

Reflexiones en torno a la gestión sanitaria

J. Grau Amorós

Servicio de Medicina. Hospital Municipal de Badalona. Barcelona. España.

La evolución de los modelos de gestión de los centros sanitarios ha sido impulsada en muchas ocasiones por un cambio inicial en su dirección y paralelamente a un aumento en su área de competencia empresarial. Este sistema de promover el cambio está sujeto al riesgo de frenar y desmotivar al equipo humano responsable de la consecución de unos buenos resultados en el producto final del sector sanitario. Existen signos y síntomas en las organizaciones que permiten detectar la separación de intereses entre directivos y no directivos para evitar la evolución a una organización no eficiente.

Grau Amorós J. Reflexiones en torno a la gestión sanitaria. Rev Clin Esp. 2007;207(8):416-7.

Reflections in regard to health care management. The evolution of management models in the health care centers has often been motivated by an initial change in the head manager of the site and parallelly to an increase in their area of business interest. This way of promoting change is subjected to the risk of detaining and discouraging the human team responsible for attaining good results in the final product of the health care sector. There are signs and symptoms in the organization that make it possible to detect the separation of interests between directors and non-directors in order to avoid an evolution to a non-efficient organization.

Reflexiones en torno a la gestión sanitaria

Desde mis inicios en la práctica de la medicina pública como médico residente, he asistido y participado en la evolución desde las direcciones, digamos personalistas, hasta las actuales direcciones empresariales¹. A su vez, los pacientes han recorrido el camino semántico hasta la denominación de origen de ciudadano pasando por usuarios y clientes. Esta evolución parece ser la adecuada según el momento a la luz de los expertos en gestión, pero, a mi modesto entender, no es oro todo lo que reluce en este sector regulado y el éxito puede ser el inicio de una carrera al fracaso, apareciendo signos y síntomas colectivos que no he encontrado descritos en la literatura².

La organización piramidal y las empresas del conocimiento aplicado

En su inicio, las organizaciones sanitarias jóvenes y dinámicas aspiran a conseguir que la habitual arquitectura jerárquica piramidal vaya achatándose, de tal forma que las decisiones de planificación y estrategia empresarial acaben tomándose en la base misma de su estructura, los puntos asistenciales o la línea productiva. Ello suele ir facilitado por el tamaño de la empresa en ese momento, donde lo habitual es cono-

cer a todos cuantos participan con su labor en la consecución de unos buenos resultados, medibles en términos de calidad profesional, medicina basada en la evidencia, barómetros de satisfacción de pacientes y trabajadores, etc. Son empresas en las que los lunes no son vívidos como una catástrofe cíclica semanal y donde el paciente se siente acogido y con el menor sentimiento posible de temor en su situación de indefensión transitoria.

El mantenimiento de esos buenos resultados durante un cierto período (habitualmente de 4 a 8 años) suele inducir a esferas de poder superior a relevar al gerente y/o director médico para encomendarle tareas de mayor ámbito territorial (signo del ascenso merecido). Se designa un nuevo gerente y/o director, a la vez que se le pide a la buena empresa que gestione mayor cantidad de actividades y recursos. La nueva dirección se siente obligada a aceptar «el nuevo reto» por un lado; no olvidemos que suelen coincidir quien nombra y quien pide en la misma corona, y por otro lado resulta muy tentador aumentar «el negocio» con una diversificación de líneas y un aumento de los puntos de producción.

Primer escollo: para soportar el crecimiento productivo precisa a la vez de una estructura cada vez mayor; ello no es un serio problema con la primera ampliación, ya que el equipo humano que ha fraguado el éxito sigue siendo el mismo (sólo cambió el vértice de la pirámide), y es suficiente y autónomo como para persistir en el trabajo iniciado. Pero ese primer crecimiento parece generar un movimiento de inercia y las «ampliaciones» se suceden sin tiempo para la digestión colectiva y la «organización» escapa a la posibilidad del control humano de cercanía (inicio del síndrome de hidrocefalia empresarial). En ese momento surge un

Correspondencia: J. Grau Amorós.
C/ Travessera de Dalt, 48, ático 1.º.
08024 Barcelona. España.
Correo electrónico: 11426jga@comb.es

Aceptado para su publicación el 26 de febrero de 2007.

problema de comunicación interna (síndrome del canal estrecho). La solución adoptada suele ser incrementar los cargos adjuntos al núcleo directivo (planificación, comunicación, informática, recursos humanos, etc.). Estos nuevos directivos están obligados a generar proyectos no deseados, ni jamás soñados, por las unidades productivas, pero que les atañen de pleno aumentando su carga laboral en el buen entendido fin de que servirá para mejorarlo.

Las consecuencias son una progresiva separación entre visiones y necesidades cotidianas de la organización. El contacto con la base va diluyéndose, la punta va hinchándose y aquella pirámide original, que debiera haberse truncado progresivamente, se va convirtiendo primero en un peón de ajedrez con un cuello estrecho, donde se ubican los llamados mandos intermedios. Éstos empiezan a dudar continuamente entre ascender a la cabeza del peón o descender a la trinchera (síndrome de la marejada del estrecho). Habitualmente, permanecen en su situación aun a riesgo de asfixia, manteniendo un mínimo flujo de transmisiones aunque cada vez más unidireccionales. La idea de ir hacia arriba representa la tentación del poder, suele justificarse en la necesidad de mantenerse en el nivel de la toma de decisiones con repercusión futura, para tener opción de influir en el rumbo de la empresa, sea erróneo o no. Por el contrario, la ruta sur, a veces llamada del compañerismo y otras del corporativismo, es la vuelta a los orígenes, siempre que el director, jefe o manager del servicio o unidad haya mantenido su capacitación para el ejercicio asistencial durante su período directivo.

