

BUSCANDO LA EXCELENCIA: AUTOGESTION CLINICA EN LA ATENCION HOSPITALARIA

Cuad. Méd. Soc. XXXVIII, 3, 1997/ 54-59

*Dr. Osvaldo Artaza B.**
*Psic. Claudia Vásquez L.***
*Dr. Héctor Olgún A.****

SUMMARY

The current in sanitary, political and economic matters, plus the cost increase of health care, present the health team with a serious challenge: how to sustain the values of medicine –commitment to life, to human beings, to quality of care and to equity– in the face of the fact that each medical decision affects the availability of scarce resources that might be required for other patients.

We present the ideas behind one of the institutional objectives of Luis Calvo Mackenna Hospital, namely, clinical self-governance.

This is an instrument for the integration of the classical ethics of the doctor –patient relationship with a “medical management ethics” that includes the assessment of the social consequences of our moment –by– moment decisions. Clinical self governance means assuming the full responsibility for the best utilization of resources, so that our search for excellence is assured.

Key words: clinical self-governance, ethics, efficiency, excellence.

RESUMEN

Los cambios que hoy vivimos en materias sanitarias, políticas y económicas junto al progresivo aumento del costo de las prestaciones médicas, plantean a los equipos de salud serios desafíos sobre como mantener los valores de la medicina: el compromiso con la vida y el ser humano, la calidad de la labor médica y la equidad, cuando al existir recursos limitados, toda decisión médica implica consecuencias sobre la disponibilidad de recursos para la atención de otras personas. El artículo intenta organizar las ideas sustentadoras de una de las metas estratégicas institucionales del Hospital Luis Calvo Mackenna: la autogestión clínica, como un instrumento que busca integrar la ética clásica de la relación médico paciente con una “ética de la gestión médica”, que implique la debida evaluación de los efectos sociales que conllevan nuestras decisiones cotidianas y el asumir plenamente la responsabilidad del buen uso de los recursos, para así asegurar la continuidad del norte ético de nuestro sector: la búsqueda de la excelencia.

Palabras clave: autogestión clínica, ética, eficiencia, excelencia.

* Director Luis Calvo Mackenna.

** Jefe Unidad Desarrollo y Estudios Hospital Luis Calvo Mackenna.

*** Subdirector Médico Hospital Luis Calvo Mackenna.

1. INTRODUCCION

Los cambios profundos que vive nuestro país en materias sanitarias, políticas y económicas, junto al progresivo aumento del costo de la atención en salud especialmente en la atención hospitalaria, nos plantean serios desafíos sobre como mantener los valores tradicionales de la medicina, el compromiso con la vida y el ser humano y la calidad de la labor médica. Esto, sin que el progresivo encarecimiento de la medicina se traduzca en fallas en la equidad, ya que al existir recursos limitados, toda decisión médica implica consecuencias sobre la disponibilidad de recursos para la atención de otras personas.

Nunca se había tensionado al equipo médico con tanta fuerza frente a temas tan delicados, por sus implicancias éticas, como ante la exigencia internacional por la contención de costos en los servicios sanitarios. Esto especialmente en el área de la atención terciaria, donde se gasta gran parte de los recursos, dado el modelo de atención, el perfil epidemiológico, demográfico y los avances tecnológicos.

Hoy, los usuarios de los sistemas sanitarios y los entes financiadores, tales como seguros privados o públicos o entidades de "medicina gestionada" y otros, presionan crecientemente por obtener mejores servicios a menores precios. El mercado, a nivel de los servicios sanitarios, con todas sus imperfecciones y limitaciones, ha entrado mundialmente en distintos grados, al nivel del financiamiento o de la provisión, cumpliendo el Estado también diferentes niveles de participación, control y regulación. En todo esto, los equipos de salud han actuado más con perplejidad y reactividad, que con una actitud propositiva. El artículo intenta organizar las ideas sustentadoras de una de nuestras metas estratégicas institucionales: la autogestión clínica.

