Proceso de negociación de objetivos entre los servicios y la dirección de un centro hospitalario

Modesto Martínez-Pillado^a, Alfonso Suárez-Gutiérrez^b
y Rosario González-Sanjuán^c

^aUnidad de Gestión Sanitaria. Centro Hospitalario Nuestra Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

^bCoordinador de Admisión. Complejo Hospitalario de León. León

^cDirección Médica. Hospital El Bierzo. Ponferrada. León

Resumen

Objetivo: Exponer el proceso seguido en la negociación de los objetivos asistenciales entre los servicios y la dirección de un centro hospitalario, con el fin de adaptar el plan de objetivos pactado entre el financiador y el proveedor de servicios. **Métodos:** En un centro hospitalario de 355 camas, 1.100 trabajadores, 179 facultativos de titularidad pública perteneciente a Sanidad de Castilla y León (SACYL), se estableció una secuencia de seis fases en el proceso negociador. Desde la fase inicial de selección de indicadores por un grupo de trabajo formado por los responsables de objetivos por línea asistencial en cada servicio, hasta la firma conjunta entre la Dirección del centro y los jefes, responsables y facultativos de las unidades y servicios, el proceso negociador duró dos meses.

Resultados: El 96% de los facultativos asignaron, rubricaron y, por tanto, completaron la última fase, el pacto alcanzado.

Conclusiones: El nuevo proceso negociador desarrollado en el centro permitió una participación más extensa de los principales protagonistas de la asistencia sanitaria.

Palabras clave: pacto de gestión, gestión sanitaria, evaluación de servicios.

Summary

Objective: We present the development of the negotiation process on health care objectives between all the medical services and the managers in a public hospital of the Castilla y León Regional Health Service in Spain in order to adapt the Objective Plan agreed on between the financing and service provider. **Methods:** The managers and the doctors of the hospital (355 beds, 1,100 workers, 179 physicians) designed a six-step process to carry out the negotiating process. Two months were needed from the first step (select the indicators, that was given by the doctors named as responsible for the objectives in each service) to the final step (the assignment of a management contract of agreement between the physicians and the managers). **Results:** 96% of the physicians signed the management contract and thus completed the final phase, agreement reached. **Conclusions:** The assessment system developed in this Hospital, may allow the doctors greater participation in the principal actions of health care.

Key words: management contract, clinical management, evaluation of clinical units.

Parte de este trabajo ha recibido los siguientes reconocimientos: 2003. Premio Profesor Barea, Fundación Signo, por gestión de un área del conocimiento (gestión de la hospitalización inadecuada). 2004. Premio Expansión y Empleo a la Gestión Innovadora en Recursos Humanos (Gestión del empowerment: Responsables de Objetivos).

A estas alturas reconocer el cambio del papel de los médicos en la sociedad, a la vez que reiterar el cambio en las relaciones que se producen en la atención a los pacientes no es novedoso, como tampoco lo es el reconocimiento de los facultativos como gestor¹ de recursos. Ahora bien, las acciones a través de las cuales se pretende lograr la implicación en este cambio de papel son muy distintas², como también las habilidades para influir y modificar las prácticas profesionales que permitan afrontar ese nuevo papel ante la sociedad y los pacientes. Desde lo que somos a lo que deberíamos ser existe un trecho por recorrer en cada Organización; de ahí, que las políticas innovadoras tienen que trasladar la gestión allí donde suceden las cosas importantes, con el fin de dar lo mejor de nosotros. Es imprescindible³ que la visión de la Organización (en su conjunto y la del propio centro) se traslade a todos, valorando las repercusiones de las acciones en las personas y en la relación entre ellas. Es necesaria una corresponsabilidad en la toma de decisiones.

Hoy, cuando los cambios son continuos, en un entorno con importantes diferencias generacionales y con una sensación de “quemazón” generalizada, se necesitan personas que sepan asumir y controlar retos y riesgos. La negociación

es una oportunidad para ello. La negociación como estrategia se convierte en una manera de trasladar la visión allí donde sucede lo importante. Es precisamente en la negociación donde se encuentran oportunidades para acortar esa brecha que no nos permite dar lo mejor de nosotros, al descubrir conjuntamente lo que nos separa de lo mejor que podemos ofrecer. La visión compartida es clave; antes de actuar hay que ir vinculando y compartiendo lo que se hace, la participación activa en el diseño y en las formas de aplicación lleva a que se puedan conseguir los objetivos. No es posible mantener una organización solamente jerárquica si se pretende dar voz⁴ a las personas. Hay muchas formas de organizar las cosas y también hay muchas (muchas más) de desorganizarlas. Primero hay que tener presente qué se pretende, para actuar en consecuencia y, en esa estrategia, las personas son la clave.

