

Análisis cualitativo de las innovaciones organizativas en hospitales públicos españoles

J. del Llano^a / J.F. Martínez-Cantarero^{a,b} / J. Gol^{a,c} / F. Raigada^a

^aFundación Gaspar Casal. ^bHospital 12 de Octubre. ^cAgencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.

Correspondencia: Juan del Llano Señarís. Director General. Fundación Gaspar Casal.

C/ General Díaz Porlier, 78, 8.ºA. 28006 Madrid.

Correo electrónico: fccasal@terra.es

Investigación financiada por la Dirección General de Planificación, Consejería de Salud (Comunidad de Madrid), apoyada por la Subdirección General de Atención Especializada del INSALUD y concebida en el Programa Europeo de Liderazgo en Asistencia Sanitaria (INSEAD y King's Fund) patrocinado por Johnson & Johnson.

Recibido: 20 de julio de 2001.

Aceptado: 15 de mayo de 2002.

(Qualitative analysis of organizational innovations in Spanish public hospitals)

Resumen

Objetivo: Conocer la opinión de directivos y clínicos de hospitales públicos sobre los institutos clínicos.

Métodos: Estudio cualitativo que trata de responder a preguntas realizadas a gerentes y clínicos sobre las innovaciones organizativas que afectan a más de un nivel de intervención de la gestión sanitaria. Se aplican como técnicas: a) entrevistas en profundidad semiestructuradas con la finalidad de señalar los comportamientos, experiencias, opiniones, conocimientos y otros aspectos personales e institucionales objeto del estudio, y b) grupos de discusión, con un grupo de discusión control y dos grupos de discusión estudio se busca la interacción de los grupos para obtener distintos tipos de información relativos al desarrollo de las ideas, operatividad, grado de consenso y disenso en los temas tratados.

Resultados: Realizada la comparación entre el grupo de control y los grupos de estudio, se pone de relieve que las nuevas formas organizativas incrementaron el valor en los siguientes conceptos: economía de contratos, delegación de funciones, descentralización administrativa, incentivar, aversión al riesgo, reingeniería de procesos, continuidad asistencial, competitividad, liderazgo, sistemas de información y orientación al cliente.

Conclusiones: Existe un creciente interés de los clínicos por las innovaciones organizativas hospitalarias, postura ambivalente en los gestores clínicos ante los cambios de rol de sus respectivas responsabilidades. Se evidencia la resistencia a los cambios. No existe un modelo único de «instituto», dependiendo los modelos existentes de influencias particulares en cuanto a factores internos (cohesión y liderazgo) y externos (entorno, tamaño y tecnología). El incipiente desarrollo de innovaciones pone de relieve la necesidad de cambios en el estilo y naturaleza de la estructura directiva (composición, funciones, responsabilidades).

Palabras clave: Gestión. Hospital. Análisis cualitativo.

Summary

Objective: To determine the opinion of chief executive officers (CEOs) and physicians in public hospitals concerning new managerial trends.

Methods: We performed a qualitative study designed to determine the opinion of CEOs and physicians on the organizational innovations that affect more than one level of health management intervention. In-depth semi-structured interviews were conducted to identify behavior, experiences, opinions, knowledge and other personal and institutional aspects related to the study's aim. Focus groups (two study groups and one control group) were also used. Interaction between groups was used to obtain different types of information on the development of ideas, operational capacity, and the degree of consensus and disagreement on the subjects discussed.

Results: Comparison between the control and the study groups revealed that the new management trends added value in the following areas: economy of contracts, delegation, administrative decentralization, incentives, risk avoidance, process re-engineering, health care continuity, competitiveness, leadership, information systems and client centeredness.

Conclusions: Physicians are showing increased interest in organizational innovations while CEOs are ambivalent about their changing role and respective responsibilities. There is evidence of resistance to change. There is no single institutional model; institutional design depends on internal factors (cohesion and leadership) and external factors (environment, size and technology). The incipient development of innovations reveals the need for changes in the style and characteristics of management structure (composition, functions, responsibilities).

Key words: Management. Hospital. Qualitative analysis.

Introducción

Los antecedentes de nuestra investigación los encontramos, en el ámbito internacional, en las lecciones generadas de otras experiencias afines como son el Managed Care y el Disease Management en los EE.UU., y el Clinical Governance en el Reino Unido.

Todas ellas se ubican en lo que podemos llamar nuevas perspectivas de análisis de procesos asistenciales, que hacen hincapié en la dimensión poblacional, es decir, grupos de pacientes con patologías comunes, y en la dimensión paciente/usuario/cliente, yendo de menos a más proactivo. Además utilizan nuevas unidades de medida que incorporan nuevas métricas en las que prevalece el componente de calidad de vida.

En España ya se ha empezado a trabajar en programas de integración asistencial, en los que cobra especial importancia la atención longitudinal de la enfermedad, el empleo de guías de práctica clínica que cubran no sólo la prevención y el control, sino también el abordaje y el tratamiento de las complicaciones. La actual relevancia de las instituciones sanitarias (centros de salud, hospitales, centros sociosanitarios, entre otros) disminuirá, y cobrará protagonismo la atención global y la autonomía de los pacientes¹. El desarrollo de la medicina basada en la evidencia tendrá un papel importante².