2. LA ETICA Y LA GESTION

La concepción médica tradicional de la ética esta relacionada con la búsqueda del mayor beneficio posible para el enfermo: hacer el mayor bien y evitar causar daño. Esta visión tiende a percibirse incompatible con la visión del mundo "económico". Mundo en el cual, pareciera que las decisiones económicas "ni tienen ética ni moral", por lo que sería contradictoria la función del medio con la del administrador. El problema se plantea cuando el recurso sanitario es crecientemente escaso

(por su progresivo encarecimiento) frente a demandas crecientes (población envejecida, uso intensivo de tecnologías, etc.).

Hoy día, el dilema ético que siempre ha tenido la labor médica, de buscar la excelencia requiere de una gestión eficaz y eficiente de los recursos. Especialmente, porque además de los principios de no hacer daño y producir beneficio, se suman los principios de respetar la opinión, autonomía y derechos del paciente como un otro válido, protagonista y responsable de sí mismo. Además de los principios y consideraciones de la ética social, en orden de que los recursos disponibles sean usados con racionalidad con el fin de contribuir activamente a la justicia y la equidad.

Las instituciones de servicio de salud, cada vez toman mayor conciencia de los aspectos éticos de la gestión médica. Pasando a ser problemas de orden ético importantes el cómo el equipo médico usa los recursos. Si el médico no gestiona bien los recursos que la sociedad ha puesto en sus manos, si ahorra cuando no debe hacerlo o despilfarra sin necesidad, entonces está faltando gravemente a la confianza que el paciente, su institución y la sociedad pusieron en ese equipo.

Hoy, por lo tanto, estamos obligados a repensar qué implica el "buen hacer", la obra "bien hecha". Si he hecho el mayor bien, a la mayor cantidad de gente, con el mejor uso de los recursos posibles. Si no he hecho esto, a cuántos habré dejado fuera del sistema, éstas son algunas de las apremiantes preguntas que hoy se deben hacer los equipos médicos en todo el mundo. Sin duda que esquivarlas es más fácil, más cómodo y esto se constituye en un problema ético en sí mismo. Al tener cada acto médico consecuencias no sólo en un paciente en particular, sino en los recursos que la sociedad dispone para muchos otros, urge integrar a la ética clásica de la relación médico paciente con una –podríamos llamarla– "ética de la gestión médica", que implique la debida evaluación de los efectos sociales que conllevan nuestras decisiones cotidianas.

Pensamos que la búsqueda de la excelencia médica, hoy como ayer debe estar fundada en los valores, y un valor fundamental además del respeto por la vida, será el de respetar a nuestros pacientes, esto último implica conocerlos y reconocerlos como seres humanos plenos en toda su dignidad.

La ética médica insiste hoy más que nunca la necesidad de fortalecer el concepto de excelencia profesional, esto requiere de médicos y profesionales de la salud que cultiven y ejerzan la exce-

lencia en su desarrollo como personas íntegras. También requiere de equipos que superen la mirada tradicional del paternalismo implícito en la "beneficencia" clásica al reconocer en el otro derechos que emergen de la condición humana y deberes propios de personas provistas de libertad, responsabilidad y autonomía. Pero además de todo aquello, hoy la búsqueda de la excelencia requiere de la buena gestión de los recursos: una gestión justa o equitativa de ellos.

El médico, el equipo de salud se deberá ver además de sanador como gestor, en este sentido cobra gran relevancia proyectos de autogestión clínica. Lograr el justo equilibrio de lo anteriormente señalado es el mayor desafío de la hora presente. No es fácil, pero habrá que lograrlo, requiere de un esfuerzo sistematizado que además de unir la clínica a la gestión, da cuenta de las múltiples visiones tendiente a reorientar el rol de la atención terciaria, en un modelo más centrado en la salud de las personas que en la enfermedad.

3. LA AUTOGESTION: CONCEPTOS GENERALES

Entendemos como autogestión, el mayor nivel de autonomía de los equipos de salud en el cómo hacer las cosas, sin que se afecte la integridad y coherencia del conjunto y potenciando las redes y vínculos colaborativos entre las partes.