Existen algunos ejemplos que, o bien buscan⁵ el consenso para la negociación de objetivos, o validan una herramienta⁶ para valorar el reparto de incentivos. Sin embargo, el propio proceso negociador suele quedar confinado a la propia Organización. Hay pocas experiencias sobre la forma expresa en que en el ámbito local se construyen herramientas para evaluar el funcionamiento de los centros hospitalarios.

El objetivo de este trabajo es mostrar todo el proceso seguido en la negociación de objetivos asistenciales entre la dirección médica de un centro hospitalario y los responsables de los distintos servicios y unidades médicas.

Métodos

El hospital, de titularidad pública, tiene una dotación de 355 camas funcionantes, con 14.000 altas anuales, 1.100 trabajadores y 179 facultativos. El presupuesto global es de 55 millones de euros. Anualmente el centro firma un pacto de objetivos (PO) con el financiador público regional de salud, en el que se establecen las líneas de actividad, asistenciales, calidad y económicos, entre otros. No obstante, el PO recoge también objetivos con evaluación mayor que la anual.

El proceso negociador se dividió en las siguientes fases:

– FASE 0. En el centro se establecieron grupos de responsables de objetivos por cada una de las líneas asistenciales del PO (consultas externas, hospitalización, actividad quirúrgica, calidad). A la vez que se presentaba el PO en su conjunto, cada grupo realizó una selección de indicadores para la valoración de su línea asistencial y su forma de medida, definiendo con claridad los sistemas de in-

formación y estándares. También se estableció una horquilla de variación con el fin de dar una alternativa a la, habitualmente, dicotómica evaluación (sí o no se cumplen los objetivos); de esta forma, se señalaron los niveles excelente y adecuado con una variación admisible de un 5% sobre el objetivo.

– FASE 1. Aprovechando las estructuras formales de encuentro (comisiones clínicas, juntas técnicas y otras) y líderes de opinión se presentó el PO y los indicadores de los grupos. De igual forma, se “colgó” en la Intranet del centro el PO acordado con el financiador.

– FASE 2. Desde la dirección médica se remitió una propuesta de borrador de objetivos del servicio, en la que se señalaban de forma genérica una ponderación por cada una de las líneas asistenciales. Se invitaba a los jefes de servicios y unidades a la valoración conjunta con los responsables de objetivos y por extensión, con todo el servicio. De igual forma, se remitían todas las sesiones quirúrgicas ordinarias disponibles para el siguiente año. Para ello, con antelación suficiente la comisión clínica de quirófano adjudicaba las sesiones quirúrgicas ordinarias de todo el año, incluidos períodos de vacaciones (transmitiendo la idea clara de planificación); también se remitía la actividad realizada en consultas externas y

otras pruebas importantes para la planificación del servicio.

– FASE 3. Elaboración de un borrador de objetivos por parte del servicio con una ponderación porcentual de cada objetivo dentro de cada línea asistencial. En algunos apartados, típicamente de calidad, el servicio podía proponer al menos dos objetivos con interés para los pacientes, el propio servicio y la Organización (Anexos).

– FASE 4. Se estableció un grupo de trabajo por cada servicio, entre la dirección y los responsables de objetivos y jefes de servicios y unidades, en las que se llevaban a cabo las reuniones necesarias hasta alcanzar un acuerdo. No existían límites al número de reuniones y se convocaban siempre, adaptando la dirección su agenda a la de los negociadores.

– FASE 5. El borrador de la propuesta definitiva se remitía a todos los miembros del servicio (en la mayoría de los servicios participaban prácticamente todos los facultativos), que podía solicitar cualquier aclaración directamente a la dirección o a los responsables y jefe de servicio.

– FASE 6. Firma entre la gerencia del centro y todos los miembros del servicio, con la presencia de todo el equipo directivo.

Resultados

De un total de 29 servicios y unidades (6 quirúrgicos, 15 clínicos y 8 estructurales) únicamente un servicio no culminó todas las fases. El 4% del total de facultativos no rubricaron los pactos alcanzados, correspondiente a tres servicios.

