

Cómo deben ser los nuevos gerentes de servicios médicos y asistenciales



Por Carlos Alberto Díaz

Médico (UBA)

Especialista en Nefrología y Medio Interno (UBA)

Especialista en Terapia Intensiva (Colegio Médico)

Medico Sanitarista ANM

Gerente Medico Sanatorio Sagrado Corazón

Director de la Especialización en Economía y Gestión de los Servicios de Salud (Universidad ISALUD)

Introducción

La transformación más profunda en la gestión clínica se logra, como dijo Vicente Ortún Rubio (1995), “cuando los clínicos se tornan más gestores, y los gestores más médicos”. Se requiere que los jefes de servicios amplíen su visión, las competencias y las capacidades. ¿Hacia dónde? Esto es diverso por cierto, pero hemos trabajado en el fortalecimiento de diversos campos: en recursos humanos, en liderazgo impulsado en valores (García y Dolan, 1997), en manejo de los recursos, en lo técnico médico, en la evidencia científica independiente, en la calidad técnica, en estabilización de los procesos, en humanización de la atención y en la seguridad de los pacientes. Los gestores tienen que ser más médicos, estar más en el terreno, escuchar a la gente; tener datos epidemiológicos, de la demanda contenida, de los comportamientos reales de las redes y de las carencias de insumos; conocer la nueva nosología, los tratamientos innovadores y la evidencia científica; y poder discutir desde los puntos de encuentro de la calidad, pero no concebida como el privilegio de los que pueden pagar, sino para todos (Ortún Rubio, 2003; Colomer Mascaró, 2001).

La macrogestión sanitaria, por más adecuada que resulte en su planificación sectorial, presupuestaria, normativa, de largo plazo o estratégica, y por más que la impulsen leyes justas a través de inversiones, requiere de la meso y la microgestión para llegar al paciente. La profesionalización de la gestión necesita reconoci-

miento y carrera; perseverancia más allá de los procesos electorales; consensos; y reunión de socios estratégicos tales como universidades, sindicatos, autoridades locales y nacionales. Los directores de hospital no pueden ni deben ser comisarios políticos. El directivo debe ser menos funcionario y más gestor (Otero, 2013), reconocer la importancia de los otros actores sociales, los ciudadanos y el equipo de salud, pero también de los financiadores, los prestadores, los proveedores, etcétera (Casajuana Brunet, 2003).

Al decir de López Arbeloa, “el nuevo perfil del jefe de servicio debe sumar a su función asistencial la nueva faceta, la de gestor, que implica la transformación de los puestos de responsabilidad en jefaturas que asuman el binomio riesgo-beneficio” (López Arbeloa, 1996). Debe desarrollar un modelo de gestión tendiente a conseguir resultados mediante la fijación de objetivos alineados y consensuados entre los dirigentes y los empleados de la empresa, y establecer etapas y progresos a medida que cada persona vaya asumiendo responsabilidades en otro campo de acción más allá del asistencial, que eso es lo que necesitan las empresas modernas de salud. Es un proceso de crecimiento mediante la incorporación de competencias y la cultura de liderazgos diferentes, pero que saca a los jefes de su zona de confort actual y les pone otras exigencias. Para ello deben sentirse mejor, incorporarlos en una carrera profesional de gestores, con trascendencia en lo técnico y lo político, y con reconocimiento social propio y de la empresa a la cual pertenecen. Con todo ello deben tener además incentivos en lo formativo y en lo económico. Esto último es de una magnitud inferior, ya que lo importante es la motivación.

Los jefes de servicio transforman el flujo de órdenes en flujos de trabajo. Ese flujo de órdenes responde a la priorización de los objetivos estratégicos, y los flujos de trabajo a las metas específicas que deben contribuir al cumplimiento de las metas estratégicas y los objetivos. Si los flujos de órdenes desde la gerencia ejecutiva no pasan correctamente esa “aduanas de la ciencia y el conocimiento técnico” que son las gerencias medias –las de los gerentes “bilingües”– para convertirse en flujos de trabajo, no llegarán a los pacientes como procesos efectivos, eficientes y con calidad estable. Todo lo que formulemos en las direcciones se convertirá, como siempre, en un conocimiento ilustrado que no le llega a los pacientes. Si logramos que nuestros gerentes intermedios sean socios estratégicos y respondan con honestidad, la organización puede mejorar. Es necesario estabilizar para ello los liderazgos y orientarlos a las líneas estratégicas de la humanización de la atención, la calidad, la eficiencia, la innovación y la implantación de la gestión por procesos (Alonso Cuesta, 2005).

Alinear las metas de los servicios con las estrategias de la organización

Habitualmente, la visión del hospital, la visión de la macro, del *entrepreneur*, no es compartida por las gerencias medias. De esa manera, los flujos de órdenes estratégicas no se convierten en flujos de trabajo operativos que busquen lograr los objetivos del sistema de salud, lo que explica en gran parte la “balcanización” de nuestro sistema de salud. Debe alinearse la planificación operativa de todos los días con relación y como “contribución” con la meta estratégica. Solamente con estrategias *top down* no bastará para transformar el sistema de salud, sino que también tenemos que desarrollar planes desde el núcleo operativo o las gerencias medias, para mejorar el proceso *servuctivo* de prestación asistencial hacia una continuidad y un modelo integrado de salud.

Se objetiva en nuestro país un Ministerio de Salud que tiene institucionalmente una débil función de rectoría, inducida por la descentralización que genera 24 planes de salud provinciales, normas para obras sociales nacionales, para el PAMI, para obras sociales provinciales, para prepagos, para obras sociales de las fuerzas de seguridad, para institutos de las Fuerzas Armadas y las mutuales... un verdadero galimatías de inequidad, desigualdad, muertes prevenibles y años de vida potencialmente perdidos que avergüenzan a propios y ajenos. Desde ningún lugar se pueden arrojar conceptos asumidos como reveladores, porque las carencias son profundas y se ha afectado el “ADN del sistema”: su gente, que ha perdido la pertenencia, quiere prebendas y mejores condiciones de trabajo.