Para hablar de autogestión, hay un antecedente básico: descentralización. Desafortunadamente los términos han sido usado de tantas maneras distintas que casi han dejado de tener un significado útil en las conversaciones.

A nuestro entender cuando todo el poder de la información descansa en un solo punto de la organización, ésta está centralizada. Cuando el poder esta dispersado en mucha gente la organización es descentralizada. Las razones para no descentralizar son mantener y depositar el control o coordinación formal en las estructuras jerarquizadas y la desconfianza en los niveles inferiores.

Las razones para descentralizar son por el contrario: creer en las personas (aspecto valórico), o por aspectos tan prácticos como que la organización descentralizada se adapta más rápido, es más flexible a los cambios del entorno y hay mayor capacidad de escuchar al usuario y por tanto de dar un mejor servicio. Una razón muy poderosa es que aumenta la motivación de las personas, desarrolla espacios de mayor creatividad y libertad, que son de mucha importancia en organizaciones

de servicio en cuyo interior hay gran cantidad de conocimiento e información sobre tareas altamente complejas, como lo son justamente las del quehacer hospitalario.

La dispersión del poder puede ser hacia abajo por la línea de autoridad (descentralización vertical), cuando quien ejecuta una acción compleja esta fuertemente involucrado con el proceso de elección de lo que debe hacerse y es responsable plenamente de las consecuencias de la acción. También puede ser horizontal, cuando más poder es atribuido al conocimiento en oposición a la posición, culminando en la organización cuyos operadores controlan —o tienen el poder— de gran parte de la toma de decisión, y en que se da poder a grupos de apoyo (grupos profesionales nuevos en el hospital: ingenieros, psicólogos laborales, etc.), o grupos internos como consejos asesores, fuerzas de tarea, equipos de resultado. La descentralización puede ser gradual, total o selectiva en ambos sentidos.

"Autogestión" es el proceso de descentralizar plenamente en sentido vertical y horizontal hasta dar, además de total poder en el cómo hacer las cosas, mayor información para que ese "cómo" implique las mejores decisiones en términos de impacto social. Además de ser el resultado de la descentralización, es el producto de un proceso, eminentemente cultural, de una unidad (servicio clínico o centro de responsabilidad) que ha construido una identidad propia en torno a la misión contenida en un órgano de mayor complejidad, que a su vez, la contiene sistemáticamente en estructura de red (el hospital como un todo).

Las unidades locales construyen su propio lenguaje, tienen y construyen sus propias conversaciones, en tanto se dan espacio de autonomía y libertad, son más eficientes en resolver situaciones-problema. Las unidades serán más autónomas en la medida de su capacidad adaptativa, el grado de información que maneja y la capacidad de autorreferencia, de autorregularse y organizarse en forma cambiante. Por tanto es equivalencia del progreso biológico de autopoiesis. Entendemos a la autogestión como la capacidad de identificar y corregir errores (autorregulación), capacidad de cuestionarse (autoorganización) y capacidad de aprendizaje permanente (autogeneración evolutiva).

Cada unidad autónoma está a su vez contenida en un órgano de mayor complejidad, que le da coherencia y hace que el proceso de descentralización no equivalga a la tan temida atomización. Siendo la autogestión una arquitectura organizacio-

nal diferente y al estar los recursos fuera del centro (“inteligencia repartida”), la organización en red va más allá de lo, meramente informal, que es lo que hoy tenemos. Cuando la complejidad del entorno es alta y la necesidad del cambio también es alta y hay objetivos comunes (políticas e información) tienden las unidades de autogestión a organizarse en red sin necesidad de jerarquía. Lo que mantiene la red es la necesidad de cumplir con la misión común y los vínculos (valores y emociones).

La construcción de redes basada en vínculos entre unidades de autogestión se basan en la cooperación frente a la propiedad, la confianza y la responsabilidad frente al recelo, la autoridad del conocimiento frente a la posición y al valor del aprendizaje y del cambio continuo frente al “aquí no se inventa nada”. La base de la autogestión es la creencia de que las posibilidades creativas de las ideas dependen del compromiso con ellas y de que la motivación y la emoción son la fuerza de ellas. La gente apoya lo que crea, también se podría decir que la realidad es sólo aquello en lo que se participa.