Discusión

Conocer la cultura de un hospital es como saber por dónde se pisa. Las habilidades directivas más necesarias son la comunicación y la motivación, y son la base de cualquier cambio de cultura que se quiera abordar. La negociación encierra mensajes implícitos, o claramente explícitos, como son crear el marco y los canales adecuados para establecer reglas de juego.

Las instituciones sanitarias públicas, en ocasiones, dan la impresión de que por el hecho de ser públicas su calidad está fuera de toda duda y no pueden provocar más cambios que los dictados por la legislación. La forma de trasladar los objetivos de la Organización, con mayúsculas, al ámbito del “microambiente” de cada servicio es lo que distingue a las organizaciones. La caída en cascada desde las políticas sanitarias hacia los que proveen la asistencia es una condición necesaria;

no se trata de indicadores de objetivos asistenciales, sino de objetivos asistenciales con unos indicadores que responden a una política que va más allá del centro asistencial.

A pesar de la aparente complejidad de todo el proceso, el centro ya había realizado una experiencia similar en la negociación del PO del año anterior, con lo cual existía un terreno abonado para continuar y mejorar todo el proceso negociador. Así, la fase I tenía la ventaja de tener un cuadro de mandos previo⁷, que ya permitía seguir la evaluación mensual del servicio respecto a sus objetivos. De igual forma las fases dos y tres contaban con responsables de objetivos dentro de cada servicio que servían como interlocutores del trabajo desarrollado y, lo más importante, como forma implícita de delegación del jefe de servicio o unidad y una implicación de primer nivel. Sin duda, la fase 4 era la clave del proceso. Para negociar se necesita capacidad para inventar soluciones que satisfagan a ambos. Se necesita preparación; no es posible sentarse sin haber pensado, al menos, qué se puede aportar, qué se puede esperar, qué es lo prioritario; siempre hay que tener presente qué alternativas hay a la negociación, cuál es el mejor proceso de acciones para satisfacer los intereses de las dos partes. (William Ury, del *Interna-*

tional Negotiation Network de la Universidad de Harvard, lo llama *batna*⁸, el punto de referencia sobre el que se mide un acuerdo). Si alguno de los que negocia tiene una alternativa potente a la negociación es muy posible que el papel sea otro.

En muchas ocasiones se plantea la duda general sobre qué se consigue a cambio de incrementos retributivos⁹ medido en términos de eficiencia y calidad; esta duda también se podría hacer de otra forma: ¿qué consiguen aquellos que cumplen los compromisos?; ¿en qué medida se puede premiar a aquellos que realizando su trabajo cumplen las metas que se habían marcado? Una compensación plana, igualitaria, previamente pactada, provocaría una desincentivación paradójica (consolidación de lo variable, como paradigma). El proceso de negociación expuesto llevaría a mensajes contradictorios: únicamente son importantes los objetivos señalados y no existe más incentivación que la económica. También parecería que es el servicio el objetivo, pero una parte del servicio (la facultativa) no es el todo, como si otros colectivos no participaran en los resultados que se obtienen. Y por último, es posible obtener unos magníficos resultados como servicio y ser una Organización que no aporta todo lo bueno que puede; basta

con mirar cómo se favorece o cómo se obstaculiza, con la forma en que se organiza la empresa, que las personas participen y den lo mejor de sí.

Hablar de la excelencia de las organizaciones sanitarias es un lugar común, añadir que su mayor activo son sus profesionales se cita a continuación: elevada disposición para aprender, actúan con integridad, tienen un alto compromiso e identificación con los objetivos colectivos, aportan lo mejor de cada uno, poseen alta capacidad de riesgo. En fin, son organizaciones ideales para un proceso negociador, sólo hay que dar el salto para trasladar lo importante allí donde sucede. Dirigir en el fondo es influir, in-