La gobernabilidad clínica o Clinical Governance (CG) es un enfoque sistemático dirigido a la mejora y garantía de la calidad en la organización sanitaria, y tiene que ver sobre todo con una cultura de cambio organizativo que nos separe de la cultura de la culpa y nos acerque a la del aprendizaje, donde la calidad impregne todos los aspectos de la organización del trabajo. El desarrollo organizacional es un campo aplicado de las ciencias del comportamiento que recalca la gestión del cambio y la mejora de la efectividad de las organizaciones. Los 4 aspectos centrales son: cambio cultural, desarrollo de habilidades técnicas, cambio estructural y desarrollo de un liderazgo efectivo. El desarrollo de la cultura de la CG será difícil si no se hacen esfuerzos para disminuir la variabilidad de la práctica médica.

Las bondades de la gobernabilidad clínica, esencia de la excelencia en la calidad asistencial, puede resumirse en 5 puntos³: a) empuja la innovación y el desarrollo de una práctica clínica basada en la evidencia; b) genera en los profesionales responsabilidad, transferencia de riesgos y rendición de cuentas; c) coordina los esfuerzos en la consecución de mejoras en la calidad de los servicios sanitarios; d) pretende disminuir las actuaciones médicas erróneas y de baja calidad, y e) adquieren relevancia el trabajo en equipo y la colaboración de profesiones de distintas especialidades, disciplinas y niveles asistenciales.

Para que se difunda, la «gobernabilidad clínica» se requiere tiempo, pues estamos ante un cambio cultural que sólo prenderá en organizaciones abiertas y participativas, donde la formación, la investigación y el compartir ideas sean metas irrenunciables.

El origen de los institutos clínicos o las experiencias objeto de valoración cualitativa tienen su origen inicialmente en el Hospital Clínic de Barcelona. Fuera de ese contexto aparecen mencionadas, por primera vez, en el Plan Estratégico del INSALUD de 1997.

Algunas de las razones que nos han impulsado a comprender el nacimiento de la gestión clínica en España son, entre otras: el agotamiento del modelo hospitalario iniciado en los setenta; la necesidad de devolver el poder a los clínicos; el nuevo equilibrio entre gestores y clínicos; la orientación de estructuras y procesos hacia el paciente; la nueva cultura de empresa: confianza, diálogo, consenso y objetivos comunes; los nuevos perfiles y habilidades de los clínicos; el desarrollo de sistemas de información, y la mejora de procesos asistenciales y de soporte.

Las nuevas tendencias organizativas y las ya existentes requieren, como toda innovación, evaluarse con un rigor y una consistencia que permitan la comparación entre ellas, preferiblemente en términos de resultados clínicos.

La gestión sanitaria del siglo XXI debe basarse en el aumento del valor de la organización. Las organizaciones sanitarias están integradas por personas en la mayoría de los casos altamente cualificadas. Por ello, es preciso mejorar y orientar los sistemas de información hacia la cuantificación de los objetivos y la evaluación de los resultados clínicos. De esta manera, las decisiones en gestión se alejarán de lo discrecional. Se pretende además que el paciente sea el elemento central de la actividad asistencial en términos de conseguir mejores niveles de calidad en los servicios prestados, haciéndose preciso que toda innovación organizativa ofrezca una atención más personalizada.

Las innovaciones, entendidas como cambios en la organización, requerirán de una rápida legitimación y de un pronto reconocido prestigio. La aportación de evidencias tangibles que mejoren los resultados de las intervenciones sanitarias a los pacientes, el control de los costes sin mermas de calidad y la implicación activa de los médicos mientras mantengan, con matices, su autonomía profesional ayudarán a que las experiencias de cambio tengan éxito. Los médicos las asumirán, plenamente conscientes del coste de oportunidad que tendría no hacerlo, tanto en términos de poder frente a otros profesionales como de capacidad de influencia en las principales decisiones de sus centros. Ayudaría en este sentido una mejora del clima laboral y un sistema de promoción profesional y de retribución económica acorde a méritos y carga de trabajo.

En el presente estudio se analizan las opiniones de clínicos y gerentes respecto a los logros, desaciertos, lecciones aprendidas, puntos críticos, amenazas y retos y desafíos que han comportado los institutos analizados. Específicamente se analizan: a) las opiniones de los implicados sobre las principales innovaciones organizativas en hospitales españoles seleccionados; b) los principales obstáculos y resistencias encontradas en los cambios organizativos existentes en dichos hospitales, y c) las opiniones que sobre las unidades de gestión clínica tienen los gerentes y los clínicos con relación a su necesidad, la evaluación (evidencia sobre mejoras en la intervención a pacientes, el control de costes y la implicación de los médicos), el impacto de los cambios sobre la estructura organizativa, nuevos requerimientos en sistemas de información u otros recursos.

Material y método

Se realizaron entrevistas y grupos de discusión para el análisis propuesto.

Entrevistas en profundidad

El objetivo de estas entrevistas era conocer comportamientos, experiencias, opiniones, conocimientos y otros aspectos personales e institucionales objeto del estudio. Se formulaban preguntas abiertas sobre guión, con toma de notas durante la entrevista. La realización de las mismas tuvo una duración media de 65 min. La selección de los entrevistados se basó en su lugar de trabajo, en la experiencia y trayectoria profesional junto a la fácil accesibilidad. Se garantizaron la confidencialidad y el anonimato (tabla 1).