Por lo anterior, creemos que la tarea continua de mejorar nuestra calidad y por lo tanto de buscar la excelencia, sólo se puede alcanzar plenamente cuando se compromete a las personas con los valores implícitos en nuestro sistema sanitario. Cuando se cree y confía en ellas, cuando se les da la posibilidad de desarrollar sus potencialidades, su creatividad e imaginación, en una estructura organizacional horizontal que potencia el trabajo comunitario de los equipos humanos. Por ello, la estructura centralista, rígida y vertical del cual el sistema atenta gravemente con nuestro marco valórico. La integralidad y coherencia del sistema, se debe asegurar a nivel de vínculos y redes efectivas y potentes, a nivel de políticas y de programas y de acciones de colaboración y es totalmente compatible con un modelo de gestión ampliamente descentralizado. La autogestión entiendo como clave la participación y la responsabilidad.

A la “participación” la entendemos como “ser parte” y tiene un claro contenido comunitario. Es compromiso y compartir: “estar con y junto a” y se debe traducir en el involucramiento de las personas en el ámbito que les corresponde, en las decisiones atinentes a su trabajo (lo que se ha venido en llamar “gestión participativa”) y en los procesos de cambio como protagonistas activos, como también a los propios usuarios en los distintos niveles del sistema.

A la “responsabilidad”, la entendemos como el asumir libre e integralmente los resultados de nuestras conciencias, nuestros usuarios y frente a quienes nos entregan recursos siempre escasos frente a demandas siempre crecientes. Entendemos también como “responsabilidad”, el asumir los desafíos de priorizar y optimizar el uso de los recursos, sin delegar las decisiones que nos competen como equipos médicos.

4. LA AUTOGESTION CLINICA: PRINCIPIOS Y REQUERIMIENTOS

El fomento de una búsqueda de la excelencia, requiere de los profesionales, especialmente los médicos que colaboren decididamente en la gestión de los recursos que el hospital dispone.

La exigencia imperiosa de responsabilidad por parte de los profesionales requiere a su vez que aquellos tengan progresiva capacitación y apoyo en gestión, mayor colaboración y participación en las decisiones éticas, prudencia, eficacia y eficiencia.

Para ello se buscará desarrollar las actividades que atiendan a mejorar los resultados clínicos, aumentar el impacto social de éstos y a dar mayor apoyo y mejorar los usos a los recursos disponibles humanos y de infraestructura. Se buscará conjugar los resultados a las necesidades de los usuarios y a los recursos financieros existentes. Hacia esto se deberá dar progresiva autonomía en la gestión de los recursos financieros y humanos, dando adecuado apoyo de información.

Cada servicio clínico, se está constituyendo en un centro de responsabilidad que deberá buscar a través de un trabajo de equipo obtener calidad técnica óptima, resultados a tiempo y en tiempo correcto, a costos razonables y buscando satisfacer al usuario. Cada centro de responsabilidad, deberá en consonancia con los compromisos de la organización, diseñar sus propios planes y efectuar anualmente un compromiso de gestión con la dirección del hospital. Cada centro se deberá ir haciendo progresivamente responsable de la parte correspondiente del compromiso global que el hospital asume con los niveles centrales, con progresivos niveles de autonomía en el uso de sus recursos financieros y humanos y debiendo ser solidario y colaborativo con el resto de los centros. Estos centros deben orientar su quehacer hacia el usuario (el paciente y su familia) como centro de toda decisión y deben además de satisfacer al usuario externo a los usuarios internos del hospital

(otros centros que requieren de apoyo y colaboración y los propios integrantes del equipo de salud).

Según nuestra experiencia, para que esta idea de la autogestión clínica vaya siendo realidad, se requiere ir avanzando paso a paso en las siguientes condiciones básicas:

La existencia de un equipo directivo en el hospital dispuesto a generar las condiciones para este cambio y que tenga la perseverancia, paciencia y capacidad de seducción que ésto requiere.

