

MÉTODO DEL CASO

Repercusión de los cambios en la organización del hospital sobre el funcionamiento de un servicio de reumatología

Autor: Joan M. Nolla.

Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de Bellvitge

Departamento de Ciencias Clínicas. Facultad de Medicina. UB.

1. OBJETIVOS

- Aumentar la capacitación en análisis estratégico y en toma de decisiones.
- Realizar una aproximación a las diferencias existentes entre una organización hospitalaria tradicional (centrada en el servicio) y una organización basada en institutos (centrada en el proceso).
- Identificar las amenazas y las oportunidades que comporta para un servicio la implementación de una estructura organizativa basada en institutos.

2. TIPO DE CASO

- Caso-problema (caso de decisión) en base a situación figurada (no real).

3. PERSPECTIVA

- La perspectiva del análisis es la del Servicio de Reumatología.

4. COMPONENTE NARRATIVO

“El gerente tiene un plan”

En el Hospital Universitario de Bellavista (HUB), soplan vientos de cambio. El anterior gerente, un economista tecnócrata de largo recorrido en la administración, tras cinco años de permanencia en el cargo, ha sido ascendido lateralmente y ha pasado a dirigir la Gerencia Metropolitana Norte, una habitual antesala de la jubilación.

El nuevo gerente es un joven profesional de la gestión clínica, doctor en medicina, especialista en medicina preventiva y salud pública y MBA por una prestigiosa escuela de negocios. Llega avalado por una meteórica y exitosa trayectoria que le ha llevado, en sólo 7 años, de ocupar el cargo de jefe de admisión en un hospital de ámbito comarcal, situado en los confines de la comunidad, a ser el máximo dirigente del Bellavista, uno de los mayores centros hospitalarios de la capital. Es sin duda uno de los puntales de la sanidad pública autonómica y un claro candidato a ocupar en un futuro no muy lejano la consejería de salud. A lo largo de los 30 días que lleva en el hospital, el nuevo gerente ha aprovechado todas las oportunidades que se le han presentado, para exponer su estrategia directiva. Tiene una “marcada

orientación al paciente y al proceso” y va a “fomentar la participación del personal médico y de enfermería en la gestión”.

En su opinión, en el HUB no se cumplen adecuadamente estas dos premisas. De hecho, considera que:

- Existe una excesiva separación entre el área asistencial y la administrativa.*
- En el área asistencial, el área médica y el área de enfermería actúan en paralelo.*
- Dentro del área médica existe descoordinación entre los servicios*
- El personal médico y de enfermería no están suficientemente implicados en la gestión del hospital.*

Con el objetivo de corregir lo que para él son disfuncionalidades, ha diseñado un plan. En él se explica, de forma muy académica, cuáles son los pasos a seguir para cambiar el sistema organizativo e implantar un nuevo modelo de gestión clínica. Quiere, en esencia, instaurar una estructura basada en “institutos”, agrupando servicios médicos y quirúrgicos centrados en un mismo órgano o sistema. En el plan se indica que a cargo de cada instituto existiría un director. Su perfil sería el de un facultativo con liderazgo clínico entre los profesionales y con experiencia en alguna de las especialidades que conforman el instituto. De este director dependerían, un responsable (director) de enfermería y un responsable (director) económico-administrativo. Se mantendrían los servicios y se crearían las figuras de coordinador de docencia y de investigación. El director del instituto presidiría la comisión de dirección del mismo, compuesta por el trío directivo, por los jefes de servicio de cada una de las especialidades y por un miembro electo del cuerpo facultativo y uno del de enfermería. Cada instituto dispondría de un comité de seguimiento, que regularía las acciones de enlace con el hospital. Estaría constituido por el gerente del hospital, el director médico, el director de enfermería, el director económico-administrativo, el director de recursos humanos y por el director de servicios generales así como por el trío directivo del instituto.

En la opinión del nuevo gerente, de la creación de los institutos se derivarían grandes ventajas, ya que:

- Se crearían equipos multidisciplinares con orientación al paciente coordinados por líderes clínicos.*
- Se integraría la organización médica y de enfermería, unificando la línea de mando.*
- Se ubicaría a los líderes clínicos en los órganos de gobierno de la institución y se les dotaría de estructuras y herramientas de gestión*

Convencido del valor de su plan, propone su ejecución al Director General de Atención Hospitalaria de la comunidad. Éste, tras consultarlo con el Consejero de Salud, le contesta: “De acuerdo, tu plan nos parece una buena idea, pero de entrada pon en marcha una experiencia piloto que permita explorar su viabilidad y efectividad”.

El gerente, ilusionado con la posibilidad de ejecutar su plan, reflexiona acerca de cuál debería ser el primer instituto a implantar en el HUB. Piensa en diversas opciones, enfermedades del corazón, enfermedades digestivas, enfermedades del pulmón, y finalmente decide... "creo que lo mejor es empezar por el aparato locomotor". Dicho y hecho. Esa misma mañana, llama a su despacho a los jefes de servicio de cirugía ortopédica y traumatología y de reumatología, y en presencia del director médico y de la directora de enfermería, les expone su plan. Al finalizar, y ante la atónita mirada de los dos jefes de servicio, les comenta que no es preciso que le contesten de inmediato, que se tomen su tiempo. Al llegar a sus respectivos servicios, las secretarías les indican que han llamado de Gerencia citándolos de nuevo para dentro de tres días. Esta vez, el gerente ha citado por separado a los jefes. El de reumatología tiene cita a las once y el de cirugía ortopédica y traumatología a las doce.