De esta forma no se puede establecer cuál es el modelo hegemónico de salud en Argentina (no es un sistema competitivo de seguros de salud), tampoco qué prestaciones socialmente queremos cubrir (ya que nuestra canasta básica es irracionalmente máxima), ni cómo se lograrán la universalidad de la cobertura poblacional (existen 14.500.000 personas que no tienen cobertura formal, o sea que no tienen obra social), la sostenibilidad y la solvencia del sistema.

Los jefes de servicio deben entender que la prestación de salud es un intercambio de servicios, que son bienes meritorios, tutelados y de confianza.

Los jefes de servicio deben entender que la atención es a través de bienes de confianza

Los integrantes del equipo de salud intercambiamos con los pacientes a través de una relación de agencia imperfecta: son *bienes de confianza*, ya que en el momento en que se los entrega pueden no generar una mejoría del cuadro ni cambios sustanciales o percibidos, porque será objetiva recién luego de un tiempo. Son bienes que por decisión normativa y acuerdo

social son meritorios, o sea que están merituados como un derecho a proteger, porque constituyen el derecho a la salud de todos los habitantes. Y son bienes que además están tutelados como bien público por diferentes leyes que se van agregando desordenadamente y que se prestan a interpretaciones dispares, estableciendo coberturas que no tienen asignación formal de recursos (López Casasnovas, 2003).

Estos bienes de confianza son suministrados en una relación de agencia imperfecta donde se delega poder por parte del paciente al equipo de salud, y además existe una intermediación con el financiador, que asegura la accesibilidad y corre un riesgo económico para cubrir la carga de enfermedad de la población.

No se le puede dar todo a todos: hay que ser eficientes, pensando en la minimización de costos

Sabemos que *en cuestiones de necesidades de salud los recursos económicos siempre resultan insuficientes* si se pretende dar todo a todos. Resulta oportuno referir a lo que dijo Alan Williams (1998): “estamos en la situación afortunada aunque dolorosa de tener a nuestra disposición más actividades beneficiosas que las que podemos financiar. La decisión explícita de asignar recursos a un paciente es inevitablemente la decisión implícita de negárselos a otro”. Por lo tanto, los que integran el sistema deben cuidar los recursos, tanto en la asignación como en la omisión, y especialmente deben abstenerse de indicar aquellas prácticas, medicamentos o procedimientos que no tienen efectividad clínica demostrada o que no son apropiados en el caso particular e individual. Eso es lo más complejo de administrar, porque la elección entre bienes intermedios de diagnóstico y tratamiento se realiza por las interpretaciones médicas y la asignación de recursos que hace el equipo de salud con su población. El principio de costo efectividad para asignar recursos colectivos en salud debe ser incorporado como un principio ético de justicia social en las decisiones médicas (González López Valcarcel, 2015).

Los recursos son insuficientes y el gasto por ineficiencia es del 25% al 30%

Cuando los recursos son insuficientes el despilfarro es una in-moralidad. Pese a ello, existe un costo adicional por ineficiencia del 25% al 30%. Se puede ahorrar la mitad de ese desperdicio, que se debe reinvertir y reasignar. La equidad es uno de los grandes valores sociales y esto ayudará a construirla. Al ser la salud producida a través de bienes normativos, la práctica debe ser normatizada por compromisos de gestión y evaluaciones, y respaldada por la evidencia científica. No podemos dejarla libe-

da entre la gestión clínica liberal y la puja de la litigiosidad, la medicina defensiva. Hay usuarios que demandan cosas que no necesitan, legisladores que impulsan leyes sin financiamiento explícito, jueces con proclividad a dictar amparos y leyes dirigidas a ciertas enfermedades que generan expectativas pero no ayudan a construir equidad.

En los países desarrollados el gasto sanitario ha aumentado más que el PBI, esto llevó a convertirlo en un lujo (Cutler, Rosen y Vijan, 2006). Supera también en la actualidad al crecimiento económico de los países en vías de desarrollo, como Argentina, Brasil y Chile. Por lo tanto, para adquirir los bienes necesarios la sociedad debe invertir más, pero trabajando “en la parte plana de la curva”, y consecuentemente se convertirían en un problema de sustentabilidad, sostenibilidad y solvencia (ver el *Índice Adecra*). Tenemos problemas de solvencia: la brecha entre la mortalidad infantil que deberíamos tener y la que tenemos es de 3 por mil, lo que significa que en esta última década pudieron evitarse 40.000 muertes. Otro tanto ocurre en la mortalidad materna, donde la brecha es de 2 por diez mil. Gastamos más de 9% del PBI en salud, y retrocedimos varias posiciones con relación a otros países de nuestro continente.

El incremento en las asignaciones presupuestarias de los presupuestos públicos resulta insuficiente frente al costo del Programa Médico Obligatorio. El gasto de bolsillo (casi el 30% del gasto total en salud) está inducido, entre otras cosas, porque más personas viven más años; la atención de algunas patologías como el cáncer cada vez es más costosa; las nuevas biotecnologías son más costosas que los tratamientos anteriores; la posibilidad de tratar enfermedades que antes no tenían tratamiento, como las autoinmunes, se ha incrementado (Association Value Based Cancer Care, 2015); la medicalización de la vida de las personas es notoria, son todos “pre-enfermos” de algo, y si no, insuficientemente diagnosticados (Díaz, 2015a; Díaz, 2015b); además, el vivir más años permite que algunos clones de células cancerígenas tengan su expresión fenotípica (“tener cáncer solo es cuestión de paciencia y tiempo”); la fragmentación y la segmentación del sistema; la insuficiencia de políticas ambientales y de alimentación que mejoren la salud; el aumento de las adicciones, de la violencia urbana y de género; y las hospitalizaciones innecesarias o potencialmente evitables (AVPM, 2015). La falta de crecimiento en desarrollo y equidad aumenta los costos de la atención de la salud.