Que exista un líder del equipo dispuesto a comprometerse en la gestión. Aquí hemos visto que algunos líderes médicos aceptan el desafío, pero otros definitivamente no, quizás sea una estrategia errada intentar hacer algunos líderes clínicos una suerte de "gerentes". Quizás sea mejor delimitar qué niveles de compromiso quiere ese líder aceptar y hacer corresponsables a otros miembros del equipo, como por ejemplo, la enfermera jefe de ese centro. En esta líneas, parece muy interesante el fortalecer y potenciar la idea de equipo ya que en muchos centros en que se maneja gran cantidad de recursos será indispensable crear un verdadero equipo de gestión entre el jefe del servicio, algunos médicos con liderazgo natural y enfermería.

Muchas veces, sentimos una suerte de sensación de fracaso ante múltiples intentos de involucrar a los médicos en la gestión, tal vez la forma y el propósito han sido errados. Quizás habrá que volver ha insistir a través de lo que a los propios médicos interesa: la clínica. Entonces, parece más importante definir acabadamente qué responsabilidades y/o funciones se requieren a nivel de los equipos de autogestión y allí discutir, con franqueza y realismo, sobre quién tiene interés por hacerse cargo. Enfermería, en nuestro hospital ha dado señales suficientes de querer y ser capaz de una adecuada gestión del recurso humano, de los insumos y de colaborar eficaz y eficientemente en la implementación de complejos proyectos como informática y otros. Los médicos a su vez, parecen entusiastas a la hora de discutir costo/ beneficio de nuevas tecnologías o terapias, a la hora de realizar auditoría médica y de discutir indicadores de la calidad técnica o estandarización de normas y/o protocolos clínicos. Esta dialéctica entre médicos, enfermeras y otros profesionales normalmente "extraños" al hospital como lo han sido los ingenieros, está escribiendo hoy día los primeros intentos de lo que será la gestión clínica mañana. Todavía queda mucho por vivir y por aprender.

Es vital para el funcionamiento de unidades de autogestión clínica que el hospital disponga de un

adecuado sistema de información para la gestión. La base del éxito será que de pequeños compromisos de gestión entre la dirección y el centro se pueda ir llegando progresivamente a compromisos mayores que involucren toda la parte que le compete a esa unidad del compromiso de gestión del hospital con el nivel central. Para que ello funcione el equipo requiere de información periódica, fidedigna y de útil para la toma de decisiones en término de producción clínica, estándares de calidad, evolución financiera, etc. Además, la dirección podrá concordar con cada centro de autogestión clínica otros compromisos en orden de la labor docente, de investigación y extensión del establecimiento. En todos ellos, es clave la capacidad de control y evaluación, para ello se requiere de sistemas de información que aún están en fase muy preliminar. En orden de un adecuado control de gestión y manejo de la información, será clave el que la organización se convenza de la necesidad de contar con el apoyo multiprofesional de otras áreas que otrora se consideraban ajenas. En este aspecto, nuestra cultura es muy celosa y refractaria a validar a otros profesionales, allí también habrá que hacer un trabajo largo y paciente.

Se requiere que el hospital esté trabajando consistente y coherentemente en la satisfacción usuaria y que esto implique que cada unidad de autogestión reciba apoyo metodológico en mejoría de la calidad de sus procesos y de información adecuada sobre los requerimientos de sus usuarios y de los niveles de satisfacción usuaria. En este sentido ha sido de gran utilidad unidades como Servicios de Atención al Usuario o al Cliente como se han venido desarrollando en distintos hospitales del país.

Un elemento sin duda clave, es la capacidad local que tenga la unidad de gestionar adecuadamente sus recursos humanos. Es clave el grado de trabajo efectivo en equipo que se dé, el estilo de liderazgo y los niveles de comunicación y participación que se estén dando para generar las condiciones de clima laboral básicas que hagan sostenible un modelo de autogestión clínica. Sin duda, son importantes en ésta área aspectos como selección, capacitación, evaluación, y políticas de recompensas que se puedan diseñar dentro de los márgenes que hoy nos dan leyes y reglamentos.