Grupos de discusión (focus group)

Se trata de una forma de entrevista que capitaliza la comunicación entre los participantes, buscando la interacción del grupo para obtener distintos tipos de información. Aunque se formularon preguntas, se hizo hincapié en que los participantes hablaran unos con

Tabla 1. Entrevista en profundidad

Centro	Cargo
Hospital Clínic (Barcelona)	Gerente
Hospital Valle de Hebrón (Barcelona)	Gerente
Hospital 12 de Octubre (Madrid)	Gerente
Hospital Gregorio Marañón (Madrid)	Gerente Director médico

otros e intercambiaran comentarios, anécdotas de las experiencias y puntos de vista de los temas planteados por parte de cada uno de los integrantes del grupo.

Se examinó el grado de consenso y disenso sobre los diferentes temas tratados. El moderador o conductor de la reunión fue siempre el mismo, dando un turno de palabra inicial a cada uno de los componentes para enseguida comenzar con las comunicaciones cruzadas sobre bloques temáticos hasta su agotamiento. Se siguió un guión por bloques temáticos. El moderador tenía experiencia en proyectos similares.

Duraron una media de 4 h. Las cintas de audio se transcribieron y fueron remitidas a los participantes para recabar cambios por inexactitudes y obtener su aprobación, aspectos conseguidos con eficacia.

Se crearon dos grupos estudio, constituidos por tres gerentes y tres directores de «instituto» en cada grupo de discusión (tablas 2 y 3), y un grupo control con tres gerentes y tres jefes clínicos de servicios tradicionales (tabla 4). Las características de los integrantes del grupo fueron el liderazgo y la iniciativa gestora indiscutible. Se eligieron los 6 primeros hospitales con esta experiencia dentro del territorio INSALUD.

En los grupos de discusión se estableció un guión de preguntas que iban de lo general a lo específico, estructurándolas en torno a los epígrafes de logros, desaciertos, lecciones aprendidas, puntos críticos, amenazas y retos y desafíos.

Tabla 2. Grupo de discusión del estudio I

Centro	Cargo
Fundación Hospital Alcorcón (Madrid)	Gerente
Hospital Marqués de Valdecilla (Santander)	Gerente
Hospital Clínico San Carlos (Madrid)	Gerente
Hospital Clínico (Valladolid)	Director del Instituto Cardiovascular
Hospital Virgen de la Arraixaca (Murcia)	Director del Instituto de Oncología
Hospital Ramón y Cajal (Madrid)	Gerente
Hospital Virgen de la Salud (Toledo)	Gerente

Tabla 3. Grupo de discusión del estudio II

Centro	Cargo
Fundación Hospital Alcorcón (Madrid)	Director del Área de Cirugía
Hospital Marqués de Valdecilla (Santander)	Director del Instituto de Patología Digestiva
Hospital Clínico San Carlos (Madrid)	Director del Instituto Cardiovascular
Hospital Clínico (Valladolid)	Gerente
Hospital Virgen de la Arraixaca (Murcia)	Gerente
Hospital Ramón y Cajal (Madrid)	Director del Instituto de Cardiología
Hospital Virgen de la Salud (Toledo)	Director del Instituto de Cardiología

Tabla 4. Grupo de discusión control

Centro	Cargo
Hospital La Paz (Madrid)	Servicio de Cirugía General y Digestivo
Hospital La Princesa (Madrid)	Gerente
Hospital Virgen de la Salud (Toledo)	Servicio de Radiología
Hospital Príncipe de Asturias (Alcalá de Henares, Madrid)	Gerente
Hospital Gregorio Marañón (Madrid)	Departamento de Pediatría
Hospital de Getafe (Madrid)	Gerente

Resultados

Entrevistas en profundidad

De las entrevistas destacan los siguientes aspectos:

– No se han acometido cambios ostensibles desde hace muchos años.

– El diseño de los planes estratégicos y su implantación generan vacíos, que provocan desmotivación e incredulidad en los profesionales, generando una gran resistencia al cambio.

– La cultura innovadora debe impregnar el ánimo de todos los profesionales sanitarios. A partir de las propuestas emprendidas, los decisores deben asumir los riesgos y las responsabilidades que se generen a consecuencia del cambio.

– El liderazgo y el compromiso deben ser los motores del cambio. El papel del clínico en la gestión debe definirse claramente. Se han de buscar líderes clínicos que acometan cualquier proyecto innovador.

– Se valora la necesidad de una reorganización de departamentos y servicios que lleve a un aumento de la actividad asistencial y promueva el desarrollo de unidades funcionales monográficas que motiven a los profesionales para hacer todo aquello que les proporcione más satisfacciones.

– Existe un modelo de carrera profesional obsoleto; se deben primar los méritos de los profesionales y no sólo su antigüedad. También es necesario implantar una política de incentivos equitativa y justa. Todo esto debe constituir el punto de partida necesario e irrenunciable para la puesta en marcha de cualquier innovación en el ámbito sanitario.