De no evitarse este fenómeno de hiperplasia directiva, la cabeza del peón seguiría creciendo hasta llegar a formar un auténtico reloj de arena y, posteriormente, formar un globo aerostático que, por la presión continuada (seguir creciendo), consigue desprender a esta cúpula directiva hacia el espacio etéreo de su visión alejada de la realidad cotidiana. Antes de que ocurra el despegue se produce la disociación completa entre el consejo directivo y los equipos asistenciales; ahora se habla de «ellos» y «nosotros». Aquel plural con el que se hablaba en los inicios del proyecto común, englobando directores, gerentes y profesionales asistenciales, se perdió en algún momento que nadie recuerda con exactitud (signo del desdoblamiento colectivo).

El trabajo humano cotidiano frente a la empresa modélica

Uno de los síntomas premonitorios en la deriva de la buena empresa es la aparición de alternativas asistenciales (unidades de geriatría de agudos, hospitalización a domicilio, consultas de diagnóstico rápido, etc.). Suele llamarse oportunidades de mejora³, pero representan fracasos del sistema sanitario del presente. No habría necesidad de «crear alternativas» si la organización sanitaria actual fuera capaz de dar respuesta a las necesidades de diagnóstico y tratamiento de la población que atiende; si ésta no está funcionando bien, ¿por qué no

reformularla desde dentro? ¿Por qué construir sistemas en paralelo? ¿No estamos propiciando la existencia de pacientes de primera y de segunda categoría? ¿Quién concede el acceso a una unidad geriátrica de agudos o a una unidad de diagnóstico rápido? ¿Por qué no hay la misma *ratio* de personal en una sala de medicina interna que en una unidad de críticos de geriatría, si tienen la misma complejidad de procesos? ¿Por qué un paciente con más de 75 años tiene más posibilidades de ingreso en una unidad de vigilancia intensiva (UVI) si es atendido en primera instancia en un hospital universitario que en un hospital comarcal?⁴

Con el tiempo, ante el aparente desorden organizativo generado en los principios por la entusiasta suma creativa de iniciativas de los profesionales asistenciales, el cuarto o quinto gerente que no ha vivido la gestación de ese «caos productor» pretende entenderlo y, cómo no, ordenarlo. Es el momento de recabar auditorías, análisis y asesoras externas; unas minutas que hasta el momento no había sido necesario desembolsar para conseguir resultados excelentes. El procedimiento habitual es recoger toda la información posible de los protagonistas de la historia (puntos fuertes, puntos débiles, etc.), sumar retales de experiencias previas en las que han intervenido y generar un informe cuyo contenido fundamental suele coincidir con el diagnóstico previo de la dirección pues, no en vano, los primeros pasos de una asesoría son varias reuniones con la dirección conociendo el pasado, su análisis de situación actual y su visión de futuro. A partir del momento de su difusión, las conclusiones de la auditoría son dogma de gestión, a pesar de que en ocasiones los profesionales y líderes internos de opinión, convocados para colaborar con los expertos, no reconozcan nada de lo que su crítica y análisis de la situación aporta en dicho memorando. Sin embargo, tras las auditorías, las alternativas de gestión y los planes estratégicos, es frecuente que la empresa reciba premios, menciones y distinciones en foros de gestión sanitaria.

En fin, una vez completado el desarrollo empresarial, el centro sanitario amigo y confortable para todo el mundo ha devenido en otro lugar de trabajo donde el lunes a las ocho de la mañana la plantilla mira desolada la falta de festivo intersemanal en el calendario, y ello no parece un buen indicador de calidad⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jefes de Servicio de Medicina Interna de los Hospitales Comarcales de Catalunya. El futuro de los servicios de medicina interna de los hospitales comarcales de Catalunya: Líneas estratégicas en el contexto de cambio en la Sanidad. Med Clin (Barc). 1993;100:587-90.
2. Ruiz Iglesias L, Orriols i Galve LI, Picorelli Riutord P. Gestión clínica en España. En: Ruiz Iglesias L, editora. Claves para la gestión clínica. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana España; 2004. p. 84-112.
3. Sanchis-Bayarri Bernal V, Rull Segura S, Moral López L, García Ferrer E, Aparisi Romero J, Escandón Álvarez J. Consulta de orientación de pacientes: una iniciativa para reducir listas de espera. Rev Clin Esp. 2003;203:133-5.
4. Grupo de trabajo de los Servicios de Medicina Interna de los Hospitales de Cataluña. Alternativas a la hospitalización convencional en medicina interna. Med Clin (Barc). 2005;124:620-61.
5. Robles García M, Dierssen Sotos T, Martínez Ochoa E, Herrera Carral P, Díaz Mendi AR, Llorca Díaz J. Variables relacionadas con la satisfacción laboral: un estudio transversal a partir del modelo EFQM. Med Clin (Barc). 1999;112 Supl 1:S106-10.