El jefe de reumatología, pensativo y con un vaso de café, descafeinado, en su mano, se encamina hacia al aula de sesiones del servicio, donde está a punto de empezar la bibliográfica de los lunes. Con un aire de preocupación en la mirada se dirige a sus compañeros del staff y les dice: "tenemos que hablar".

5. INFORME DE SITUACIÓN

5.1. Ámbito

El Hospital Universitario Bellavista (HUB), es un centro de tercer nivel, que ejerce funciones de hospital comunitario para 400.000 habitantes de su área de influencia inmediata y de hospital de referencia en los procesos que requieren de alta tecnología (actividad terciaria) para más de 2 millones de habitantes de su comunidad. Dispone de todas las especialidades médicoquirúrgicas, excepto pediatría y obstetricia. Sus objetivos estratégicos son: a) promover la innovación y la alta tecnología, y b) fomentar la práctica médica y quirúrgica de mayor complejidad (actividad terciaria). Hace más de 30 años que ejerce como centro docente vinculado a la Universidad. A su alrededor pivota el mayor Campus de Salud de su comunidad, donde se imparten los estudios de medicina, enfermería, odontología y podología. Además, tiene un amplio programa docente de postgrado, con acreditación para formar especialistas MIR en 40 especialidades. En el ámbito de la investigación, es un centro puntero y forma parte del Instituto de Investigación Biomédica Bellavista, que está acreditado con el máximo nivel de investigación por el Instituto Nacional de Salud.

5.2. Estructura organizativa

El HUB se estructura en servicios que dependen de la dirección médica, la cual, a su vez, es responsable ante la gerencia. En función de la dimensión y la complejidad de los servicios, éstos se dividen en secciones. La dirección médica asume competencias en asistencia, docencia e investigación. La responsabilidad de la organización de enfermería recae en la dirección de enfermería, que igualmente depende de la gerencia. La enfermería se organiza a través de supervisoras de unidades de hospitalización, de bloque quirúrgico,

de urgencias, del área de críticos, de diagnóstico por la imagen y de consultas externas.

En el ámbito no asistencial (administrativo), existe una dirección económico-financiera, una dirección de servicios generales y una dirección de recursos humanos. Estas tres direcciones no asistenciales también dependen de la gerencia

5.3 Posicionamiento y alineamiento estratégico de los servicios de cirugía ortopédica y traumatología y de reumatología

Ambos servicios gozan de un sólido prestigio y presentan un buen posicionamiento interno (entorno HUB) y externo (comunidad y país). El alineamiento del servicio de cirugía ortopédica y traumatología con los objetivos estratégicos del HUB es superior al del servicio de reumatología, dado que tiene programas de alta complejidad, claramente terciarios, en cirugía de columna, cirugía tumoral e infección protésica. No obstante, el servicio de reumatología tiene una decidida tendencia a la innovación, especialmente en aspectos docentes y de gestión clínica, actitud que tradicionalmente se ha reconocido y aplaudido desde la Gerencia del centro.

5.4 Recursos humanos de los servicios de cirugía ortopédica y traumatología y de reumatología.

- Facultativos de *staff*-COT: 22 (1 jefe de servicio, 3 jefes de sección, 18 adjuntos)
- Facultativos de *staff*-REU: 7 (1 jefe de servicio, 1 jefe de sección, 5 adjuntos)

5.5 Actividad asistencial de los servicios de cirugía ortopédica y traumatología y de reumatología en el último año

5.5.1. Área de hospitalización

- Ingresos COT: a) urgentes: 604; b) programados: 1019; Total: 1623 (6,1% del HUB)
- Ingresos REU: a) urgentes: 76; b) programados: 41; Total: 107 (0,4% del HUB)

5.5.2. Área ambulatoria

- Consultas externas HUB-COT: 18.414 (3.758 1ras/ 14.656 sucesivas).
Índice sucesivas/1ras: 3,89
- Consultas externas HUB-REU: 10.920 (1.880 1ras/ 9.040 sucesivas)
Índice sucesivas/1ras: 4,81

- Consulta enfermería HUB-COT: 2.020.
- Consulta enfermería HUB-REU: 1.946.