Los jefes de servicio deben limitar las internaciones potencialmente evitables

La limitación de la incidencia de las internaciones potencialmente evitables (ver Cuadro 1), junto con la administración centralizada

de camas, la emergentología o el pronto socorro, los programas de *disease management* o la educación de los pacientes y las familias pueden ayudar a disminuir las internaciones evitables y a liberar camas para pacientes agudos. Además, cada episodio de enfermedad deteriora el status de salud de la población.

El gerente de un servicio debe saber que los recursos son insuficientes en todos los sistemas de salud; que el aumento del gasto en salud es inflacionario con respecto al crecimiento de la riqueza del país; que también su remuneración y sus honorarios compiten en desventaja con ese aumento de los costos del complejo industrial médico que él muchas veces favorece con la prescripción; que por ello ha sido en las últimas dos décadas una variable de ajuste; que ante la falta de respuestas sociales y corporativas recurrió muchas veces a acciones individualistas; que cuando está prescribiendo algo que no se necesita está atentando contra sus ingresos, los de sus colegas y de su servicio.

Los servicios de salud se producen por matrices de procesos. Son diferentes procesos en paralelo y que, como redes internas, *clusters*, producen la atención de los pacientes: seis procesos desarrollados en una matriz de Nehauser que involucran: el proceso asistencial de gestión clínica; los procesos de cuidado de los pacientes de enfermería y de administración del tratamiento; los procesos de registro del intercambio de esos bienes, que son las historias clínicas, y la facturación y el coste de los mismos; procesos de abastecimiento y logística; procesos de gestión y organización, entre los que están los tecnocráticos de las guías clínicas y de las normas o las conductas determinadas por el comité.

- *Procesos clínicos*: diagnóstico y tratamiento.
- *Procesos de registro*: historia clínica.
- *Procesos administrativos*: costos y facturación.
- *Procesos de logística y dispensación*: para que los insumos lleguen a los pacientes.
- *Procesos de cuidado*: enfermería.
- *Procesos de gestión y organización*: dirección, gobernanza.

La concepción de la firma o empresa adquiere importancia como propiedad de los activos del conocimiento y de la producción, en ese orden.

Debe ser explicado desde las *internalidades*, los contratos, la transformación de los flujos de órdenes en flujos de trabajo y el cuerpo gerencial o gobierno. En la actualidad los hospitales pertenecen al gobierno provincial y no actúan coordinada ni complementariamente con la Salud Municipal. Dentro de estas firmas existen las *más o menos jerárquicas*, las *más o menos descentralizadas*. Las de salud específicamente deberían ser las empresas menos jerárquicas, porque en su núcleo operativo radica parte del conocimiento acerca de la producción de bienes meritorios, de confianza, en matrices o redes internas. Se denominan también *adhocráticas*, porque el término proveniente de *ad hoc*. Pueden ser de acuerdo a la estabilidad de sus estructuras y recursos de asistencia de la salud más o menos *burocráticas*. Esto depende de la conformación regulatoria de sus estructuras internas para establecerse como burocracias profesionales o bien como *organizaciones adhocráticas*.

Las más horizontales son aquellas en las que la distancia entre la cumbre estratégica y el núcleo operativo es corta. Los gerentes medios pueden mejorar o balcanizar

Cuadro 1
Internaciones potencialmente evitables

Hospitalizaciones potencialmente evitables por Angina no primaria sin procedimiento	Es un indicador indirecto de la capacidad de resolución de la atención primaria y directo del volumen de actividad hospitalaria potencialmente prevenible mediante cuidados oportunos y efectivos en el primer nivel asistencial; es también un indicador de calidad y coordinación de la atención a los pacientes frágiles o con enfermedades crónicas
Descompensación de la Enfermedad Pulmonar Obstrucciona Crónica	Supone la correcta aplicación de intervenciones en el cuidado de los pacientes en el inicio de las reagudizaciones, en la prevención de contagios
Evitables por Asma Bronquial en el adulto	Intervenciones de diagnóstico y tratamiento temprano, seguimiento y control adecuado, y cooperación entre niveles asistenciales
Evitables por descompensación de la Diabetes	Mejoras en el control, administración de insulina, cuidados y educación para la salud
Hospitalizaciones evitables por Insuficiencia Cardíaca Crónica Congestiva	Intervenciones de <i>disease management</i> correctamente graduadas en función de la descompensación de su clase funcional
Hospitalizaciones potencialmente evitables por Deshidratación	Existen dos grupos vulnerables: los ancianos y los niños, los primeros por la prescripción de diuréticos o la falta de protección ante el aumento del calor ambiental; luego están los pacientes terminales en cuidado domiciliario, que también se deshidratan más en este caso por falta de ingesta de agua

Fuente: elaboración propia

las organizaciones. Al transformar los flujos de órdenes en flujos de trabajo, con la información del *staff* de apoyo, la normativa de la tecnocracia de los comités y con la logística bajo las normativas de la tecnocracia, deben ejecutar las órdenes basadas en las necesidades estratégicas de la dirección de producción asistencial (Pacheco Guevara y otros, 2010).

Entonces podemos decir que las organizaciones son sistemas de acciones coordinadas entre individuos y grupos o colectivos, cuyas preferencias, información, intereses y saberes difieren. Convertir estos conflictos en cooperación, en movilización de recursos y en coordinación de esfuerzos facilita la supervivencia simultánea de una organización, sus miembros, su individualidad y sus conocimientos.

Existen algunos factores en los que he reflexionado como causantes de un menor rendimiento de la capacidad de gestión en los establecimientos públicos y privados, que deben ser buscados cuando se tiene la responsabilidad de transformar la realidad: a) falta de incentivos a la eficiencia; b) recursos orientados a la oferta; c) percepción del riesgo como inexistente; y d) restricción presupuestaria extrema.