– Es necesario el diseño y la puesta en marcha de nuevos sistemas de información que sirvan de apoyo a la gestión clínica y a la gestión economicofinanciera. Se debe desarrollar una reingeniería de procesos, situando al paciente/cliente como centro de toda la actividad asistencial.

– Es prioritario introducir medidas que logren integrar los dos niveles asistenciales existentes, y reorganizar las urgencias hospitalarias.

– Las transferencias sanitarias deben ir encaminadas a contemplar las expectativas de los ciudadanos.

Grupos de discusión estudio

Logros. Se ha puesto de manifiesto un cambio cultural en todos los clínicos implicados, con mayor participación de los profesionales médicos en la gestión así como una mejora sustancial en la comunicación entre la gerencia y las direcciones de los institutos.

Se destaca el papel activo que desempeña el departamento de enfermería como gestor de pacientes y pilar impulsor de cambios.

Los institutos han conseguido implantar el modelo de dirección por objetivos, logrando rediseñar los procesos asistenciales más frecuentes. Destaca entre las experiencias recogidas la implantación de guías clínicas en procesos tales como el infarto agudo de miocardio.

A partir de la unificación de recursos para un determinado proceso, se crean unidades funcionales, por ejemplo, unidades de ecocardiografía no invasiva. Se establecieron alianzas eficientes con hospitales más pequeños y centros de atención primaria, en el marco de la misma comunidad autónoma, que ofrecieron continuidad asistencial al instituto.

Se constató una mejora en los indicadores de actividad, que marcaron un aumento en la producción y una mejora en la calidad asistencial, disminuyendo los tiempos de demora de pruebas complementarias.

Desaciertos. Los participantes manifestaron que el INSALUD ofrecía poca claridad en la forma de implantar y desarrollar el modelo de institutos y, a la vez, este organismo no aceptaba que este proyecto fallase. Eso hizo que se trabajase muy frecuentemente sin directrices, con un alto grado de incertidumbre y en una situación comprometida para la asunción de riesgos.

El desarrollo de algún instituto generó la aparición de «islas funcionales» en un hospital. Las transferencias de riesgos y la asunción de riesgos no fueron reales. Los presupuestos que se gestionaban no eran los propios del instituto.

Se vio la preponderancia del concepto de liderazgo frente al concepto de *management*. Los sistemas de información eran frágiles y poco funcionales. La ausencia de participación de los usuarios es un dato manifiesto.

Lecciones aprendidas. El diseño estratégico en la fase inicial debe ser prioritario. El director del instituto debe gestionar las expectativas de los participantes, además de gestionar las frustraciones.

Puntos críticos. Si el proyecto de innovación quiere llegar a buen puerto, se debe legitimar oficialmente al director del instituto y, a su vez, debe ser reconocido y no cuestionado por las personas implicadas en esos

cambios organizativos. Es necesario unificar la cultura clínica con la empresarial. Las instancias superiores deben establecer unos tiempos, unos recursos y un gran apoyo a todo instituto que comienza su andadura.

Amenazas. Los retos asumidos comportaban grandes riesgos de que el proyecto fracasase. Se generó una gran dependencia respecto a los líderes de los institutos, lo que originará a la larga problemas de viabilidad del proyecto si éstos cambian.

Retos y desafíos. Se estimó prioritario cerrar la fase conceptual, definir explícitamente lo que es un instituto y cuál es su funcionamiento. El modelo de instituto debe encajar en el marco de nuevas formas de gestión hospitalaria, fundaciones públicas sanitarias u otras. La gestión del personal adscrito a un Instituto es primordial para su buen funcionamiento.

Grupo de discusión control

Logros. La experiencia clínica en la toma de decisiones estratégicas de gestión es necesaria. Siempre se debe aprender a partir de la evaluación por comparación o *benchmarking*. Es necesaria la planificación en toda actividad organizativa. La creación de grupos de conocimiento refutados hará que todo proyecto de innovación progrese. Se debe tener presente que toda asunción de riesgos implica inestabilidad en la organización.

Desaciertos. Todo proyecto innovador, antes de su instauración, debe convencer a los implicados. Se manifestó una comunicación generalmente poco fluida entre el gerente y el clínico. La ausencia de apoyo de las instancias superiores al establecimiento de cambios es muy manifiesta; aun así, hay personas muy entusiastas que se han embarcado en ellos.

Lecciones aprendidas. Los participantes confirman la importancia que tiene para los clínicos participar en la gestión. Siempre se debe valorar a todo jefe de servicio que esté dispuesto a asumir cambios.

Puntos críticos. La toma de decisiones clínicas debe ser ágil y eficiente. Cambiar la relación del gestor y el clínico debe primar en todo proceso de innovación. Deben establecerse necesariamente cambios en la carrera profesional, prevaleciendo los méritos en lugar de la antigüedad. Debe implantarse paulatinamente la descentralización administrativa y establecer claramente la transferencia de riesgos.

Amenazas. Toda decisión administrativa debe consensuarse con el clínico. El usuario debe asumir un papel importante en la toma de decisiones. Se deben implantar las guías clínicas como indicador de progreso asistencial. Se manifestó el miedo a la división del hospital en múltiples institutos, lo que constituiría un riesgo para el buen funcionamiento del mismo.