fluencia, hacer, sentir, involucrar, persuadir, convencer, pero también decidir y ejecutar; mandar es hacer lo que digo, ordenar. No se puede influir sobre lo que no se conoce, y es el proceso negociador el que permite conocer mucho de lo que se desconoce, por los directivos y por los facultativos. La libertad para escoger la tiene el otro, y con esta premisa se debe promover la responsabilidad y la autonomía, trasladar al otro el área de decisión, pero no “pasarle el marrón”. Se gestionan personas autónomas. Pasar del dominio y el “orden” a poner el acento en la coordinación, la autonomía y la responsabilidad es un salto cualitativo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez Rubí JA. De premiar la productividad a incentivar la ineficiencia: una preocupante pendiente resbaladiza. *Jano*. 2001;1398:579-80.
2. Del Llano J, Martínez-Cantarero JF, Gol J, Raigada F. Análisis cualitativo de las innovaciones organizativas en hospitales públicas españoles. *Gac Sanit*. 2003;17:150-6.
3. Meneu R, Beral R, Pradas F, Peiró S, Rido M. Formas de dirección por objetivos y contratos-programa. *Revista de la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria* 1999. Monografía *Gestión de Atención Primaria*, n.º 6.
4. Davies H, Harrison S. Trends in doctor-manager relationships. *BMJ*. 2003;326:646-9.
5. Rodrigo I, Gabilondo L. Evaluación de los pactos de gestión clínica. *Ponderación de objetivos*. *Rev Calidad Asistencial*. 2004;1(4):219-25.
6. Barrasa JI, Arnal JA, Prados A, Callén L, Ramírez T, Moliner FJ et al. Validación de un instrumento para evaluar el funcionamiento y repartir incentivos entre los servicios de un hospital. *Gestión Hospitalaria*. 2002;13(4):131-42.
7. Martínez-Pillado M, Seco JM, Suárez A, González-Sanjuán R, Vázquez Río C. Hacia el cuadro de mando integral por el cuadro de mando posible. *Rev Calidad Asistencial* 2006;21(1):13-9.
8. William Ury. *Obtenga el sí*. Barcelona: Editorial Gestión 2000; 1997.
9. Del Llano J, Muñoz J, Millán J. Médicos, incentivos y desarrollo profesional. *Gestión Hospitalaria*. 2003;14(2):63-8.

ANEXO I

Modelo de acuerdo entre los Servicios y la Gerencia del Centro (incluye pacto, descripción de objetivos y glosario de términos)

La mejora continuada ha de tener referencias claras (comparación con el entorno y análisis de la evolución de cada Centro) y debe soportarse con la participación de todos los profesionales que son un factor clave del éxito de cualquier Organización, en la que deben **participar e implicarse** con los compromisos específicos asumidos para alcanzar los de todo nuestro HOSPITAL con los cuales se sienten solidarios.

Por todo lo cual, reunidos el Gerente del Hospital El Bierzo y los facultativos del **Servicio de Neumología**,

ACUERDAN

suscribir el presente Contrato de Gestión que fija la actividad asistencial y de calidad para el año 2004, sobre la base de las siguientes

CONSIDERACIONES GENERALES

1. El **Servicio de ...** del Hospital del Bierzo se compromete a alcanzar durante 200... los objetivos asistenciales y de calidad recogidos en el Anexo I de este Contrato.
2. La evaluación de las demoras asistenciales **se realizará mensualmente**, la puntuación anual se obtendrá del sumatorio de las puntuaciones mensuales logradas, siendo éstas la doceava parte de la señalada. El total de puntuación correspondiente a cada apartado se entenderá global. Los criterios de valoración figuran en el anexo II.
3. Los datos cuantitativos y cualitativos se valorarán a partir de los datos emitidos por la unidad de control de Gestión y la Unidad de Calidad, respectivamente.
4. La valoración final tendrá las siguientes consideraciones:
 - a. *Logro excelente*: Se consigue cuando se cumpla o supere la cifra señalada en la columna "objetivo". La puntuación obtenida será la señalada.
 - b. *Logro adecuado*: Se consigue cuando hay incumplimiento del logro excelente, hasta un 5% de la cifra señalada. La puntuación obtenida será el 95% del valor.
 - c. *Logro insuficiente*: Se consigue cuando hay un incumplimiento del logro excelente, por encima de un 5% de la cifra señalada en la columna "objetivo".