La falta de incentivos: la eficiencia designa un rasgo de la actividad orientada a la minimización del empleo de medios con el objetivo de conseguir un fin concreto. El principal problema es que los integrantes del núcleo operativo no conocen ese fin concreto, esa meta específica. Tampoco las unidades asistenciales disponen de incentivos para la adopción de decisiones eficientes, en la medida en que además los ahorros conseguidos supondrían un menor presupuesto en el período siguiente. En la mayoría de los casos eso constituye un demérito, por lo cual siempre se trabaja al filo del agotamiento de las partidas presupuestarias y la restricción, o las mismas están tan agrupadas que no se puede observar objetivamente cuándo se hacen mejor o peor las cosas en cuanto a la eficiencia social.

Partiendo del hecho de que no hay cápitales asignadas a programas de atención en red de hospitales, la gente se atiende donde la reciben, en un peregrinar desordenado e ineficiente, que esquiva copagos, esperas, suspensiones, falta de elementos de diagnóstico y turnos complementarios.

Si se produce más el presupuesto se agota antes, debido a que los mismos son históricos y no están vinculados al desempeño. Todavía se paga por estar, ni si quiera por hacer, menos por conseguir. Entonces, el que administra por gestionar la producción y la utilización dirigió mal, y es penalizado con transferencias fijas, llevando a la deriva a la organización para que rechace pacientes por falta de insumos, tornándose expulsiva. Tanto los proveedo-

res de servicios —el equipo de salud—, como los compradores de servicio individuales o de obra social o prepagos, deberían perseguir un fin específico que responda a principios establecidos como necesarios para la relevancia práctica de un aumento de producción en empresas que se manejan con presupuestos, valiéndose de los cuasi-mercados o mercados internos, para obtener mayores recursos, reinvertir y actualizarse tecnológicamente.

Las empresas de salud tienen un basamento importante en cinco aspectos: la relación de agencia, los costos de transacción, diversos esquemas contractuales, los derechos de propiedad sobre los activos y —fundamentalmente— el conocimiento. En la honestidad para compartir y entregar ese activo, en la seguridad para utilizarlo, en la eficiencia, en la racionalidad que ese conocimiento pone en la elección de bienes para satisfacer las necesidades de los pacientes, allí está el *core*, en cómo funcionan esos incentivos para la relación de agencia, el prestigio, la pertenencia, la función de utilidad, la función del ocio, el costo de oportunidad, el beneficio y la utilidad. *La teoría de la firma basada en el conocimiento*, en nuestro caso, se sostiene en la formación de los equipos prestadores de servicios, en su complementación, en el compromiso con los pacientes, en la personalización de la atención, en el liderazgo impulsado en los valores institucionales, en cómo cada uno de los integrantes aportan el conocimiento. Ese conocimiento no solo es teoría. Es información, orden, duda, investigación, entrenamiento y experiencia, en función del conjunto, del equipo, de la complementación, de la cooperación, de la sinergia y de la satisfacción por el logro conjunto.

Para mejorar nuestro sistema de prestación, los incentivos tienen que estar colocados en la efectividad, la seguridad y la calidad

Gerentes de servicio

Los jefes de servicios representan los mandos medios, deben ser los responsables de la planificación de las actividades, lo operativo, los flujos de trabajo, la mejora de los procesos y la facilitación de las tareas específicas, para que el hospital genere los productos o servicios que requiere la comunidad.

El modelo también *busca organizar toda la actividad asistencial alrededor de los procesos*, basados en las mejores evidencias científicas y, en consecuencia, en el conocimiento de los profesionales. Es supone descentralizar progresivamente las decisiones sobre los recursos utilizados en la práctica clínica y dotar a las unidades asistenciales de la capacidad y los instrumentos

necesarios para planificar y gestionar sus actividades en beneficio del paciente. (Cuadro 2).

Lo que implica este programa es que el gerente cuente primero con el conjunto mínimo básico de datos, información e indicadores; con indicadores de producción, utilización, y de calidad; con la información de la cuenta de resultados de su servicio (relación entre lo que tiene presupuestado, factura o cobra, y lo que gasta). También debe acordar con la gerencia de producción asistencial sus compromisos de gestión, y mediante ellos establecer la alineación de los objetivos específicos de su servicio con los objetivos institucionales. De esa forma las metas estratégicas contribuyen a las metas específicas de los servicios, y éstas tributan al cumplimiento del objetivo estratégico general. De esta forma podemos establecer la manera en que los servicios aportan su cuota parte al logro de la meta institucional, y esto concluye en una planificación acordada con la dirección, que es el plan operativo anual, donde en función del conocimiento de su servicio el jefe del área determina cuál es la mejor producción que puede hacer y desarrolla su tablero operativo o su cuadro de mando en relación con el cuadro de mando estratégico de la institución. Algunos de los indicadores y de los resultados obtenidos deben ser tomados en cuenta por el cuadro de mando estratégico general de la institución. Lo importante, en suma, es la consistencia, la congruencia y la concordancia de los esfuerzos e iniciativas de

los servicios con los institucionales. En ellos se producen sinergias únicas en el logro de los resultados, para avanzar más allá de las fronteras de cada uno de los servicios, pero no solamente para expandirse con nuevos productos, sino para ver la continuidad de la atención, el servicio de post venta y el cuidado del paciente, para que el mismo no se pierda del radar y entre bajo programa. Así se logrará disminuir los ingresos no programados e innecesarios y las internaciones evitables en la institución. En síntesis, el conjunto mínimo básico de datos debe estar acompañado de información e indicadores, con indicadores de producción, utilización y calidad, y con la cuenta de resultados del servicio. La cumplimentación de Conjunto Mínimo Básico de Datos constituye la base del sistema de medida y gestión del producto hospitalario del Sistema Nacional de Salud en los países desarrollados. La integración de esta información se realiza mediante la codificación, para desarrollar posteriormente *una clasificación por GRD*. Este es un objetivo que nos tenemos que proponer en un futuro inmediato. El gerente debe desarrollar para esto varios campos de acción, y cada uno debe tener algunos componentes que variarán en función de la misión de la institución: inicialmente, si tiene o no fines de lucro, o si está basada en el derecho privado o público, porque se tiene distintas libertades y responsabilidades. Ni mejores ni peores, distintas.