Retos y desafíos. Se ha considerado al instituto como una descentralización virtual que ha generado demasiadas y, a veces, falsas expectativas. Una definición clara de competencias tanto del clínico como del gestor para evitar resistencias o grupos de presión redundaría en un buen funcionamiento del proyecto de innovación. No tiene por qué existir una discordancia en la asignación de recursos y su priorización. Se estableció la necesidad de poner empeño en disminuir la variabilidad en la práctica clínica con la instauración de las vías clínicas para los procesos asistenciales más frecuentes. Debe primar la búsqueda de la eficiencia, maximizando los recursos existentes.

En la tabla 5 se sintetizan los principales hallazgos encontrados en los tres *focus groups*.

Finalmente, nos encontramos con que los gerentes de los hospitales con institutos son más proactivos a crear más institutos siempre que siga creciendo la masa crítica que haga de palanca de cambio. En los clínicos no se aprecian diferencias reseñables en los aspectos tratados en los grupos de discusión de los integrantes de los grupos de estudio frente al grupo control. Los clínicos lo perciben como una apuesta por la modernización del hospital y como una oferta inapreciable que los decisores sanitarios debieran saber apreciar en términos de apoyo institucional. Los clínicos que han participado en la investigación pueden ser etiquetados como plenamente innovadores y son conscientes del coste de oportunidad de no aprovechar esta nueva situación.

Discusión

Estamos ante una investigación cualitativa cuyos métodos se utilizan profusamente desde hace tiempo en las ciencias sociales^{4,5}. Cada vez más se están empleando en la investigación de servicios de salud por lo mucho que pueden ofrecer. Su etiqueta de no científico se debe a que su base de información es cualitativa; sin embargo, ésta es muy apropiada y útil para responder preguntas de gran complejidad a las que se enfrenta el sector sanitario. Aunque se trabaje con palabras en vez de números, esto no implica que no se puedan medir ciertos aspectos o explicar fenómenos de diversa índole en un contexto real (método naturalista) y no artificial como el de las investigaciones experimentales. La investigación cualitativa permite utilizar más de un método, como es el caso que nos ocupa. Últimamente se ha empleado para evaluar las reformas organizativas y los cambios en la provisión de servicios sanitarios desde el punto de vista de pacientes, médicos y gestores^{6,7}. Un último argumento que afianza la elección de la metodología propuesta es que estamos ante innovaciones complejas, con múltiples componentes y que afectan a más de un nivel de interven-

Tabla 5. Diferencias de criterios de los grupos de discusión estudio y grupo de discusión control

	Grupos de discusión estudio	Grupo de discusión control
Logros	Aumento de la participación de los médicos Comunicación fluida entre gerencia y dirección de institutos Enfermería como centro impulsor de cambios Inicio de gestión por objetivos Implantación de guías en determinados procesos Unidades funcionales de diagnóstico: más eficiencia Coordinación efectiva de la atención especializada y atención primaria Aumento de producción Aumento de la calidad asistencial	La experiencia clínica es necesaria para la gestión Comparación de resultados entre hospitales con distintas formas de gestión Asumir riesgos provoca inestabilidad
Desaciertos	El INSALUD no establece directrices de actuación y no permite el fallo El instituto constituye una isla en todo el del hospital No existe transferencia real de riesgos ni rendición de cuentas No se gestionan presupuestos propios Falta de participación de los usuarios El director de instituto es más un líder que un gestor	Sin convencer a los implicados no se pueden instaurar cambios Déficit de comunicación entre el gestor y el clínico Implicación total sin valorar el apoyo de instancias administrativas superiores
Lecciones aprendidas	Dar importancia al diseño estratégico en la fase inicial Hay que gestionar las expectativas, pero también las frustraciones	Importancia para los clínicos de participar en la gestión Recuperar a los jefes clínicos que sean recuperables
Puntos críticos	El director de instituto debe ser reconocido y, no cuestionado, pero se legitima por él mismo cada día Unir cultura clínica y empresarial Necesidad de tiempo, recursos y apoyo sostenido de altas instancias Dificultad de algunos clínicos para negociar con el líder clínico y no con el gestor	Dotar de agilidad a la toma de decisiones clínicas Se debe innovar la relación gestor-clínico Cambios profundos en la carrera profesional, por méritos y no por antigüedad Falta de transferencia de riesgo y la escasa descentralización administrativa
Amenazas	Se han asumido muchos retos con muchos riesgos de fracaso Gran dependencia a los líderes Indefinición del sistema de financiación Indefinición de roles, funciones y tareas del gerente y director del instituto Resistencia al cambio y celopatía de los sectores no implicados en el cambio	
Retos y desafíos	Cerrar la fase conceptual de lo que es el instituto y definir su funcionamiento Encontrar un sitio en el marco de fundación pública sanitaria u otra modalidad de gestión Agilizar la gestión de personal	Instituto = descentralización virtual Definir el papel del gestor y del clínico, evitar los atrincheramientos En la asignación de recursos y su priorización puede haber puntos de encuentro Disminuir la variabilidad de la práctica clínica. Hace falta liderazgo clínico Implantación de vías clínicas Búsqueda de la eficiencia y potenciación de los recursos existentes

ción de la gestión sanitaria, donde la evaluación es difícil por los problemas de identificación, documentación y reproducción de las experiencias desarrolladas. La evidencia cualitativa pasa a ser clave en el proceso de evaluación a expensas de futuros intentos de abordaje cuantitativo.