- Consultas extrahospitalarias-COT: 17.743 (10.741 1ras/7.002 sucesivas)
Índice sucesivas/1ras: 0,65

- Consultas extrahospitalarias-REU: 8.106 (4.416 1ras/3.690 sucesivas). Índice sucesivas/1ras: 0,83

- Cirugía Mayor Ambulatoria-COT: 489 (9,7% del HUB)
- Infusiones en Hospital de Día-REU: 825
- Infiltraciones/artrocentesis-REU: 2.057

- Gabinetes-REU (densitometría/ecografía/capilaroscopia): 7.936

5.6. Capítulo de gastos de los servicios de cirugía ortopédica y traumatología y de reumatología en el último año.

5.6.1. Gasto farmacéutico

- Servicio de COT (MHDA* + MH**): 425.543 €
- Servicio de REU (MHDA* + MH**): 3.654.876 €

*MHDA: Medicación hospitalaria de dispensación ambulatoria

**MH: Medicación hospitalaria

5.6.2. Gasto en suministros (prótesis, implantes y otro material sanitario)

- Servicio de COT: 2.435.656 €

5.6.3. Gasto en personal

- Información no disponible.

5.7. Actividad docente de los servicios de cirugía ortopédica y traumatología y de reumatología

Ambos servicios tienen una actividad docente de pregrado muy consolidada. Participan en el programa MIR desde sus inicios, y especialistas formados en ambos servicios ocupan cargos relevantes en hospitales de la comunidad e incluso de fuera de ella.

El servicio de COT tiene acreditadas 3 plazas /año (total: 15 residentes) y el servicio de REU, 2 plazas/año (total: 8 residentes). Las plazas se cubren año tras año, y habitualmente cuando se ocupa la última de las plazas de cada servicio, quedan aún por cubrir más del 50% del total de las plazas ofertadas por la Comisión Nacional de la Especialidad.

Ambos servicios participan activamente en la docencia de pregrado. El servicio de COT tiene 8 profesores (5 en medicina, 2 en podología, 1 en enfermería y 1 en odontología). El servicio de REU tiene 5 profesores (4 en medicina y 1 en podología). Ambos servicios comparten en la Facultad de Medicina la misma asignatura: "Aparato Locomotor" (9 créditos ECTS; 4,5 con contenidos de COT y 4,5 con contenidos de REU) que es coordinada por un miembro del servicio de REU.

5.8. Actividad investigadora de los servicios de cirugía ortopédica y traumatología y de reumatología.

La actividad investigadora del servicio de REU es superior a la del servicio de COT. El Factor de Impacto de REU en el último año es de 78,24 y el de COT de 14,26. El servicio de REU tiene grupo propio en el Instituto de Investigación Bellavista, no así el de COT.

5.9. Relación entre el servicio de cirugía ortopédica y traumatología y el servicio de reumatología.

Tradicionalmente la relación entre los miembros del servicio de COT y de REU ha sido muy buena. Sin duda, el flujo de interconsultas entre ambos servicios y la relación de vecindad en la planta de hospitalización y en consultas externas, ha contribuido a ello. A lo largo de los últimos cinco años, han compartido dos experiencias de gestión clínica: el ordenamiento de la cartera de servicios en las consultas extrahospitalarias y el protocolo de atención-hospitalización del paciente con fractura vertebral no traumática que consulta en Urgencias. En la actualidad están sentando las bases de lo que será una futura unidad multidisciplinaria (COT, REU, Medicina Interna/Geriatría) de prevención secundaria de fractura osteoporótica (“Fracture Liaison Service”).

6. LINEAS DE DECISIÓN.

Se definen tres líneas de decisión diferentes. Las líneas sintetizan, en tres versiones distintas, el espíritu de la reunión que el jefe de servicio de reumatología llevó a cabo con el resto de los miembros del *staff*. Estas líneas son las que debe argumentar el jefe de servicio ante el gerente en la reunión que tiene programada.

Línea A. *El cambio que propone el gerente no supone ningún beneficio para el servicio de reumatología. Hemos de conseguir que el plan no vaya adelante.*

Línea B. *En realidad el gerente ya ha tomado la decisión, y además, podemos dar por hecho que el director del instituto será alguien de “trauma”. Deberíamos sacar el mayor partido posible de la situación.*

Línea C. *El plan del gerente supone una oportunidad única para el servicio de reumatología, especialmente si el director del instituto es uno de los nuestros.*

7. DINÁMICA DE REALIZACIÓN

Se formarán 3 grupos. Se realizará una distribución de los participantes lo más homogénea posible. La asignación de cada grupo a una línea de decisión se establecerá de forma aleatoria.

Cada uno de los grupos ocupará un aula diferente y se les proporcionará material de ofimática.

Antes de empezar a debatir, cada grupo elegirá a su portavoz. El debate en el seno del grupo durará 50'. A continuación, todos los grupos se reunirán en una misma aula y cada portavoz defenderá la línea de decisión asignada. La

presentación de cada grupo durará 15' (10' para la exposición del portavoz + 5' para preguntas). El orden de los grupos en la presentación se establecerá de forma aleatoria.

Duración total del seminario: 120'

Distribución:

- Presentación del seminario (objetivos) + lectura del componente narrativo + adscripción de los grupos a una línea de decisión: 15'
- Debate en el seno de los grupos: 45'
- Presentación de las propuestas de los grupos (defensa de la línea de decisión asignada): 45'
- Cierre del seminario (conclusiones): 15'

BIBLIOGRAFIA GENERAL

- Font D. Organización general del hospital moderno. En: Asenjo Sebastián MA. Gestión diaria del hospital. Elsevier Masson, Barcelona, 2006.