Dado que la gestión del recurso humano se da en cada unidad y especialmente en la relación entre jefe y personas, es que la organización debe apoyar fuertemente en metodologías e instrumentos para que en cada equipo se pueda hacer la

gestión más integral posible del recurso humano. En este sentido se valoran la existencia de "departamentos" profesionalizados de recursos humanos en los hospitales, en el entendido de que éstos asesoran a cada equipo de autogestión y darán marcos generales de políticas en lo referente a selección, capacitación, evaluación e incentivos. Frente a la imperiosa necesidad de recompensas no económicas y también económicas, han surgido interesantes iniciativas tales como la Fundación Profesor Anibal Ariztía en el Hospital Luis Calvo Mackenna. No hay que olvidar, que autogestión no es sinónimo de "feudos" o de atomización, por lo contrario es clave la colaboración y una adecuada visión sistemática. Esto es central en el área del recurso humano donde se debe tender a la mayor flexibilización y colaboración posible al interior de la organización.

Finalmente, en nuestra experiencia, el desarrollo exitoso de esta experiencia requiere de un gran gasto de energía en comunicar y quizás, éste sea el principal desafío para el tiempo venidero, provocar el flujo de información y el nivel de conversaciones adecuadas para provocar los cambios, en el marco de "escucharse mutuamente". Saber con claridad hacia donde se va y saber también con claridad cuales son las limitantes y dificultades.

5. CONCLUSION

Las exigencias que hoy hacen al sistema sanitario sus usuarios, las entidades financiadoras y el Estado, implican una serie de interrogantes al equipo de salud, de cómo en ésta realidad podemos mantener la calidad de nuestros servicios al mismo tiempo que aseguramos un buen uso de los recursos. Esta pregunta no puede ser evadida y la búsqueda de respuestas que, de acuerdo con nuestra tradición, nos posibilite continuar tras la búsqueda de la excelencia, es sin duda imperiosa.

Nuestro hospital dentro de su Plan Estratégico institucional inició a mediados de 1996 el diseño

progresivo del concepto de unidades de autogestión clínica, que en nuestro establecimiento denominamos centros de responsabilidad. Actualmente, permanecemos en etapa aún muy inicial, se han comenzado los primeros compromisos de gestión internos, se están entregando con muchas dificultades los primeros informes de gestión por centro de responsabilidad y permanecen aún una serie de cuestiones pendientes, especialmente en el área de recurso humano, del liderazgo médico y su relación con la gestión. Cuestiones que esperamos dilucidar con pasión y paciencia en los próximos años.

BIBLIOGRAFIA

- "Arquitectura organizativa". Nadler D.A. Ed. Gránica, 1994.
- "Diseño de organizaciones eficientes". Mintzberg Henry Ed Ateneo, 1992.
- "El liderazgo y la nueva ciencia". Wheatley Margeret. Ed Gránica, 1994.
- "El Sentido de lo humano". Maturana Humberto. Ed Machete. Tercera Edición, 1992.
- "Health Policy and Systems Development". Janovsky Kalja. Ed. WHO. 1996.
- "Autonomía de la gestión de las organizaciones de servicios sanitarios del ente público Osakidetza". Enero 1997. Osasun Saila Eusko Jaurlaritza. Departamento de Sanidad. País Vasco.
- "Osasun Zainduz". Plan de Salud del Departamento de Sanidad del País Vasco. 1995.
- "Gestión Clínica". Administración de la comunidad autónoma del País Vasco. Departamento de Sanidad. Servicio Vasco de Salud. 1997.
- "Ejercicio de la medicina y gestión de la salud". Manuscrito de Diego Gracia Guillen. 1997.
- "Hospital Luis Calvo Mackenna. Políticas de calidad y documentos anexos del proceso de desarrollo organizacional". Imp. Alerce, 1997.
- "Estructura y recursos humanos en un hospital público chileno: una experiencia de cambio". Artaza O., Montt J., Vásquez C. Revista Panamericana de Salud Pública. 1997; 5: 342-351.