadas en los nuevos mercados globales basados en la competitividad. La Reingeniería fue definida como *la revisión fundamental y el rediseño radical de procesos para alcanzar mejoras espectaculares en medidas críticas y contemporáneas de rendimiento, tales como costes, calidad, servicio y rapidez* (7, 8). La mencionada definición contiene cuatro términos clave que sintetizan la filosofía de este enfoque y que analizaremos más detenidamente en el apartado de Discusión:

Fundamental: *«La Reingeniería empieza sin ningún preconcepto, sin dar nada por sentado [...]»* (7, 8).

Radical: *[...] rediseñar radicalmente significa descartar todas las estructuras y procedimientos existentes e inventar maneras enteramente nuevas de realizar el trabajo. Rediseñar es reinventar el negocio, no mejorarlo o modificarlo* (8).

Espectacular: *Se debe apelar a la Reingeniería únicamente cuando exista la necesidad de volarlo todo. La mejora marginal requiere un cuidadoso ajuste; la mejora espectacular exige derrumbar lo viejo y cambiarlo por algo nuevo.* (7, 8).

Procesos: *Muchas personas de negocios no están orientadas hacia los procesos; están orientadas a tareas, a oficios, a personas, a estructuras, pero no a procesos. Definimos un proceso de negocios como un conjunto de actividades que recibe uno o más input y crea un producto de valor para el cliente* (7, 8).

La Reingeniería se presenta pues, como el rediseño rápido y radical de los procesos estratégicos de valor agregado y de los sistemas, las políticas y las estructuras

organizacionales que los sustentan para optimizar los flujos del trabajo y la actividad de una organización. (9)

Son muchas las metodologías que los autores plantean para realizar un proceso de Rediseño pero, en general, la aplicación de esta técnica empresarial sigue las fases genéricas del ciclo de vida de cualquier proyecto; Concepción, Análisis, Diagnóstico, Diseño detallado e Implantación (10, 11, 12).

- a) Definir el proyecto: La definición incluye tanto el objetivo que persigue la Reingeniería como el ámbito que cubrirá el proyecto. En esta etapa también se determinan los instrumentos de análisis y se identifican los referentes comunes.
- b) Análisis de la situación actual: Consiste en el desarrollo de un diagnóstico de la situación en la que se encuentra actualmente la organización. Para esto se debe evaluar la Organización, el Entorno, el Flujo de los procesos y los Paradigmas Empresariales.
- c) Diagnóstico: Después del análisis de la situación actual, se realiza un diagnóstico de las necesidades más apremiantes de la institución y de las limitaciones y debilidades que tiene para llevar a cabo una gestión eficiente.
- d) Diseño de la “nueva” organización: En esta etapa se recoge toda la información de las etapas anteriores y se crea una organización tal que cubra las necesidades y limitaciones de la organización actual. Es así como se rediseñan:
  - a. *Flujos de procesos*: Los procesos que se han reconocido como puntos álgidos en la organización se revisan, reestructurando aquellos que se consideran válidos pero que no se están llevando a cabo adecuadamente o que presentan fallos evidentes, eliminando aquellos que no agregan valor al producto final o que son obsoletos y se crean los que no se están llevando a cabo en la actualidad y que son básicos para el adecuado funcionamiento de la institución.
  - b. *Flujos de información*: Consiste en definir las clases de documentos, los aspectos de la documentación, las clases de archivos y sus nuevos flujos y todo lo que conlleve a establecer un adecuado sistema de información gerencial.
  - c. *Organización*: Diseño de las características generales de la nueva estructura organizacional, cargos y perfiles de éstos, funciones, mercadeo de los servicios, gestión financiera, cargas de trabajo y cultura organizacional.
  - d. *Estrategias y políticas*: Cómo se llevarán a cabo todos los procesos de la nueva empresa, para responder adecuadamente a las nuevas exigencias del entorno.
  - e. *Paradigmas empresariales*: Nuevas creencias, nuevas formas de hacer las cosas. Nueva Misión y Visión de la Institución.
  - f. *Plataforma tecnológica*: Determinar las características y configuraciones necesarias del software y el hardware que permitan agilizar los procesos administrativos y logísticos.
  - g. *Productos o servicios*: Proporcionar las características del producto o servicio fundamentales para satisfacer las necesidades del cliente (Establecimiento de

Cartas de Servicio, Acreditación externa de la calidad de los procesos, Auditorías...).