Y en prueba de conformidad firman el presente CONTRATO a día

El Director Gerente	Facultativo Especialista de Área
Facultativo Especialista de Área	Facultativo Especialista de Área
Facultativo Especialista de Área	

ANEXO II

SERVICIO DE...				
LÍNEAS DE ACTIVIDAD		Objetivo	% parcial	Valor
I. HOSPITALIZACIÓN				400
1a	E. Media	≤ 8,4 d	10%	40
1b	GRD 88: EPOC	≤ 7,55 d	40%	160
1c	GRD 90: Neumonía simple > 17 a sin cc	≤ 7,1 d	40%	160
1d	GRD 78: Embolismo pulmonar	≤ 11 d	10%	40
2. CONSULTAS EXTERNAS				300
2a	Demora media Primera Consulta	13 días	30%	90
2b	Demora máxima	45 días	40%	120
2c	%Altas /Primera Consulta	> 50%	10%	30
2d	Consulta alta resolución s./primeras	> 30%	10%	30
2e	Monitorizar enlace consultor AP		10%	30
3. CALIDAD				200
3a	El Servicio implanta y monitoriza dos vías clínicas (EPOC, neumonía)		20%	40
3b	El Servicio fijará una actividad para mejora de la calidad en consultas externas		10%	20
3c	El Servicio alcanza el porcentaje (70%) señalado de adecuación de las estancias hospitalarias		10%	20
3d	GRD 470 < 1		20%	40
3e	El servicio alcanza el porcentaje señalado (80%) en el protocolo ETP		20%	40
3f	El servicio alcanza el porcentaje señalado (80%) en la implantación del protocolo de Ventilación Mecánica no invasiva y Oxigenoterapia a Domicilio		20%	40
4. FARMACIA				100
4a	Incremento > 4% prescripción EFG en envases s/año 2003		90%	90
4b	Informe de alta de hospitalización alcanza el porcentaje señalado en prescripción por principios activos (60%)		10%	10
TOTAL				1.000

ANEXO III

CRITERIOS DE VALORACIÓN	
1a; 2d; 2c	Datos anuales del aplicativo HP HISS
1b; 1c; 1d; 3d	Datos anuales CMBD hospitalario
2a; 2b	Evaluación mensual de la cifra señalada en la columna valor; la puntuación anual se obtendrá del sumatorio de las puntuaciones mensuales logradas, siendo éstas la doceava parte de la señalada en la columna valor. Fuente de Datos: Aplicativo HP HISS
2e	Autoevaluación del programa de protocolización de las derivaciones entre AP y AE en los centros donde se haya implantado de acuerdo a la metodología de la Unidad de Calidad
3a	Antes del 30 de septiembre el servicio habrá realizado el protocolo de inclusión en LEQ; la evaluación de su implantación se realizará en al menos dos meses tras su implantación. En ambos casos su realización se hará de acuerdo a la metodología de la Unidad de Calidad
3b	EL Servicio fijará una actividad para mejora de la calidad en consultas externas; realizará la autoevaluación de acuerdo a la metodología de la Unidad de Calidad
3c	Evaluación realizada por el servicio de acuerdo a la metodología de la Comisión de Tecnologías y Adecuación de Medios Diagnósticos.
3e; f	Autoevaluación de acuerdo a la metodología de la Unidad de Calidad
4a	Evaluación anual de acuerdo a los datos de Inspección de Farmacia de SACYL
4b	Autoevaluación anual realizada por el Servicio de acuerdo a la metodología señalada por la unidad de Calidad

ANEXO IV

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

HOSPITALIZACIÓN

Estancia media global:

Es el promedio de días de estancia de cada paciente ingresado (total estancias/total ingresados). Incluye pacientes trasladados de otros servicios desde el momento que ingresan en el servicio receptor e ingresos externos, urgentes o no. Genera una estancia el paciente que se encuentra en una cama de hospitalización a la hora censal (24 h.)

CONSULTAS EXTERNAS

Consulta de Alta Resolución:

Primera consulta en la que en un mismo día se realizan al paciente, si fueran necesarias, las exploraciones complementarias solicitadas y recibe diagnóstico y orientación terapéutica, cursando ALTA en el aplicativo de Consultas Externas.

Demora media:

Tiempo promedio que llevan esperando todos los pacientes en espera estructural para primera consulta hasta la fecha del último día del mes evaluado. No se incluyen, y por tanto, no se contabilizarán los pacientes cuya espera es atribuible a la propia voluntad del paciente (motivos laborales, personales o libre elección de médico) y los pacientes citados para la fecha propuesta por el médico solicitante (espera no estructural).

Demora máxima:

Días de demora que existen en el último día del mes para obtener una cita para una primera consulta con carácter no preferente (primer hueco no excepcional de la agenda) en la agenda con la mayor demora estructural del servicio.