Los campos de acción de un gerente de área clínica son *el asis-*

Cuadro 2

Diferenciación entre un gerente de área clínica y un jefe de servicio tradicional

Gerente de área clínica	Jefe de servicio tradicional
Su capacidad principal debe estar orientada a la gestión, el gerenciamiento, el gerencialismo, hacia la calidad y la excelencia, disminuir la variabilidad de las prestaciones médicas	El jefe es el profesional con mayor capacidad técnica, profesional y científica
Liderazgo ético basado e impulsado por los valores institucionales, y atención centrada en el usuario como persona y sujeto de interés	Liderazgo profesional, ascendiente técnico entre sus pares, referencia
Contribuye y colabora en aspectos administrativos tales como la decisión de compras, inversiones, la mejora de procesos, la descripción de los mismos y su estabilización; trabaja en reducir las licencias por enfermedad; mejora el clima organizacional	Cumple aspectos administrativos burocráticos de superior jerárquico de una burocracia profesional
Asume compromisos de gestión para estabilizar una cuenta de resultados, asume compromisos de gastos y de la gestión económica del servicio; contribuye al desarrollo de los indicadores del servicio de información gerencial; reduce el consumo de los variables; verifica que no se dispare el uso de sus principales medicamentos; elaborar procesos para disminuir los costos de prestación; controla los egresos	Despreocupación por los aspectos económicos, preponderancia por el prestigio, por desarrollar tratamientos que jerarquicen el servicio y su reconocimiento en la comunidad médica y científica; no le gusta ser controlado por indicadores
Orienta los procesos para mejorar la eficiencia y reducir la brecha entre efectividad y eficiencia; observa cómo se realizan los procesos en otras latitudes; orienta y desarrolla los procesos pensados en la persona; basa la asistencia sanitaria en la evidencia científica	Realiza los procesos asistenciales de acuerdo a los criterios del servicio, o sea de la oferta
El objeto de interés es restablecer la salud de los usuarios; busca la satisfacción de los usuarios	El objeto de interés es la patología, los síndromes raros; cuando escucha galopar, piensa que es una manada de cebras y no de caballos

Fuente: elaboración propia

tencial, el liderazgo, el administrativo, la gestión económica de su servicio, la cuenta de resultados y, finalmente, la satisfacción de los usuarios. En este caso la acepción del término liderazgo de un gerente de área clínica podría definirse así: “el comportamiento y las actuaciones del equipo directivo y de los demás líderes de la organización que estimulan, apoyan y fomentan una cultura de gestión de calidad total”. Esto se debe traducir, según lo expresa Jesús Caramés Bouzán (2006) en su tesis doctoral, en un compromiso claro y visible de la gerencia del área clínica con la calidad, la seguridad y los objetivos institucionales, sobre las líneas estratégicas de humanización de la atención, la efectividad y el desarrollo de guías clínicas, de eficiencia en los procesos y de mejora continua. Para implementar *un programa que mejore la calidad en todos los ámbitos*, en la evolución de los resultados, en la disminución de las infecciones por cuidados o procedimientos médicos, el gerente debe tener conciencia de que es un trabajo cotidiano, que muchos de los objetivos propuestos son asintóticos y que es necesario trabajar en todos los niveles de la organización.

El *gerencialismo*, que se expresó en el cuadro de las características evolutivas de un jefe para convertirse en un gerente de área clínica, produce un aumento de la eficiencia global en los procesos y un impulso a las iniciativas y propuestas del personal, implicando en las áreas de gestión en una actitud proactiva, pero fundamental y principalmente involucrando a los profesionales asistenciales en la gestión, en sus virtudes para mejorar la equidad. De esta manera, cada uno asumirá un compromiso con los resultados.

Siguiendo con el liderazgo, es conveniente ampliar hacia una forma impulsada por el *Institute for Health Care Improvement (IHI)*, que es el denominado liderazgo de alto impacto, que resume lo que he venido proponiendo hace varios años como liderazgo ético, inducido con valores institucionales.

Existen sólidas evidencias de que un enfoque y un compromiso en el liderazgo conducen a las mejoras de la calidad asistencial y reducen el riesgo para los pacientes. Los gerentes medios de las organizaciones de salud son responsables de áreas clínicas de hospitales, clínicas y sanatorios. Quienes tienen a cargo los servicios asistenciales deben enfocar los esfuerzos fundamentalmente en un liderazgo con resultados con un triple objetivo: comprometer al paciente y a su familia para que no sean sujetos pasivos, sino participativos; orientar todas las acciones hacia el flujo del valor; y concentrar la atención en mejorar la experiencia y los resultados, y reducir los costos para mantener la sustentabilidad del sistema. Para que esto se pueda llevar a cabo se requiere un cambio en los modelos mentales, en los paradigmas de complejidad, a favor de un liderazgo ejemplar de alto impacto

y de un marco en el cual este liderazgo sea impulsado y forme parte de la gobernanza de la institución.