En términos económicos, la experiencia de los institutos o de las agrupaciones de servicios por áreas funcionales se encuadra dentro de la teoría económica contractual, la llamada nueva economía institucional. La herramienta organizativa es, por tanto, el contrato de gestión que, manteniendo la propiedad de los activos en sus titulares, compromete a las partes (financiador/comprador y prestador) a la clarificación de objeti-

vos dentro de la organización mediante la asunción de compromisos en forma de obtención de unos resultados a cambio de una compensación. Para ser efectivo dicho contrato debe introducir un cierto nivel de riesgo en los directivos y la imposibilidad de renegociación y, sin duda, está permitiendo contar con una mayor información sobre las actividades realizadas y los costes incurridos, junto a una mayor responsabilización con los resultados⁸.

Los límites del gerencialismo son, entre otros, la falta de entorno contractual creíble, el aprendizaje por ensayo-error en los «inventos experimentales», la dificultad de desagregar el hospital en unidades manejables y la dificultad de la medida de la actuación (léase rendimiento

y producto)⁹. En el marco administrativista, la función gerencial está orientada al cumplimiento de los presupuestos con las constricciones originadas por la rigidez de las partidas y los mecanismos de intervención. Existen paradojas, ya que en la práctica la obtención de mayores ingresos proviene de la capacidad de presión o influencia sobre los financiadores, en lugar de la demostración de una mayor eficiencia o una mejor relación calidad/precio de los servicios prestados.

El debate actual se centra en la evidencia de que los médicos son los determinantes principales del gasto, por lo que se hace imprescindible implicarlos en la gestión de los recursos. No se ha realizado, en líneas generales, el cambio requerido hacia la corresponsabilización entre gerentes y clínicos. Recientemente se observa cierto interés de algunos clínicos en su integración en unidades operativas aplicadas a la modificación de los procesos asistenciales para lograr una mayor efectividad asistencial.

En los hospitales también se han formulado contratos por objetivos premiados con el reparto de la productividad variable que, si bien no tienen una amplitud suficiente, sí han creado una cierta cultura de negociación y de compromiso por parte de los médicos.

Hay un razonable consenso entre los participantes de que la descentralización de la gestión (institutos) desde un enfoque de gestión clínica lleva implícita la necesidad de formas de trabajo cooperativo, sistemas de autoevaluación y autocontrol, de incentivos proeficiencia y de mejora de las capacidades de aprendizaje individual y organizativo, con la finalidad de que la innovación y la creatividad profesional puedan ser expresadas en términos de valor añadido de servicio al usuario.

El problema de los niveles de intervención es clave. Faltan límites nítidos entre lo macro/meso/micro, y este tipo de intervenciones organizativas (institutos) se dan en el nivel de mesogestión. ¿Es éste el nivel apropiado? ¿Hasta dónde se puede aislar a este nivel de las rigideces de los otros: micro (autonomía profesional) y macro (voluntad política de reforma en profundidad incluyendo el marco jurídico)? El proceso de implementación de los cambios ha de ser en cascada, gradual y con vocación de que no queden muertos en el camino¹⁰.

Es imprescindible un posicionamiento estratégico en la puesta en marcha de las innovaciones organizativas en curso: acordar estándares de actuación, dotar de velocidad, flexibilidad y agilidad, y reservar el derecho de todos a jugar (eliminar lo residual). El portafolio de actuaciones sería: grandes inversiones y/o inversiones modestas y/o incrementalismo, dependiendo del posicionamiento. En este sentido, cabría definir a los planes estratégicos actuales de los hospitales dentro de la visión racionalista: definición de misión, utilidad, objeti-

vos estratégicos, análisis DAFO, selección de opción de máxima utilidad, implementación y control.

¿Hasta qué punto se han ignorado lecciones relevantes foráneas y qué se está perdiendo con ello? Estas «ignorancias» son indicativas de que posiblemente no se tiene ni el tiempo ni el sosiego precisos para analizar pros y contras de otras experiencias y procurar aprender de ellas. En el Reino Unido se han producido fusiones de áreas clínicas entre hospitales como consecuencia de procesos de racionalización de especialidades de servicios médicos y quirúrgicos. La pasada década fue la de la competencia vía mercados internos entre trusts y, actualmente, se está en una fase intermedia entre la gestión meramente administrativa y la empresarial, que se ha venido en llamar de cooperación. Existe documentación de interés apoyada por prestigiosas entidades como la BMA y la King's Fund^{11,12}.

La implantación del cambio organizativo exitoso descansa en dos grandes premisas: actuar y otorgar poder. Donde la dirección no se mueve, la base permanece estática. Y para que el cambio prospere es esencial mantener un elevado ritmo de trabajo a todos los niveles. Estas premisas generales tienen múltiples restricciones en las organizaciones sanitarias. Una de ellas es la racionalidad técnica en situaciones complejas, por la que se evita el riesgo en situaciones de incertidumbre. En los participantes de los dos grupos estudio con institutos se aprecia consenso sobre los rasgos fundamentales de los procesos de cambio: necesidad de cambio (el modelo actual está agotado), visión estratégica y cultura de la organización receptiva al cambio. Planearon sobre los diálogos diversos interrogantes como son la capacidad jurídica de poder llevar a cabo los proyectos y la indefinición del futuro, que sin duda pueden minar la confianza necesaria para el éxito de estos proyectos.