- e) Implantación: Poner en marcha el prototipo de la nueva organización es uno de los pasos más difíciles del Rediseño de Procesos, más aún si existe la sospecha de que habrá reducción de personal tanto administrativo como de las unidades asistenciales, se trata pues, en esta fase, de minimizar los traumatismos que pueda implicar la implantación del nuevo modelo en la estructura actual de la organización, de reducir la resistencia al cambio y de involucrar a todos los trabajadores afectados concienciándolos de la necesidad de cambiar la dinámica de trabajo.

## RESULTADOS

Como Resultado de nuestro estudio podemos afirmar que la práctica de la reingeniería de procesos no es, según sus principios conceptuales, factible desde un punto de vista operativo en los hospitales públicos, lo que nos indica que las experiencias así denominadas, estrictamente no son tales en realidad y obedecen más bien a otros enfoques organizativos como el diseño socio-técnico. Así, si bien la mayoría de los resultados derivados de las experiencias documentadas cumplía en mayor o menor grado alguno de los criterios básicos de factibilidad del rediseño de procesos, ninguna de ellas podría considerarse como reingeniería propiamente dicha, porque no satisfacían algunos de sus requerimientos definitorios o por detectarse dificultades operativas, técnicas o económicas.

## DISCUSIÓN: APLICABILIDAD DEL REDISEÑO DE PROCESOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO PÚBLICO.

La *competencia* es un concepto cada vez más introducido en el sistema sanitario público y se encuentra íntimamente ligado a las filosofías gerenciales que defienden la necesidad de aplicar la Reingeniería o Rediseño de Procesos en el entorno hospitalario. Es previsible que entremos en un sistema de competencia autorregulada, en la que será ineludible demostrar que el rendimiento alcanzado y la calidad de un hospital son óptimos y mejores que los de sus competidores (13). En un escenario mesoeconómico caracterizado por la incesante presión ejercida por los contratos programas, (en los que la financiación depende directamente tanto de los niveles asistenciales alcanzados como de los de gestión), donde se plantea un mercado mixto sanitario (sistemas concertados con pago capitativo fijo, sistemas públicos con Gestión privada, etc.) (14, 15) que obligaría a los hospitales públicos a competir ferozmente por captar pacientes-clientes y recursos financieros en función de los servicios prestados, resulta lógico encontrar defensores (y detractores) de la mencionada herramienta de gestión de la calidad que proclaman sus bondades (y defectos) a la comunidad científica argumentando la puesta en práctica, en el marco hospitalario, de supuestas experiencias, proyectos o pilotajes aislados de Reingeniería de Procesos de resultado satisfactorio (o claramente desastroso).

Los autores que justifican la implantación de técnicas de reingeniería para la organización de la empresa (7, 9, 16, 17, 18) subrayan que su utilización puede llegar a suponer un decremento del orden del 40% en los costes de operación, un incremento en la satisfacción de los clientes, niveles de calidad y de beneficios del orden también del 40%, así como un incremento de la cuota de mercado cercano al 25%. Aseveran igualmente que una organización que ha adoptado la reingeniería se caracterizará por ser menos



burocrática, disponer de una ordenación jerárquica más plana y requerir establecer menos inspecciones en las actividades a realizar.

Con estos axiomas es difícil no rendirse a la incitación de adoptar tal enfoque en el ejercicio cotidiano de una organización. Si a ello le sumamos los beneficios que, según la bibliografía especializada, han obtenido las empresas que acogieron esta técnica parece que el resultado es la sensación de cierto apremio por instituir la reingeniería de procesos. Sin embargo, si nos centramos en el ámbito sanitario existe poca evidencia del grado de éxito que esta técnica puede tener en los hospitales de titularidad pública.

Si nos remitimos a la bibliografía anglosajona sobre gestión sanitaria encontramos que la evidencia empírica en su entorno es menos exigua y que el número de artículos y la variedad de revistas especializadas en las que surge, demuestra la presencia de un considerable interés por la reingeniería, encontrándose afirmaciones como la que indica que más del 60% del total de hospitales en los Estados Unidos han estado involucrados de alguna forma en la realización de iniciativas relacionadas con la reingeniería (18, 19, 20). Pese a ello, otros autores justifican que un análisis detenido de las experiencias publicadas demostraría que muchas de las así denominadas prácticas de reingeniería son, en realidad, reducciones de plantillas encubiertas con las que justificar menores costes en los hospitales o acciones que no obedecen a los preceptos de dicho enfoque sino que, de hecho, tienen más parecido con una solución organizativa nada novedosa denominada diseño socio-técnico, cuyos fundamentos se sentaron hace más de cincuenta años y que se basa, en suma, en una ideología que promueve el aprovechar la experiencia y conocimiento del personal e integrarlo con los nuevos desarrollos tecnológicos y procesales (21, 22, 23).