Nuevos modelos mentales de liderazgo de salud

Los nuevos modelos mentales en los jefes de servicio exigen una nueva forma de pensar y ver el contexto, el mundo, el sistema de salud, la economía, el aumento de los costos y la justicia social. Como líderes que piensan, proveen una dirección para enfocar los esfuerzos para el logro de una atención orientada en generar valores, una atención integral y que genere calidad de vida. Son todo el tiempo “*asignadores*” de recursos y conductores de un equipo multidisciplinario de profesionales. Estos nuevos modelos mentales exigen primero que los pacientes y las familias sean considerados como *stakeholders* para los cuidados que requieren. Los nuevos liderazgos deben buscar el compromiso y la adherencia de los pacientes, y la competencia para la mejora del autocuidado, indagando qué es lo que le preocupa más allá de la interacción clínica. ¿Qué es lo que le pasa? Es diferente asumir la responsabilidad de evolucionar en indicadores de desempeño, de calidad, de resultados y de eficiencia, motivar al factor humano, incorporar la evolución del conocimiento científico en la práctica cotidiana y saber que en su modelo mental se deben incorporar los costos para mantener la calidad de la prestación médica, de sus ingresos y de su profesión. Sus decisiones deben competir en valor con la reducción continua de los costos. Tienen que reorganizar los servicios, para alinearlos con las formas de pago. Deben estar preocupados e interesados por la mejora continua, la calidad, la seguridad y la eficiencia. Esta última principalmente por el orden y por el uso adecuado del tiempo, la duración de las internaciones y la reducción de las esperas innecesarias. El liderazgo de alto impacto requiere adoptar *cuatro nuevos modelos mentales*: a) *los pacientes, los usuarios y sus familias deben participar en el cuidado*, son socios estratégicos en el cuidado, *elegirán en parte la modalidad del cuidado*, la aprobarán, y esto será parte de su cuidado; b) *el liderazgo impulsado en valores compete en valor contra las presiones del sistema por disminuir el costo y esto hay que asumirlo*, ya que los recursos son escasos; c) *reorganizar los servicios para alinearlos con los nuevos modelos de pago por desempeño, con modelos de incentivos óptimos*, de aumento de la calidad, de disminución de las complicaciones y mejora en los resultados, con modelos de pago con transferencia de riesgo, y no solamente pagar por estar, sino por conseguir; d) *todos son promotores de salud*, las personas que toman contacto en la relación de agencia con los equipos de salud deben enseñar el

cuidado integral con las pautas de alarma, esto hace en la complejidad a la visión hologramática.

Con estos nuevos modelos mentales los jefes de servicio modifican la forma de ver su éxito, considerando nuevos enfoques y movilizándolo a todas las personas para que visualicen dónde está la generación del valor, en un entorno sanitario, social, económico y empresarial totalmente cambiante.

Un jefe de servicio debe desarrollar su gestión en el ciclo recursivo de la gestión, que es un ciclo no lineal, con *loops* cortos que modulan la proyección de su gestión e implican planificar, organizar, ejecutar, comunicar, controlar, evaluar... y volver a planificar. Este liderazgo, esta evolución, persigue un triple objetivo: mejor salud, mejor asistencia y menos costos (Reinertsen, Bisognano y Pugh, 2013).

Se debe colocar a la persona, al paciente, en el centro: las acciones y el valor deben estar constantemente centrados en la persona como forma de atención, de nominalización, de referenciación y de seguimiento continuo, obrando en todo momento orientados en la persona y dando participación a la comunidad.

Para asegurar un compromiso fuerte con los pacientes, con su profesión y con la organización se requiere estar, ejerciendo una presencia regular y estable, y permitir el desarrollo de las personas, dando informes, participando en los casos, ejerciendo la docencia, interesándose por los pacientes, por resolverle los problemas no solamente médicos sino administrativos o de continuidad de la atención. Se debe escuchar, ver y hacer "observancia", no solo de lo epistémico, sino también desde lo ontológico. Hay que ser jefe pero estar como jefe, especialmente en esos momentos difíciles: esto da más confianza al paciente, a su familia y a los financiadores, más respeto en lo que se le está explicando e indicando. Se debe estar centrado en las personas por medio de los actos y las acciones, los informes, la comunicación, el tratamiento del dolor, de las descompensaciones y del modelo de continuidad de atención, permitiendo que los pacientes dejen constancia de su percepción.

Para un *incesante mejoramiento en la atención* deben permanecer enfocados en la visión y la estrategia por la mejora en la calidad de atención. Esto es revisar los procesos y ver cuáles son las oportunidades de mejora. Siempre hay algo que mejorar, especialmente en el comportamiento de los médicos, en su comunicación, en la humanización de la atención o en sentirse cerca de sus semejantes. También requiere compartir con el núcleo operativo las inquietudes por el trabajo asistencial y las necesidades, encontrar respuestas, darles respaldo, escuchar cuando hacen sugerencias sobre mejoras en los procesos.

Por último, los nuevos modelos exigen transparencia sobre defectos en el progreso, los objetivos y los resultados, y que no

existan dobles mensajes, especialmente en el manejo de las relaciones con los productores de medicamentos y tecnología, porque esto puede interferir en la toma de decisiones. Puede generarse una demanda inducida por el proveedor, por los tipos de contratos y las formas de pago, o por la medicina defensiva (Belon Saameño, 2006). Si hay demanda inducida por la oferta es un fallo de mercado fruto de la información asimétrica. Por eso se debe investigar en forma constante, para encontrar fallos y actuar deliberadamente para rediseñar los procesos asistenciales y los de apoyo para suministro de información. Deben contar con un sistema de información capaz de facilitar los datos necesarios para conocer la utilización de servicios, la actividad realizada, los costos y los resultados. El empleo deliberado de la transparencia permite el desarrollo del sentido de responsabilidad, así como promueve el aprendizaje y la humildad, y ésta a su vez genera confianza.

Conocimientos de un Gerente de Servicio

- *Conocer los diagnósticos más frecuentes y habituales que tiene en su servicio,* y cómo los resultados obtenidos se modifican en el tiempo. Observar su composición con otros servicios de la red. Ver en función de eso los principales desarrollos de su área clínica en los próximos años.
- *Desarrollar un grupo de indicadores de productividad, de calidad, de respuesta del cliente interno y de resultados,* tanto impulsores o *drivers* como de resultado. Indicadores que conformen su sistema de gestión y de control de gestión, y que su cuadro operativo sirva para el control estratégico institucional.
- *Favorecer el acceso al conocimiento independiente y de calidad,* a la capacitación formal permanente, a desarrollar un equilibrio adecuado de tarea asistencial, de actividades de mutuo control médico e investigación clínica. Desarrollar el acceso a la evidencia científica. Estar informado. Disminuir la brecha entre los avances y la práctica. Costo efectividad. Costo minimización.
- *Disminuir la variabilidad en la prestación médica,* desarrollando y consensuando la información, las guías clínicas, por déficit de información, por organización, por incentivos, por preferencias profesionales.
- *Conocer la carga de enfermedad,* saber de qué se enferma la gente en el área programática, cuáles son las necesidades que debe abastecer su servicio.
- *Conocer la composición del sistema de salud,* especialmente dentro del subsector donde desarrolla su subsector. Conocer su Mercado, conocer el mercado de la salud.