El modelo de gestión corporativa deberá tender hacia la cooperación o *partnership* entre gerentes y clínicos, a través del uso de un lenguaje común, el empleo de métodos dirigidos a buscar soluciones más que a resolver problemas, visión de los usuarios de los servicios como colaboradores necesarios, respeto de cada uno como experto en su parcela, trabajar abiertamente con la incertidumbre, anticiparse al futuro, dar tiempo a que las relaciones maduren, contar con la diversidad como un activo, rechazar soluciones que desplazan los problemas y culpas y, finalmente, luchar por que las redes y relaciones construidas (modificación del *status quo*) retroalimenten los cambios.

El liderazgo es imprescindible para que los procesos de cambio lleguen a buen puerto. La selección de directivos de hospitales públicos en España es nominal, y a veces, lamentablemente, mérito y capacitación no suelen ser tenidos en cuenta. La profesionalización y el apoyo decidido a la formación en gestión dirigida

a jefes clínicos es condición *sine qua non* para que el liderazgo florezca. Esto requiere del diseño inteligente de carreras profesionales donde no sólo prevalezca la antigüedad. La figura, en palabras de alguno de los clínicos estudiados, sería la del *medical manager* que sepa construir equipos, manejar conflictos, negociar contratos, aplicar sistemas de incentivos y castigos, motivar y alcanzar objetivos operativos.

El hecho de que el profesional médico en su papel de agencia actúe con un alto grado de discrecionalidad clínica, siendo además quien posee y custodia la materia prima esencial de la organización sanitaria, es decir, el conocimiento, plantea a la autoridad sanitaria y a los gestores la necesidad de orientar sus estrategias de mejora bajo el principio de la cohesión, del compromiso con el cambio, la cooperación y el diálogo en los aspectos estratégicos de su actuación profesional para disminuir la derivación de responsabilidad.

La relación entre innovación tecnológica (diagnóstica y terapéutica) con la innovación organizativa es clave. La primera va más rápido y es la que mueve al clínico interesado en estar al día. Además, empuja al cambio en la estructura organizativa, y un ejemplo claro son las inversiones en alta tecnología o el papel de las tecnologías de la información y las telecomunicaciones en el desarrollo de la innovación organizativa objeto de nuestro estudio.

Conclusiones

Las innovaciones estudiadas surgen como consecuencia de una crisis o un conflicto y/o por las consecuencias deletéreas de las dispersiones de servicios afines y/o por la existencia de líderes clínicos que las impulsan.

1. Recientemente el INSALUD ha acreditado nuevos proyectos de gestión clínica que han cumplido los requerimientos de autorización administrativa, por lo que estimamos que los procesos de innovación organizativa emprendidos (institutos), entendidos como descentralización de la gestión administrativa y clínica, son, posiblemente, imparables. Avanzar en la gestión clínica a través de la gestión del conocimiento en situaciones de alta incertidumbre es una condición previa para la mejora de la eficiencia y la calidad de los servicios sanitarios. Para establecer un patrón dinámico, inexcusable en la gestión del conocimiento médico, se requiere de la identificación de nuevas necesidades educativas, de la orientación del capital humano hacia la excelencia y de un gobierno clínico corresponsable con los resultados económicos y sociales que pasa por el riesgo en la competencia gestora y por la garantía de la calidad asistencial. Se ha de ser consciente de que el

nivel de costes de la prestación de servicios depende tanto de los costes de producción (perspectiva tecnológica) como de los costes de transacción (perspectiva organizativa).

2. No parece que la formulación jurídica tenga un impacto reseñable en la implantación de las innovaciones organizativas en curso. Son, esencialmente, procesos de descentralización administrativa y no precisan, por tanto, necesariamente de la dotación de personalidad jurídica.

3. Los clínicos, tanto de los grupos estudio como del control, han encontrado en la gestión clínica un amortiguador a la rutina y desazón de su desempeño profesional habitual. Los gestores entrevistados y los que participaron en los grupos de discusión tienen una sensación ambivalente, que va desde el entusiasmo y apoyo firme hasta la distancia y el temor a la pérdida de parcelas de poder, pasando por contemporizar los tiempos políticos y legales. Algunos muestran distancia, ironía y cierto cinismo e incredulidad hacia los procesos en marcha.

4. El conjunto de innovaciones organizativas estudiadas ha movilizadas voluntades, aunado esfuerzos, generado expectativas y, en ocasiones, abandonado intereses personales de los implicados en aras del interés general. Autoridades sanitarias, gestores y clínicos se han esforzado en adaptar las organizaciones a las necesidades y demandas de los ciudadanos que cada vez son más activos y piden una atención de calidad a un coste razonable.

