



El empuje de la gestión clínica

Jordi Varela Ventura
Hospital del Mar-IMAS
Director Gerente

En los hospitales de todos los países se palpa un empuje de la gestión clínica que tensiona el modelo jerárquico de organización médica y el modelo gerencial de toma de decisiones. De hecho, lo que hemos dado en llamar gestión clínica es un movimiento cultural de reconocimiento de que la organización de los hospitales se debe reordenar alrededor del proceso clínico de manera prioritaria a como lo ha venido haciendo alrededor de una estructura basada en el conocimiento académico (en órganos y sistemas).

La gestión clínica se basa en un proceso que requiere que exista una demanda de atención sanitaria por parte de un ciudadano, bien sea de manera espontánea o inducida; que existe un contacto profesional entre este ciudadano y un profesional sanitario (habitualmente un médico); que se generen expectativas de salud preferentemente compartidas entre el ciudadano y el médico; que se deriven consumos de productos o servicios sanitarios (diagnósticos o terapéuticos) y que ello conlleve unos resultados del proceso clínico que deberían responder en menor o mayor medida a las expectativas generadas.

El proceso clínico tiene, pues, todos los ingredientes para ser considerado un proceso de generación de servicios: demanda, acto profesional, consumo de productos y/o de servicios complementarios, costes derivados del propio acto y de los consumos y resultados (más o menos medibles). Todo ello hace pensar que, como en cualquier industria de servicios, el modelo organizativo obtendría mejores resultados si se basara en equipos cohesionados por procesos bien definidos, con responsabilidades específicas, evaluación de resultados e incentivos vinculados a ellos.

Cualquier observador podría verificar que los hospitales de principios del siglo XXI están inmersos en una crisis conceptual, con fuertes tensiones entre una jerarquía corporativa muy rígida y unos equipos multidisciplinares cuya única tarjeta de presentación son sus resultados. Cada vez más, los jefes de servicio deben habituarse a admitir que hay un modelo matricial que les llama a la puerta y que el sistema clásico de reparto del poder se debe transferir a grupos dinámicos empeñados en la mejora continua de los procesos clínicos. Por otro lado, el modelo gerencial actual, como en otros

sectores, debe ceder confianza a los responsables de los nuevos grupos multidisciplinares, sin otra limitación que la evaluación de los objetivos acordados con ellos. Por tanto, se impone un modelo de dirección de orquesta por encima del de dirección burocrática.

Las experiencias

Como no puede ser de otra manera, las experiencias son muy variadas, pero el denominador común de todas ellas es la organización del trabajo en base a la definición previa de cual debe ser el proceso clínico y en la obtención de mejores resultados. Otra característica, consecuencia de la anterior, es la multidisciplinariedad y, por tanto, el cambio en las relaciones y en los organigramas.

Las principales experiencias que existen en nuestro entorno se podrían resumir de la siguiente manera:

- Creación de institutos clínicos. Se caracterizan por un diseño organizativo a partir de un número importante de procesos clínicos que tienen algún tipo de denominador común. Se les transfiere algún tipo de riesgo, así como el global de los profesionales implicados en los procesos previamente definidos. Habitualmente implican a varios servicios, incluso mezclan servicios médicos con servicios quirúrgicos.
- Creación de unidades funcionales a partir de comités de tumores. Se basan en el trabajo previo de los comités, donde los profesionales ya tienen el convencimiento de que el trabajo multidisciplinar obtiene mejores resultados clínicos en los pacientes. El salto organizativo consiste en la delegación de responsabilidades a estas unidades y en cierta transferencia de riesgo.

- Creación de unidades funcionales dentro de un mismo servicio. Normalmente se limitan a secciones mejor estructuradas de lo habitual, con definición de objetivos y evaluación de resultados.
- Creación de nuevas unidades funcionales basadas en la continuidad del proceso clínico con la participación de profesionales de distintos niveles asistenciales. Estos procesos están en plena fase expansiva, sobre todo en el campo de la geriatría.

Si se analizan las experiencias conocidas, rápidamente nos pondríamos de acuerdo en destacar tres elementos como claves para el éxito del cambio organizativo:

- Decisión política por parte de los equipos directivos de que las cosas deben cambiar.
- Buen liderazgo de las nuevas unidades y constitución de equipos coherentes y convencidos de la bondad del proyecto.
- Definición compartida de objetivos.

El modelo directivo

La gerencia y sus colaboradores no pueden ser ajenos al empuje emergente de la gestión clínica y, no solo eso, deben ponerse delante de este movimiento. Por ello, los organigramas deben modificarse e, inevitablemente, matricularse. Los institutos y las unidades funcionales deben tener sus canales de expresión y decisión compatibles con la buena marcha del global del hospital.

Nuestro grupo, el Institut Municipal d'Assistència Sanitària de Barcelona (que engloba cuatro hospitales), está plenamente inmerso en esta tensión

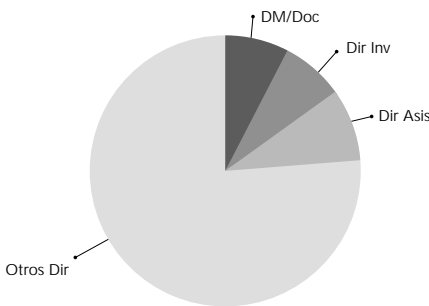
organizativa y en los cambios consecuentes. Tal como se observa en los gráficos, nuestro equipo directivo tenía una composición clásica dominada por el aparato gerencial-administrativo (recursos humanos, economía-finanzas, logística, sistemas de información, etc.), mientras que la representación sanitaria se limitaba a un Director Médico y de Docencia (elegido por la Junta facultativa) y un Director de Investigación. Mientras que los otros directivos, incluyendo el Director Asistencial, eran profesionales de la gestión.

En la actualidad, después de un cambio sustancial, más de la mitad de los miembros del equipo directivo de la institución están implicados en la gestión de procesos. Cabe destacar que de los 15 miembros que se sientan en la mesa de la dirección de la Institución, 6 son jefes de servicio en activo (el propio Director Médico elegido, el

Director de Docencia, 3 Directores de Instituto y un Director de uno de los centros); además también se debería alistar en este grupo al Director de Investigación y la aparición de una Dirección de Enfermería.

En resumen, el empuje de la gestión clínica incide sobre el modelo de toma de decisiones de los hospitales, cambia la correlación de fuerzas y obliga a incrementar la multidisciplinariedad y las decisiones compartidas. La organización se matricializa y aparecen nuevos liderazgos que deben convivir y negociar sus nuevas posiciones con los ya existentes. Pero la parte más positiva de este proceso de cambio es la obtención de grupos de profesionales más motivados e implicados con los resultados, lo cual redundará en la calidad de la atención recibida por los ciudadanos.

Composición Dirección IMAS 2000



Composición Dirección IMAS 2001