- *Conocer el mercado interno*, cuáles son los elementos de competencia con los otros servicios.
- Generar mediante *marketing* una imagen corporativa porque se venden bienes de confianza.
- *Benchmarking*: emular a los mejores. La rueda ya está inventada. Identificar quiénes en otros hospitales están haciendo mejor las cosas. Tratar de ver cómo logran ese desempeño.
- *Conocer la legislación*, la ley de prepagas, la trazabilidad, los decretos de cobertura de la Superintendencia de Servicios de Salud. Conocer el marco productivo. Las nuevas leyes que cubren enfermedades.
- *Comunicación*: la información es el cemento que mantiene unida a la organización. Los médicos de su servicio deben aprender a informar. Se dan bienes de confianza, no solamente a los pacientes, sino también a los “formadores de opinión”, a los que son más visibles que los otros integrantes de la población, grupo social o comunidad. Esto no es un privilegio, sino alguien que siente derechos a recibir más. Hay que cuidar al grupo de trabajo del equipo de salud, porque la disconformidad impacta. Alguien que tiene “voz” puede desmotivar a un equipo de trabajo.
- *Generar espacios de motivación e incentivos relacionados con la producción*. Que las personas que integran los servicios conozcan el fin teleológico (Simó Miñana y Chinchilla Albiol, 2001a y 2001b).
- *Gestión del conocimiento y de la evidencia científica*: hay que agarrar los artículos, no muerden. Desarrollar capacitación formal de los principales integrantes de las áreas clínicas, incorporar los nuevos conocimientos transversales en la salud, en inmunología, genética, genómica, nueva complejidad del tratamiento del cáncer y algunas enfermedades huérfanas.
- *Conocer sobre costos de producción de su servicio*, y los resultados esperados.
- *Desarrollar programas de niveles de actividad, de rendimiento, de utilización*, generando en el equipo una cultura de la efectividad, la excelencia y la eficiencia, conteniendo el consumo de las variables. Fomentar la calidad en los procesos. Intentar manejar un presupuesto descentralizado.

Conclusión

Este recorrido termina, y se enfrenta con la realidad: la práctica médica experimenta una transformación profunda, por el conocimiento de la nueva biología y fisiología, los determinantes, la complejidad del concepto de enfermedad, diferentes mecanismos de injuria con expresiones fenotípicas que adquieren un carácter independiente, que tienen diferentes formas de exte-

rriorización clínica y que justifican más que antes la prevención primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria en el diagnóstico adecuado e integral. Esto exige nuevos modelos mentales de liderazgo en salud, incorporando a los gerentes medios, los jefes de servicios, como socios estratégicos de la gestión hospitalaria como una tarea emocionante y llena de éxitos si se logra concretar. Estos profesionales deben ser los motores del cambio, y la reforma debe pasar por generar el gobierno clínico en las empresas de salud y la gestión clínica en todas sus formas, desde una gestión de calidad o de procesos, orientando a los pacientes para que utilicen recursos diagnósticos y terapéuticos basados en criterios de costo efectividad, evidencia y utilidad, para mejorar las características del sistema aumentando las respuestas sistémicas. Los gerentes medios pueden balcanizar la organización o hacerla efectiva y abierta al aprendizaje, pero también la gerencia debe desarrollar la infraestructura del conocimiento en función de la evidencia, favorecer la actividad de los equipos, disminuir los riesgos y consolidar un esquema de atención sanitaria en un modelo continuo.

Se debe implementar un modelo de incentivos que alinee los objetivos individuales de los jefes de servicio con los objetivos específicos de su servicio, asumiendo responsabilidades en el compromiso de gestión y los objetivos institucionales.

La *liturgia gerencial* (López Casasnovas, 2004) se enfrenta con las circunstancias, donde lo planificado dista de lo actuado, y los actores institucionales reconocen la dificultad para mover el *statu quo*. Así se instala la concepción de que el *core* de toda transformación radicará en gestionar la relación de agencia, ese contrato imperfecto, complejo, el *unitas multiplex*, lo hologramático de la realidad, importando las cosas simples como el compromiso y las competencias, y también los hechos complejos tales como disminuir las brechas entre eficacia y efectividad, entre efectividad y eficiencia, entre eficiencia y calidad. Una racionalidad diferenciada para cada una de las líneas de producto que elabore el servicio, con el tótem de la evidencia, las arrugas de la experiencia, de la recursividad, del producto productor de salud, la sabiduría de lo multidisciplinario y el consenso. Más competencia, no solo más capacidad. Más competencia, más integración e integralidad. La elección profesional debe ser resultado de una racionalidad técnica, económica, sustentada en la ética, en la equidad y en la vocación, en la vocación por la cooperación y no la competencia por la competencia misma. En definitiva, este texto intenta racionalizar a través de una integración mejor entre los servicios, tanto en costos como en orientación de la actividad, no ya por ser, ni por hacer, sino por conseguir.

La integración evita duplicidades, brinda un modelo continuo de atención y una estructura de gestión para generar una cadena de

valor en la difícil organización matricial. La integración en esta concepción es longitudinal, con transparencia para administrar la relación de agencia y evitar comportamientos oportunistas que tanto afectan a las reformas relevantes.

Analizando el futuro sin ser predictor, se debe decir que el sistema sanitario debería formular reformas organizativas que se adapten a los entornos cambiantes, sin reglas de juego claras, estableciendo alianzas estratégicas en un delicado *trade off* entre quien tiene poder de compra agrupado, Estado o financiador como tercer pagador, seguridad social o privado, con quienes son proveedores.