Para hacer posible que los procesos asistenciales puedan ser abordados de forma integral, los servicios estudiados han renunciado a su individualidad y jerarquía, a su personalidad, para diluirse en una organización más amplia como son los institutos, subordinando la organización a las necesidades del paciente, eje de la nueva atención sanitaria. El peligro está en que falle el apoyo político a los proyectos emprendidos con lo que el esfuerzo será inútil. Si por el contrario prevalece la participación activa en un proyecto común, la organización y el trabajo en grupo adquieren sentido, estimulando a los integrantes del proyecto a llegar a buen puerto.

5. Desafortunadamente, en el enfoque contractual existente, el financiador y el provisor del servicio actúan en mercados escasamente competitivos donde se dan unas relaciones contractuales bilaterales en las que la dependencia mutua es el rasgo dominante. El tema más relevante es la especificidad de activos (hospitales e institutos). Ésta viene definida por: estar ubicados en un área geográfica determinada, con unas tecnologías instaladas que sólo sirven para determinados grupos de clientes, con unos recursos humanos con un conocimiento muy especializado e idiosincrático para dicho servicio y con una dedicación directamente relacionada con los grupos de pacientes a atender. Es

la inexistencia de alternativas, por alguna de las razones antes mencionadas, lo que explica que los mercados no existan o sean muy estrechos, cuestión ésta muy frecuente en el sector sanitario. En este enfoque son particularmente relevantes los costes de transacción, tanto por el elevado coste de medir la calidad como la necesidad de conseguir una coordinación muy extensiva de actividades.

6. Estas innovaciones que están actuando como motores del cambio de la organización hospitalaria en su conjunto propiciarán la lucha por el presupuesto o cambiarán la cultura existente y nos acercarán a la cooperación, según cómo se gobiernen. Faltan, en general, sistemas de registro que nos permitan monitorizar los progresos. El gran reto es afrontar qué se hará con lo residual, es decir, los servicios que no entren en este juego. Los costes encubiertos a veces son de más difícil gestión que los que afloran, y un buen ejemplo sería la falta de carrera profesional que está disminuyendo la productividad y falseando las jerarquías.

7. Es difícil implantar un sistema de incentivos que permita a la vez alcanzar el objetivo de contención de costes y de mantenimiento de ciertos estándares de calidad, ya que los mecanismos que parecen adecuados para contener los costes no son los que llevan al agente a preocuparse al mismo tiempo por la calidad (y viceversa). El sistema ha de propiciar que incentivos y comportamientos de pacientes, médicos, hospitales y financiadores sean contemplados simultáneamente

para evitar influencias negativas de unos sobre otros y presiones en direcciones diferentes.

8. El funcionamiento de los institutos está sustentado en la ilusión y el entusiasmo de las personas que los lideran. Desde un punto de vista académico se podría aplicar la teoría de la contingencia sobre las fuerzas que impelen a los individuos de una organización a hacer cosas (las personas se sienten motivadas por las influencias que las rodean y no responden únicamente a sus necesidades básicas). Con el presente estudio no se puede dibujar un modelo único e ideal del diseño de un instituto, al depender su estructura tanto de factores internos (motivación, liderazgo, cohesión profesional, interdisciplinariedad, etc.) y externos (tecnología, entorno, estrategia, tamaño y marca de la organización, entre otros).

9. Las experiencias de cambio introducidas ponen de relieve que otros factores han de ajustarse a la nueva situación: circuitos, logística, política de recursos humanos, etc. Lo más relevante será el cambio del estilo directivo y la naturaleza misma de la estructura directiva (composición, funciones y responsabilidades).

Agradecimientos

A los evaluadores anónimos que nos han ayudado a mejorar el manuscrito.

Bibliografía

1. Suñol R, Carbonell JM, Nualart L, Colomé L, Guix J, Bañeres J, et al. Hacia la integración asistencial: propuesta de modelo basado en la evidencia y sistema de gestión. *Med Clin (Barc)* 1999; 112(Suppl 1):106-10.
2. Gol J, Del Llano J. El fenómeno de la medicina basada en la evidencia. *Med Clin (Barc)* 1999;112(Suppl 1):3-8.
3. Del Llano J. «Evidencias» y «governabilidad clínica». *Gest Clin San* 2000;2:5.
4. León OG, Montero I. *Diseño de investigaciones*. 2.ª ed. Madrid: McGraw Hill, 1997.
5. Stufflebeam DL, Shinkfield AJ. *Evaluación sistemática: guía teórica y práctica*. Madrid: Paidós/MEC, 1985.
6. Weiss NS. *Clinical epidemiology: the study of the outcomes of illness*. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 1996.
7. Crabtree BF, Miller WL, editors. *Doing qualitative research*. New York: SAGE, 1992.
8. Del Llano J. *Gestión clínica y calidad asistencial*. En: Ruiz-Ferran J, editor. *¿Hacia dónde se dirige la medicina privada?* Madrid: Fundación Sanitas-Clínica Ruber, 2000.
9. Del Llano J, Ortún V, Martín JM, Gené J, Millán J, directores. *Gestión sanitaria: innovaciones y desafíos*. Barcelona: Masson, 1998.
10. Ortún V. *¿Conocimiento para gestionar?* *Gest Clin San* 1999;1:5-6.
11. Young Anthony. *The medical manager*. London: BMJ Books, 1999.
12. Riley Judith. *Helping Doctors who manage*. London: King's Fund, 1998.