Una vez efectuadas estas puntualizaciones, la factibilidad de llevar a cabo procesos de reingeniería en los hospitales públicos se discutirá en este documento desde dos enfoques diferenciados, el primero consiste en el análisis conceptual y teórico de la Reingeniería de Procesos, y el segundo aborda, tomando como referencia las experiencias gestoras realizadas en este campo, la posible obtención de los beneficios derivados de la aplicación de esta herramienta en los centros hospitalarios.

Como constatamos anteriormente y siguiendo la propia definición dada de Rediseño, este debe ser fundamental, radical, espectacular y, finalmente, orientado a procesos<sup>1</sup>.

Comenzando por esta última característica, dado que los hospitales basan su funcionamiento en muchas actividades fragmentadas e independientes y en la labor de numerosos especialistas autónomos (médicos, enfermeros, psicólogos, administrativos, etc.) parece, *a priori*, que sí tenemos ante nosotros la potencialidad de aplicar esta herramienta, por lo que la idea de una racionalización de actividades se convierte en un poderoso atractivo a favor de este enfoque.

Sin embargo, retornando a la primera característica (fundamental), según la cual *La reingeniería empieza sin ningún preconcepto, sin dar nada por sentado [...] se basa en la suposición de que la gerencia de la organización tiene control sobre sus servicios y también sobre sus prácticas de trabajo (8)*, lo que no es el caso de los hospitales públicos, en los que no se pueden añadir o eliminar servicios y modificar prácticas de trabajo según los dictados de la gerencia. No resulta viable proponer una forma alternativa de realizar procesos que admita romper con algunas prácticas y estructuras ampliamente enraizadas en la cultura organizativa, normalizadas por la propia legislación vigente, los convenios institucionales, los contratos programa, las negociaciones sindicales, los acuerdos tácitos de los poderes fácticos inmovilistas, clientelismos tradicionales, feudalismo institucional e incluso

desconcertantes principios implícitos de la institución como los autoproclamados “derechos internos adquiridos” de algunos profesionales que frenan cualquier iniciativa considerada como amenazante a sus intereses tradicionales (cambios en la turnicidad, en el servicio, en los permisos, las vacaciones, etc.) o el subjetivo (y casi surrealista) “derecho colectivo al desagravio comparativo”<sup>2</sup>.

Por otra parte, la segunda característica (radicalidad) consistente en [...] *descartar todas las estructuras y procedimientos existentes e inventar maneras enteramente nuevas de realizar el trabajo*, resulta ampliamente debatible en el entorno en el que estamos considerando. Un cambio en las prácticas clínicas o administrativas, no puede ser realizado bajo la libre discrecionalidad de un hospital, sino que está sometido a numerosas restricciones internas y externas.

Finalmente, la tercera característica, relacionada con la espectacularidad, en el sentido de que *se debe apelar a la reingeniería únicamente cuando exista la necesidad de volarlo todo* es de por sí lo suficientemente drástica como para que la autoridad sanitaria y, ni qué decir tiene, los sindicatos y/o colectivos laborales y sociales, difícilmente den su consentimiento para que se lleven a cabo cambios de este calibre. En síntesis, y sin desear ser presuntuosos, el resultado que se extrae de esta primera consideración es que cualquier supuesto de reingeniería no podrá, de entrada, cumplir la definición dada por sus creadores.