Existe la imperiosa necesidad de instituir un esquema de prioridades que se sustenten en la creación de un seguro de enfermedades de baja incidencia y alto costo, una agencia estatal de tecnología costo efectiva, o de calidad, donde se acrediten proveedores y equipos de salud, se generen formas contractuales de mayor dedicación horaria, se eviten inconvenientes con incentivos cruzados, y se regule el marco de la buena praxis médica y la gestión de la utilización. Deben adecuarse los financiamientos de la seguridad social a la carga epidemiológica y sanitaria, donde las unidades operativas provean al sistema de salud y gestionen mediante una cobertura asistencial íntegra y que propenda a la mejora de la calidad, contempladas siempre de una manera conjunta. Para ello es necesario financiar la estructura de servicio, no solo la complejidad, coordinando la

actividad en el mismo nivel y entre niveles (López Casasnovas, 2003).

Hay que consolidar el equipo de trabajo *dotándolo del capital social adecuado* como filosofía de gestión y política de empresa, pensando el servicio como una organización vivible y autocontenedora de la motivación profesional, pensando y actuando con pautas y actitudes de colaboración, solidaridad, confianza, transparencia, equidad y valores éticos, que signifiquen integridad en el comportamiento. Eso es inteligencia social, generando pertenencia, adhesión y orgullo por pertenecer a una organización reconocida socialmente. El capital social es lo que genera normas y acción en beneficio mutuo (Millan y Gordon, 2004), compartiendo información, poniendo al paciente en el centro, humanizando la atención, capacitándose para dar un mejor servicio, gastando lo menos posible, no discriminando a los pacientes. El capital social consiste en recursos insertos en la estructura de las relaciones sociales. Su presencia es la verdadera ventaja competitiva de las organizaciones, porque hay confiabilidad, transparencia, cooperación e interdisciplina. Conduce el intercambio y la interdependencia, sumando interacciones sin las cuales no se podría lograr el objetivo.

Es tiempo de articular lo sanitario con lo social, lo profesional con lo sanitario, el financiamiento con el costo, la innovación con el capital social de las empresas de salud. Los caminos son largos, hay que ponerse a caminar. El futuro es la responsabilidad que tenemos los dirigentes.

Bibliografía

- Alonso Cuesta, P. (2005): “Gestión de Calidad o Calidad en la Gestión”.
- Association Value Based Cancer Care (2015): Establishing a Value-Based Paradigm: A Pharmacoeconomic Analysis of Treatment Options. AVBCC.
- AVPM (2015): Hospitalizaciones potencialmente evitables. Volumen 8.
- Belon Saameño, J.A. (2006): “Demanda inducida por el profesional: aplicaciones de la teoría económica a la práctica clínica”. En Atención Primaria, 38.5.2006.
- Caramés Bouzan, J. (2006): Las Áreas de Gestión Clínica: un nuevo modelo de Gestión Hospitalaria. Tesis Doctoral.
- Casajuana Brunet, J. (2003): “Límites entre el clínico y el gestor: ¿cómo saltar la barrera?” En Semergen 29: 240-243.
- Colomer Mascaró, J. (2001): “Conocimientos, habilidades y aptitudes para la gestión sanitaria”. En Med Clin (Barc) 116: 459-460.
- Cutler, D.M., A.B. Rosen y S. Vijan (2006): “The Value of Medical Spending in the United States, 1960-2000”. En N Engl J Med 355: 920-927.
- Díaz, C.A. (2015a): Programa de atención centrada en la persona. Buenos Aires: Isalud.
- Díaz, C.A. (2015b): Las nuevas formas de medicalización de la vida. Buenos Aires: Isalud.
- García, S. y S.L. Dolan (1997): La dirección por valores. Madrid: McGraw Hill.
- González López Valcárcel, B. (2015): La innovación tecnológica y el impacto económico. Conferencia en la Universidad ISALUD.
- López Arbeloa, P. (1996): “Sistemas de información para la gestión clínica”. En VII Jornadas de Documentación Médica. Alicante, 17 y 18 de octubre.
- López Casasnovas G. (2003) “El valor de la salud”. En Humanitas: humanidades médicas. 3-1: 183-188.
- López Casasnovas, G. (2003): Los nuevos instrumentos de gestión pública. Servicio de Estudios de la Caixa.
- López Casasnovas, G. (2004): “La gestión sanitaria: orientaciones a futuro para el cambio organizativo, del control y la financiación”. En Cuadernos Económicos de ICE 67.
- Millán, R. y S. Gordon (2004). “Capital Social: una lectura de tres perspectivas clásicas”. En Revista Mexicana de Sociología, año 66, número 4.
- Ortún Rubio, V. (1995): “Clínica y gestión”. En Med Clin (Barc) 104: 298-300.
- Ortún Rubio, V., editor (2003): Gestión clínica y sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta. Barcelona: Masson.
- Otero, A. (2013): “El médico debe ser menos funcionario y más gestor”. En lainformacion.com.
- Pacheco Guevara, R., E. García Quiñones, M. Sánchez Álvarez-Castellanos (2010): “El hospital del futuro y el perfil de sus gestores”. Sedisa s.XXI, 2010, 17.
- Reinertsen, J.L., M. Bisognano y M.D. Pugh (2013): Siete Palancas para el Liderazgo Organizacional de la Mejora de Atención en Salud. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement.
- Simó Miñana, J. y N. Chinchilla Albiol (2001a): “Motivación y médicos de familia (I)”. En Aten Primaria 28: 484-490.
- Simó Miñana, J. y N. Chinchilla Albiol (2001b): “Motivación y médicos de familia (II)”. En Aten Primaria 28: 668-673.
- William, A. (1998): “Economics, QALYs and Medical Ethics”. A Health Economist's Perspective. Discussion paper 121.