La segunda cuestión tratada se refiere a si realmente los beneficios esperados de la reingeniería (reducción de costes y de tiempo invertido por proceso, altas tasas de beneficios, cuota de mercado y satisfacción del cliente) son realmente indicadores de objetivos efectivos para los hospitales públicos. Nuestra opinión al respecto es que no, ya que por un lado, si aún en el supuesto de que los éxitos prometidos por la práctica de la reingeniería fuesen ciertos (Davenport (24), uno de sus principales promotores, afirma que la mayor parte de los intentos de implantación de prácticas de reingeniería han fracasado), debemos tener en cuenta de que gran parte de los costes en que incurren los hospitales<sup>3</sup>, fundamentalmente los de carácter asistencial, están fuera del control de la gerencia y suelen ser resultados de prácticas profesionales estándares (arbitrajes clínicos, protocolos, guías, algoritmos decisorios). En este sentido, las experiencias realizadas en varios hospitales norteamericanos y europeos<sup>4</sup> (20, 25, 26, 27) destacan que una eventual reducción en los costes sería consecuencia de acciones relacionadas con el rediseño de los procesos clave del ingreso de pacientes (ingresos programados, de urgencias, lista de espera), del control del gasto farmacéutico y de los procesos del alta tales como los recortes en las estancias medias de pacientes (quizás temerariamente por debajo del tiempo mínimo aconsejable), o las restricciones en el uso de los recursos materiales por parte de los equipos asistenciales cuestión que, probablemente, redundaría en menores niveles de satisfacción de los pacientes y del personal.

Otra opción para disminuir costes, casi una constante en los informes sobre experiencias en reingeniería, es la de obtener capitales económicos derivados de la reducción de plantilla, este supuesto resulta casi del todo inviable en la administración sanitaria pública por el tipo de contrato que liga al personal de los hospitales públicos con la Administración (tan solo podría pretenderse una reducción de costes evitando el incremento de las plantillas orgánicas, lo que por otro lado, poco tiene que ver con la Reingeniería de procesos tal y como se concibe); de esta manera desaparece la principal defensa que, erróneamente, ha tenido la práctica de la reingeniería para convencer de su utilidad práctica (21, 22, 23, 28).

## CONCLUSIONES

Tras la discusión del tema tratado, podemos concluir resaltando que la práctica del rediseño de procesos no es, según sus bases conceptuales, viable desde un punto de vista ejecutivo en los hospitales públicos, lo que nos indica que las experiencias así denominadas, rigurosamente no pueden ser tales en realidad y se inclinan más bien a otras alineaciones organizativas como el comentado esquema empresarial socio-técnico. Así, si bien la generalidad de los efectos derivados de las experiencias documentadas verificaba alguno de los criterios básicos de factibilidad del rediseño de procesos, ninguna de ellas alcanzaría a considerarse como reingeniería propiamente dicha, porque no integraban algunos de sus requerimientos determinantes o por detectarse dificultades operativas o económicas; procediendo la principal dificultad a la hora de poner en práctica esta metodología gestora, de la singularidad del ámbito hospitalario, de las personas que en él trabajan, de los flujos de información, de la cultura y subculturas institucionales, de los procesos asistenciales y de las tecnologías que intervienen en los procesos objeto de análisis, lo que obliga a hacer aplicaciones de mejora progresivas, muy tipificadas y de orden incrementalista.

## NOTAS

<sup>1</sup> Un proceso en una empresa de salud es cualquier actividad generada por los profesionales de una organización para satisfacer las necesidades de sus clientes. En el contexto de las organizaciones innovadoras, el proceso se define como *“un conjunto de actuaciones, decisiones, actividades y tareas que se encadenan de forma secuencial y ordenada para conseguir un resultado que satisfaga plenamente los requerimientos del cliente al que va dirigido”*.

<sup>2</sup> Este supuesto derecho lo definimos como el malestar que presentan algunos equipos de trabajo al otorgar la institución a equipos análogos determinados privilegios o beneficios (pueden consistir en mínimas mejoras económicas por su mayor eficiencia, productividad o actitud participativa ante nuevos proyectos o en un simple reconocimiento público favorable). En esta situación, el colectivo hipotéticamente agraviado manifiesta su disgusto exigiendo el mismo trato de deferencia (aunque no esté justificado ni merecido) o lo que es peor, la retirada inmediata de las prerrogativas otorgadas a sus compañeros.

<sup>3</sup> En España, el gasto de la asistencia hospitalaria supera los 3,5 billones de las antiguas pesetas, que equivale a unos 18 millones de pesetas por cama y año.

<sup>4</sup> *Ohio State University Medical Center, Duke University Medical Center, University of Cincinnati Hospital, Mount Sinai Hospital* de New York, el Hospital San Pablo de Barcelona, el Instituto San José de Gerona, el Instituto Clínico de Enfermedades Cardiovasculares de Barcelona, y el *Karolinska Institute* de Estocolmo entre otros.

## BIBLIOGRAFÍA

1. García González G. Las reformas sanitarias y los modelos de gestión. Revista Panamericana de salud publica 2002; 9(6):406-12.



2. Ruiz Iglesias L. Claves para la gestión clínica. Mc Graw-Hill/Interamericana de España, S.A.U. Madrid 2004.
3. Silva Sánchez MD, Garrido Casas J, Oteo Ochoa LA. Bases conceptuales en la empresa moderna. Experiencias de innovación en el sector sanitario. Rev Adm Sanit 1998; 2: 119-138.
4. Sánchez R, Senado LA, Orio I, Fernández B, Rodríguez C. ¿Es posible satisfacer expectativas, reducir ineficiencias y mejorar la calidad a través del Rediseño de Procesos?. Rev. Calidad Asistencial 1999; 14: 255-58.
5. Andreu R, Ricart J, Valor J. La Organización en la era de la información. Madrid: McGraw-Hill; 1997, 12.
6. Hernández Osuna E, Martín Paredero V. Reingeniería de Procesos como herramienta para la Gestión de listas de espera de varices. Angiología 2006; 58 (Supl. 2): 535-44.
7. Hammer, M. "Reengineering work: Don't Automate, Obliterate" Harvard Business Review 1990, 11.
8. Champy J. Reengineering management. New York: Harper Collins Publishers; 1995.
9. Hammer M, Staton S. The reengineering revolution. New York: Harper Business; 1995.
10. Hammer M, Champy J. Reingeniería de la empresa. Barcelona: Parramón; 1994.
11. Del Castillo Rueda A, Khosravi Shahi P. Reingeniería en el proceso de gestión e innovación de la asistencia médica hospitalaria. An Med Interna (Madrid) 2005; 22: 509-510.
12. Schweikhart S, Smith-Daniels V. Reengineering the work of caregivers: role definition, team structures, and organization redesign. Hosp. Health Serv Adm 1996; 41(1):19-35.
13. Aparicio MP, Triadó XM. Diseño organizativo de los hospitales y estructuras flexibles, un reto asumible. En Parras M. (dir.) Actas del XIV Congreso Nacional de la Asociación de Economía y Dirección de Empresas; 2000.p. 391-6.
14. Cuervo J. Hospital y cambio organizativo: un equilibrio entre descentralización de la gestión, participación de los profesionales y costes asistenciales. Todo Hosp 1996; 125: 45-8.
15. Bermudo L, Navarro A, Baena V, Fuentes JL, Juan F. Reingeniería de empresa en el hospital. Todo Hospital 2002; 183: 24-32
16. Evans J, Hwang Y. Cost reduction and process reengineering in hospitals. J Cost Manage 1997; 3: 20-27.
17. Davenport T. Process innovation: reengineering work through information technology. Boston: Harvard Business School Press; 1993.

18. Sommer RA. Architecting Cross-Functional Business processes: New views on traditional business process reengineering. *International Journal of Management and Enterprise Development* 2004; 1(4).
19. Walston S, Kimberly J. Reengineering hospitals: evidence from the field. *Hosp Health Serv Adm* 1997; 42(2): 143-163.
20. Ho S, Chan L, Kidwell R. The implementation of business process reengineering in American and Canadian hospitals. *Health Care Manage Rev* 1999; 24(2): 19-31.
21. Araujo A, Churruca E, Landeta J. La reingeniería de procesos: ¿una nueva y milagrosa técnica de gestión? *Harvard Deusto Business Review* 1998; 3:83-93.
22. Corbitt G, Wright L, Christopolus M. New approaches to business Process Redesign: a case study of collaborative group technology and service mapping. *Group Decision and Negotiation* 2000; 9(2): 97-107.
23. Harari, O.: "¿Por qué murió la Reingeniería?", *Harvard Deusto Business review* 1997.
24. Davenport, T., Jarvenpaa, S.L. y Beers, M.C. : " Mejora de los procesos del trabajo del conocimiento", *Harvard-Deusto Business Review* 1997
25. Bergman R. Reengineering health care. *Hospitals and Health Networks* 1994; 5(28): 30-6.
26. Cerrada Bravo T. Reingeniería en sistemas de salud. *Rev Med IMSS* 2002; 40: 127-135.
27. Osorio Acosta J, Paredes Alonso E. Reingeniería de Procesos en los Hospitales Públicos: ¿Reinventando la rueda?. *Rev Esp Salud Pública* 2001; 75: 193-206.
28. Davenport T. Why re-engineering failed: the fad that forgot people. *Fast Company* 1996; 70:4.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia