

Gestión por líneas de servicio en el Centro Médico ABC

Alejandro Alfonso Díaz*

RESUMEN

El presente artículo tiene como objetivo analizar la manera en que la implementación de una estructura organizacional bajo el formato de líneas de servicio en un centro médico de tercer nivel enfoca el trabajo de todos, médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud, en las necesidades específicas del paciente para obtener mejores resultados en su atención, y demostrar que un hospital con una estructura de líneas de servicio y médicos organizados en sociedades tipo «práctica médica grupal», registra un mejor desempeño operativo y clínico que aquellos hospitales estructurados por departamentos y práctica médica individual –como lo están la mayoría de los hospitales generales en la actualidad en México–, por la facilidad en la generación, manejo y seguimiento de la información necesaria para ello. Se presenta el trabajo para implementar la Línea de Servicio de Neurología y el impacto en indicadores de gestión de la misma.

Palabras clave: Líneas de servicio, estructura departamental, prácticas médicas grupales, indicadores de gestión.

Service-line management at the ABC Hospital

ABSTRACT

This paper aims to analyze how the implementation of an organizational structure under the format of service lines in a tertiary medical center focuses everybody's –doctors', nurses' and other health professionals'– work in the specific needs of the patient in order to achieve better results in his/her care, and to demonstrate that a hospital with a structure of service lines and physicians organized in societies, such as «group medical practice», results in a better operational and clinical performance than that of those hospitals structured by departments and individual medical practice –as most of the hospitals in Mexico are today–, due to the easiness in the generation, management and monitoring of the information needed. This paper presents the implementation work of the Neurology Service Line and the impact in its management indicators.

Key words: Service-line, departmental structure, medical practices groups, management indicators.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia moderna hospitalaria en México, las instituciones del país se han estructurado por departamentos, hecho hasta cierto punto natural, ya que la organización departamental es la forma en la que los administradores entienden y registran las operaciones financieras; sin embargo, este tipo de organización deja de lado dos factores importantes: 1) los

médicos están organizados por especialidades y 2) los pacientes que son referidos por estos médicos buscan recibir atención dentro de los hospitales de acuerdo con su padecimiento. Bajo la estructura departamental, los pacientes son recibidos y atendidos de acuerdo con las necesidades del departamento y no conforme a sus necesidades. Es fácil encontrar pacientes con enfermedades muy distintas (oncológicas, ginecológicas o de medicina interna) conviviendo en los mismos es-

www.medigraphic.org.mx

* Director General, Centro Médico ABC, IAP.

Recibido para publicación: 25/06/2014. Aceptado: 01/08/2014.

Correspondencia: Lic. Alejandro Alfonso Díaz
Sur 136 Núm. 116, Col. Las Américas, 01120, México, D.F.
Teléfono: 5230-8303
E-mail: aalfonso@abchospital.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en:
<http://www.medigraphic.com/analesmedicos>

Abreviaturas:

- CMABC = Centro Médico ABC.
- LS = Línea de servicio.
- LP = Líneas de producto.
- GLS = Gerente de línea de servicio.
- LSN = Línea de servicio de neurociencias.
- CAE = Centros de alta especialidad.
- PMG = Práctica médica grupal.
- GRD = Grupos relacionados por el diagnóstico.
- CNABC = Centro Neurológico ABC.

pacios físicos, siendo atendidos y recibidos de la misma forma por los departamentos clínicos y administrativos, sin distinción del padecimiento.

Paralelamente, los médicos están acostumbrados a trabajar individualmente y con la impresión de que formar parte de una estructura limita su libertad profesional. Esto trae consecuencias a dos niveles: 1) los hospitales funcionan de manera fraccionada (cada departamento constituye un silo autónomo que opera de manera desintegrada, con seguimiento exhaustivo de indicadores financieros, operativos o clínicos) y 2) los médicos desaprovechan tanto el poder de negociación que resultaría de operar, como unidades de negocio en grupo como los ahorros en gastos administrativos.

Lo anterior –de cara al compromiso ético de los centros médicos de ofrecer mejores opciones de salud a los pacientes y a la necesidad de cuidar la salud de la población en un país que crece y se desarrolla económicamente– obliga a aquéllos profesionalmente volcados a administrar servicios de salud a buscar formas de neutralizar estas dos características que generan externalidades negativas.

El CMABC se constituye con raíces americanas (Hospital Americano, 1886) y británicas (Sanatorio Cowdray, 1923). Ambas instituciones se crean como instituciones sin fines de lucro con la finalidad de ayudar a personas que no recibían servicios de salud por ser extranjeros o por no tener recursos económicos, y de que estos servicios se otorgasen con los más altos estándares de calidad, garantizando el acceso, independientemente de la capacidad de pago.

Por otro lado, el CMABC es integrante clave del mercado privado de la salud en México y, como sucede en otros mercados, compite con organizaciones no lucrativas y lucrativas, muchas de estas últimas propiedad de personas y/o corporaciones con cuantiosos recursos.

Debido a que las organizaciones no lucrativas se apoyan para su crecimiento y sustento en la generación de recursos propios, limitada contratación de deuda, donativos y, en menor proporción, subsidios gubernamentales, deben tener un énfasis especial por mantener una situación financiera sana y ser mejor administradas que las lucrativas, ya que su desarrollo y permanencia en el tiempo dependen principalmente de la capacidad que tengan para generar recursos propios, si es que pretenden –como es el caso del CMABC– ser líderes en su campo. Lo anterior, si bien no debe considerarse una desventaja ya que permite enfocarse sin distracciones de otro tipo en el cumplimiento de su objetivo de prestar servicios de salud de alta calidad, sí debe considerarse como un

factor crítico en la administración de una organización con fines no lucrativos, como es el CMABC.

Por tanto, el propósito del presente trabajo es analizar cómo a través de la implantación de un sistema de líneas de servicio (LS) en un centro médico de tercer nivel se genera un fortalecimiento recíproco y la obtención de mejores resultados tanto para los pacientes como para los médicos y administradores del mismo.

ESTRUCTURA HOSPITALARIA DEPARTAMENTAL Y GESTIÓN POR LÍNEAS DE SERVICIO

Estructura departamental (tradicional)

En un principio, la medicina como disciplina estaba íntimamente ligada y regida por la religión, pues se pensaba que las deidades religiosas eran quienes sanaban a los hombres. «Puede especularse que el concepto moderno de hospital data del año 331 d. C., se abolieron los hospitales paganos, enfatizando la relación cercana del enfermo con sus iguales, sobre quienes recaía la obligación de cuidado».¹ El antecedente remoto del concepto de departamento se dio hacia el año 370, cuando «San Basilio de Cesárea estableció una fundación religiosa en Capadocia que incluía un hospital con una unidad de aislamiento para aquellos pacientes con lepra, así como edificios para albergar a los pobres, los ancianos y los enfermos».¹

La estructura departamental moderna se remonta a los inicios del siglo XX. Hasta ese entonces, «El hospital aún no estaba dominado y justificado, como lo ha llegado a estar, por un intimidante arsenal de herramientas y técnicas. Aparte de algunos escasos procedimientos quirúrgicos, poco existía en términos de capacidad médica en 1800 que no pudiera ser prestada con facilidad fuera de los muros de un hospital. Los médicos ordinariamente poco podían hacer para alterar el curso de una enfermedad de un paciente y casi tan poco para monitorear la calidad de la vida en el pabellón».²

Por tanto, se podría decir que el sistema departamental surgió como respuesta no planeada a una serie de circunstancias del entorno hospitalario del siglo XIX: el progreso técnico de los conocimientos y especialidades de la medicina y de estructura hospitalaria, el papel de la enseñanza, la profesionalización del entorno, la importancia de la calidad y el creciente número de actores involucrados, entre otros.

Una estructura departamental implica agrupar a ciertas actividades relacionadas en unidades de acuerdo con su proceso (función y tipo de personal), colocando a aquellos asociados que cuenten con habilidades y calificaciones similares en grupos denominados «depar-

tamentos» que funcionan y operan de manera aislada (vertical), poco comunicada y autocontenida, como si se tratara de silos. Los jefes de cada departamento son responsables del manejo presupuestal, personal, procesos y de otros recursos asociados con la operación del departamento. De esta forma, los jefes de cada departamento deben abarcar con suficiencia un sinnúmero de tareas para las que muy probablemente no están especializados, lo que deriva potencialmente en ineficiencia operativa, financiera y, por el enfoque disperso de actividades, en ineficiencia clínica. Este esquema de administración genera heterogeneidad entre los diferentes departamentos, así como estándares de operación, calidad y satisfacción de los pacientes subóptimos y no alineados. Como resultado, no hay continuidad de la atención del paciente en el flujo de procesos; es decir, no se logra la aplicación de las mejores prácticas y la máxima eficiencia financiera y operativa.

Concepto de línea de servicio

De la misma forma en que el sistema departamental fue resultado de la evolución de un sistema primario de atención en el hogar y ante la incapacidad de la misma para proporcionar opciones de mejorar en la calidad, oferta clínica, desempeño financiero y operativo en los hospitales estadounidenses, así como de una creciente competencia de instituciones de salud, en la década de los ochenta comenzó a probarse un nuevo concepto en el campo de la atención de la salud. La estrategia, evolución natural del sistema departamental, fue denominada «Gerencia de Líneas de Producto o de Servicio».³

La línea de servicio (LS) demostró ser una excelente herramienta para administrar a las organizaciones de atención de la salud. Es un modelo que parte del paciente como referencia última y tiende a alinear los servicios de salud de forma tal que la experiencia hospitalaria del paciente sea lo menos gravosa –emocional y económicamente– posible.⁴ El «servicio» que el paciente y familiares «adquieren» durante el proceso de atención no es sólo la recuperación de la salud, sino una experiencia hospitalaria positiva (en amplio sentido).

El concepto de LS en sistemas de salud nació para lograr la mayor eficiencia operativa posible, reducir los costos de operación, tener un control más certero de la información de calidad financiera y operativa con base en desarrollar planes de mejora, y encontrar opciones de crecimiento. Este concepto emergió como respuesta a los métodos de reembolso de los servicios en EUA (seguros privados, Medicare y Medicaid), una creciente competencia en el mercado de salud y una tendencia preocupante –que se mantiene– de in-

crementos en costos. La razón, detrás de todo esto es mejorar los servicios de salud prestados e incrementar la satisfacción del paciente. De hecho, el concepto de líneas de producto (LP)⁵ en industrias como la automotriz (*General Motors*) y manufacturera (*General Electric*) dieron pie al concepto de LS.

Se puede definir a una LS como una agrupación de servicios competitivos en un entorno de mercado que se proporcionan a los pacientes de forma integrada, personalizada y estandarizada, garantizando con esto alta calidad, eficiencia, seguridad y facilidad en la atención del paciente, así como el flujo continuo de servicios. Las LS integran múltiples departamentos, funciones y servicios relacionados con una especialidad clínicamente transversal, por lo que el criterio de agrupación no es la función o el proceso, sino el producto, que es lo que la especialidad clínica busca.

Las LS se enfocan en lograr resultados óptimos a través de la coordinación de servicios con diferentes funciones bajo la dirección de un administrador de LS llamado Gerente de Línea de Servicio (GLS), quien aborda la prestación de servicios de salud desde un punto de vista operativo como desde el punto de vista del paciente. Son responsables de supervisar los esfuerzos de planeación estratégica y presupuesto, controlar los costos e incrementar la satisfacción del paciente a través de la implantación de flujos continuos de servicio en ambientes confortables e información adecuada. El GLS es responsable de asegurar que los intereses de todos los actores involucrados –clínicos, administradores y, desde luego, pacientes– se satisfagan³ y controlar el incremento alarmante en los costos de operación de un hospital asociado con las nuevas tecnologías (la inflación en el sector hospitalario es superior a la variación en el Índice Nacional de Precios al Consumidor).⁶

A pesar de que el concepto de LS constituye el mecanismo de organización preferido por la mayoría de las instituciones de salud en los EUA, se han detectado ciertas desventajas asociadas con él. Estas desventajas son rebasadas por los beneficios financieros, operativos y clínicos del paciente y del personal (*Cuadro I*).

Para determinar si tiene sentido crear una LS en particular, los administradores de un hospital primeramente deben evaluar la oportunidad de mercado a largo plazo para garantizar su coherencia estratégica. Si no existe necesidad, entonces el volumen de pacientes será demasiado bajo para brindar soporte al desarrollo de una LS. Además, debe evaluarse qué tan comprometidos realmente están los altos niveles de decisión (personal directivo) y el cuerpo médico. Finalmente, deben tomar en consideración si la LS

Cuadro I. Beneficios y desventajas de las líneas de servicio.³

Beneficios	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> • Logra una mayor competencia (sana) entre el personal y mejora la calidad al brindar tratamiento a un gran número de pacientes con necesidades similares. • Consolida la estructura administrativa con servicios relacionados que reportan a una misma área. • Se enfoca en pacientes con condiciones clínicas similares. • Incrementa la eficiencia y las economías de escala. • Afina el alcance de la planeación y de la toma de decisiones a un área específica por facilitar un mejor manejo de indicadores de calidad, operativos y financieros. • Reduce costos. • Utiliza protocolos clínicos y atención de la salud enfocada en el paciente. • Proporciona flexibilidad dada la demanda en el mercado, ya que genera una subdivisión en la organización en componentes que pueden ser manejables, medibles y contabilizados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Deja fuera a médicos que no pertenecen a la línea de servicio (más aún cuando la LS* va aparejada de una PGM*). • Retrasa la implementación de cambios. • Dificultad para poder brindar autoridad a los administradores. • Reduce la visión panorámica dada la segmentación. • Inunda a las LS* con una diversidad de pequeños problemas operacionales, lo que le dificulta a los administradores el enfocarse en la planeación estratégica.

*LS = línea de servicio.

*PGM = práctica grupal médica.

en particular encaja dentro del portafolio de servicios del hospital y si es redituable. En general, si alguno de estos tres criterios –oportunidad de mercado, compromiso interno y viabilidad– no está presente, los administradores entonces estarán convencidos de que echar a andar una LS devendrá en fracaso y creará tensión en el personal administrativo de la LS en pugna por la supervivencia.

Ventajas comparativas de las líneas de servicio contra la estructura departamental

La principal ventaja comparativa de un modelo basado en LS contra una estructura departamental es que el paciente regresa a casa lo más restablecido posible y con una experiencia hospitalaria absolutamente satisfactoria, lo que hace que dicho paciente o sus familiares sean referenciadores naturales de nuevos pacientes para el centro médico y sus médicos. Esto contribuye al objetivo operativo y financiero de incrementar volúmenes.

Además, al involucrar a una variedad de personal clave (médicos, enfermeras, terapeutas, personal administrativo y de mercadeo), se obliga a buscar una óptima comunicación entre ellos y lograr trabajo en equipo para mejorar constantemente la calidad del servicio que ofrecen. Lo anterior deviene en una coordinación óptima del proceso de atención clínica, de tal forma que todos los servicios están coordinados por un individuo o un equipo de individuos con una constante retroalimentación por parte de todos los actores para así lograr identificar aquellos servicios o progra-

mas que les hacen falta. El tema central de discusión entre todos los participantes es el paciente y su seguridad.

El desempeño de una LS se mide comparando sus resultados, alineados con indicadores previamente identificados, con los resultados esperados y estandarizados de excelencia clínica y máxima eficiencia operativa y financiera. De manera contrastante, en general, una estructura departamental mide sus resultados de manera más simple y limitada; es decir, con base en criterios de volumen generado. Una experiencia hospitalaria del paciente que sea totalmente satisfactoria, medida con base en indicadores mucho más allá de tan sólo el volumen de pacientes, indirectamente permite lograr un flujo incremental de pacientes al hospital, por recomendación (*Cuadro II*). Vale la pena mencionar que una comunicación inadecuada entre la administración y los médicos (*i. e.*, los actores involucrados en la LS) provoca ineficiencias en la asignación de los recursos y genera una posición subóptima al querer reaccionar ante la competencia.

IMPLANTACIÓN DE LÍNEAS DE SERVICIO CON PRÁCTICAS MÉDICAS GRUPALES EN EL CENTRO MÉDICO ABC

Proceso de cambio en el Centro Médico ABC

El CMABC inicia el cambio hacia un esquema basado en LS con la Práctica Médica Grupal (PMG) desde

Cuadro II. Diferencias fundamentales entre la estructura departamental y la de líneas de servicio.

Característica	Estructura departamental –Divisiones/funcional	Línea de servicio –Enfoque en el cliente
Enfoque de mercado	Difuso	Mercado objetivo
Integración de servicios con enfoque en el cliente	No	Sí
Criterios de asignación de recursos	Segmentado, por silos. Departamental	Holístico. Sinergias y economías de escala en cada LS*
Medición	Por volúmenes	Por resultados esperados
Distribución de servicios	De acuerdo con las necesidades internas	Enfocado en el paciente/médico
Canal de referencia	Médicos	Médicos, pacientes, familiares, hospital, terceros pagadores

*LS = línea de servicio.

el año 2000, al comenzar a estudiar el concepto de LS. No existía en México ningún antecedente que integrara ambos conceptos, así que se abocó a analizar el ejemplo estadounidense. De 2000 a 2005 no se dio ningún cambio concreto, hasta que en 2005 se impulsó con mayor seriedad la transición hacia un esquema organizacional basado en LS. Estudios de planeación estratégica, financiera y de mercado favorecieron el inicio de este esfuerzo con la Línea de Servicio de Neurociencias (LSN). De tal suerte, se comenzó por contratar a quien sería el gerente de la LSN para un periodo de entrenamiento de seis meses de duración. Las labores de este gerente inician hacia mediados de 2006. El lanzamiento de la LSN coincide con el inicio de operaciones del Campus Santa Fe del CMABC.

Adicionalmente, se llegó a la conclusión estratégica de impulsar un crecimiento orgánico contra un crecimiento expansivo, lo que sólo podría lograrse integrando y operando Centros de Alta Especialidad (CAE), más allá de ser sólo un hospital general de tercer nivel. Adoptar el concepto de LS ofrece las mejores herramientas para impulsar una estrategia de crecimiento orgánico a través del desarrollo de CAE. Los niveles deseados de calidad y seguridad del paciente, eficiencia clínica, operativa y financiera son más fácilmente logrados y mantenidos a través del desarrollo del modelo de LS, pues es este modelo el que permite generar y dar seguimiento a una cantidad vasta de información e indicadores que muestran cómo se desempeña la LS.

Si a lo anterior se le añade la integración de una PMG como el modelo de práctica médica más compatible con la calidad, seguridad y eficiencia, entonces

se invertiría al CMABC con una coraza y herramientas difíciles de imitar y con altas barreras a la entrada (elevados costos y una transformación cultural y organizacional) que lo diferenciarían aún más de la competencia.

El hecho de que el modelo de LS permita tener un control más efectivo de todos los indicadores parte del supuesto de que se sabe qué información buscar, cómo buscarla y cómo clasificarla. El CMABC determinó que el principal criterio para diferenciar una LS y todos los padecimientos sería partiendo de los grupos relacionados por el diagnóstico (GRD): «Un sistema de clasificación de los pacientes compuesto por clases de pacientes similares tanto en términos clínicos como en cuanto al consumo de recursos hospitalarios. (DRG Definitions Manual, 1994)».⁷

Los GRD, además, son el primer mecanismo eficiente y efectivo para compaginar la complejidad clínica con la demanda de recursos de cada paciente en un hospital y, en consecuencia, con los costos en los que incurre un hospital para operar como tal.

La Unidad de Neurología y Neurocirugía Especializada, SC (UNNE) – la práctica médica grupal en el Centro Médico ABC

La administración del CMABC ha tenido trato, históricamente, de manera individual con un vasto número de médicos, miembros todos del cuerpo médico. Años de experiencia en esta materia arrojaron algunas señales preocupantes: la comunicación entre la administración y el cuerpo médico del CMABC es complicada, poco fluida e ineficiente; el CMABC no participa proactivamente en la planeación de la práctica médica, lo que genera:

- Una ineficiente distribución de médicos por especialidad.
- Un crecimiento desordenado de los médicos miembros de cada LS.
- Un divorcio entre las metas de largo plazo del CMABC y aquéllas de los médicos.
- La necesidad de satisfacer un amplio abanico de requerimientos.
- La distribución física de las áreas de práctica se torna compleja.
- El seguimiento de protocolos y estándares se entorpece.
- Los médicos limitan su productividad al tiempo efectivamente dedicado a su práctica.
- Los días de vacaciones, congresos, entrenamientos y días de incapacidad tienen un costo elevado.

- Los gastos que fácilmente podrían ser compartidos –y, en consecuencia, reducidos– se duplican, triplican, cuadruplican (contadores, secretarías, asistentes, etcétera).
- No existen protocolos clínicos estandarizados.
- La práctica médica individual resulta en que todos se perciben unos a otros como competencia.

Desde 2005, cuando se comienza a gestar un acercamiento con *The Methodist International*, rama internacional de *The Methodist Hospital System in Houston*, Texas, el CMABC inició con un profundo proceso de reestructuración. Este proceso incluye la idea de integrar las PMG para lograr que los beneficios generados por estas entidades se repliquen y contagien al CMABC y a los médicos.

El 25 de mayo del 2006 se constituyó ante notario público la Sociedad Civil La Unidad de Neurología y Neurocirugía Especializada, integrada por 42 socios, todos ellos neurólogos o neurocirujanos con privilegios para practicar la medicina de su especialidad en el CMABC. A principios del 2007, el CMABC logró que los médicos practicando en la LS de Neurología formaran una PMG. Poco tiempo después, el CMABC celebró un contrato de prestación de servicios con la Práctica Médica Grupal de Neurología (PMGN). Éste fue el primer convenio en su tipo destinado a formalizar y estandarizar la relación entre el CMABC y una PMG.

¿Con qué información previa a 2006, del entonces Departamento de Neurología, se pueden establecer comparaciones que permitan evaluar o, al menos, in-

ferir de manera lógica que la estrategia seguida de LS y PMG fue la acertada? Dado que los ingresos se comienzan a asignar al Centro Neurológico ABC (CNABC), sucesor del Departamento de Neurología, hasta que éste comienza a operar como tal, se descartan los ingresos. ¿Qué otro indicador podría arrojar señales claras de un cambio? Se considera que registrar volúmenes de pacientes es la siguiente alternativa a los ingresos (*Figura 1*).

Como se aprecia en la figura anterior, los volúmenes de pacientes internos en lo que era el Departamento de Neurología experimentaban una caída sostenida. Dicha caída se acentuó con la salida, en 2003, de un grupo de neurocirujanos y neurólogos que atendían a un número significativo de pacientes internos. Esta caída se hace patente de 2002 a 2005 y, una vez que inician operaciones el CNABC y la PMGN, la caída en volúmenes se revierte hasta rebasar el volumen de pacientes registrados antes de la caída (en 2002).

Si bien las cifras duras de volúmenes parecen indicar el beneficio económico que deriva de la transformación a una LS con PMG, igual o más relevante es conocer el impacto que tuvo dicha transformación en los pacientes, en materia de calidad en el servicio y en la seguridad en la atención del paciente.

CALIDAD Y SEGURIDAD

El hecho de que antes de lograr un esquema de LS en el CMABC, que hiciera posible la obtención y el manejo de

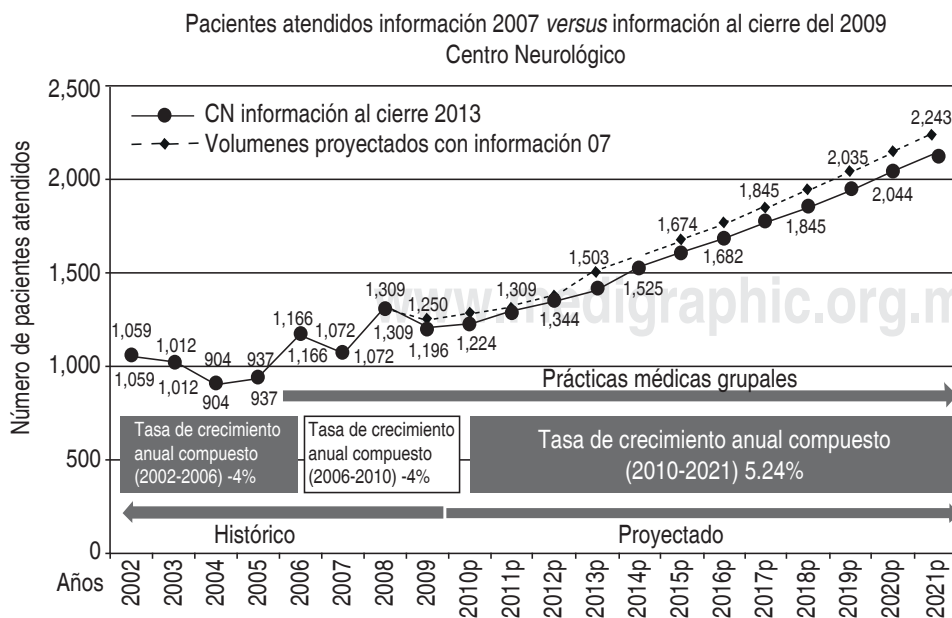


Figura 1.

Comparación del análisis de volúmenes de pacientes internos en 2007 versus información para el Centro Neurológico ABC en 2009.

Fuente: Centro Neurológico del Centro Médico ABC.

*CN = Centro Neurológico.

la información en los términos expuestos en una matriz de desempeño brindan fundamento a la carencia de indicadores de este tipo antes del 2007. En dicha matriz se puede consultar y apreciar el cúmulo de información de indicadores clínicos, financieros y operativos a los que se les da seguimiento. Mediante la utilización de ésta es posible dar seguimiento a información referente a indicadores de volumen, calidad, satisfacción y seguridad del paciente, y se maneja un comparativo en relación con estándares internacionales.

El seguimiento de indicadores tan simples y tan importantes como el lavado de manos y las infecciones intrahospitalarias ofrece más posibilidades que ningún otro protocolo. Esto es importante, dado que en términos de calidad, el índice de lavado de manos es aquel que tiene mayor incidencia en la reducción y control de la infecciones intrahospitalarias (*Figura 2*).

Adicionalmente, existe una serie de indicadores que permiten al grupo médico y al CMABC ir midiendo el trabajo realizado en el CNABC y en otras líneas de servicio. El trabajo de establecer los adecuados sistemas de medición, así como la determinación adecuada de qué indicadores son los que realmente nos informan un adecuado desempeño de la práctica médica, es una de las tareas más difíciles que se llevan a cabo en los hospitales.

En el proceso de diseño de los indicadores debe existir como premisa fundamental una auténtica intención de conocer la verdad sobre el desempeño de la tarea que se pretenda evaluar, independientemente de si los resultados que se obtienen son los deseados. De esta forma, se estará en la posición de tomar decisiones que influyan positivamente en el proceso de atención de los pacientes.

Un indicador que muestre un evidente mal desempeño debe tomarse por el grupo de trabajo no como un fallo en la forma de trabajar sino como una oportunidad de corregir aquello que no está dando los resultados esperados. Además, una vez que los indicadores se mejoran y llegan a los niveles establecidos como metas ideales, el siguiente reto será asegurar que los procesos establecidos, que han dado como resultado esta mejora, se vuelvan parte de la cultura de trabajo del personal a cargo de la atención del paciente.

Por último, se enfrentará el reto de desarrollar nuevos indicadores que motiven al personal involucrado a buscar la mejora permanentemente, ya que está demostrado en estos procesos que una de las peores cosas que pueden suceder al grupo de trabajo es la creencia de que se ha alcanzado la meta y ya no queda más por hacer.

CONCLUSIONES

La adopción de una estructura de atención a pacientes bajo el esquema de líneas de servicio no es una decisión promovida por los administradores de los hospitales para obtener más rendimientos o una forma de volver a los médicos empleados de la institución o porque es más fácil administrar el CMABC de esta forma. La adopción de este modelo se hizo pensando en los pacientes, en su seguridad, ya que nos permite enfocar más claramente nuestros esfuerzos a pacientes con necesidades específicas y asignar de una forma más eficiente los recursos con los que contamos.

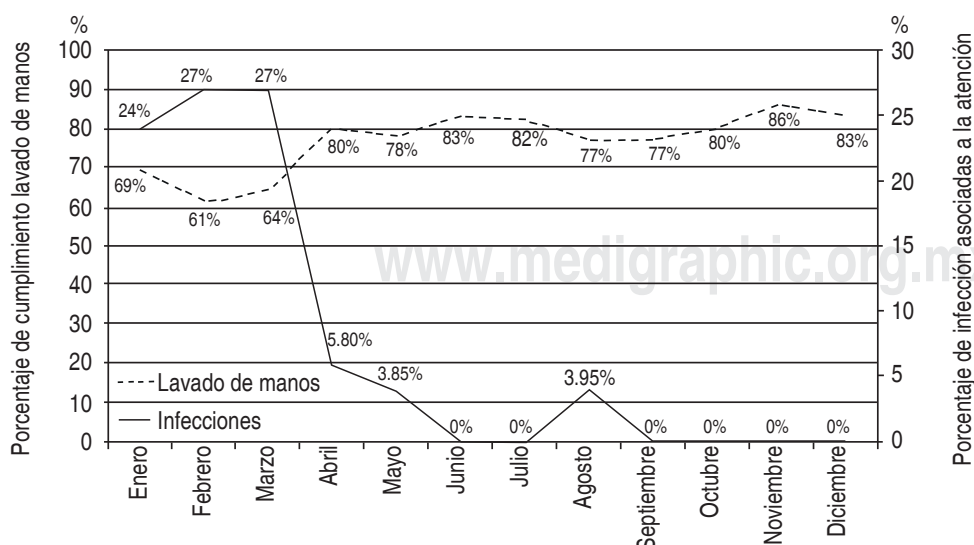


Figura 2.

Relación entre el lavado de manos y las tasas de infecciones intrahospitalarias en el Centro Neurológico, 2008.

Fuente: Centro Neurológico del Centro Médico ABC.

En última instancia, se busca transformar una organización departamental creada para beneficio de los administradores en una organización que se acoople a la forma en que el cuerpo médico está organizado –esto es, por especialidades– y que pueda atender las necesidades de nuestros pacientes de acuerdo con la enfermedad que padecen. Nos permite establecer criterios de medición enfocados en la seguridad de los pacientes, la calidad clínica, la satisfacción de los pacientes en función de su experiencia hospitalaria y más allá de los propios resultados clínicos; nos permite establecer medidores de volumen y de complejidad de los procedimientos; nos brinda la oportunidad de hacer más transparente la forma en que trabajamos permitiendo que clínicos y administradores se reúnan mes a mes a discutir qué se puede hacer para mejorar el servicio que se ofrece a los pacientes, familiares y terceros pagadores.

En última instancia, nos permite hacer actos de reflexión sobre nuestro desempeño y trabajar en conjunto para evitar errores que dañen a los pacientes, quienes depositan su confianza absoluta en los médicos, enfermeras e instituciones de prestigio como el Centro Médico ABC, y donde un simple error puede acabar con el esfuerzo de muchos profesionales de la salud y, lo más importante, dañar física y económicamente a los pacientes.

El haber pretendido establecer el esquema de líneas de servicio sin un cuerpo médico organizado para dar soporte a este esquema hubiera sido condenar el esfuerzo al fracaso, principalmente en un esquema privado como el que tenemos en México y,

muy particularmente, en el ABC, donde los médicos son profesionales independientes. Es por eso que decidimos apoyar la estrategia de líneas de servicio en otra no menos retadora, la creación de grupos médicos, que conocemos como «práctica médica grupal». Ello nos permite abordar en conjunto funciones que bajo el esquema tradicional quedan bajo la tutela exclusiva del médico tratante, sin tomar en cuenta al principal actor en este complejo esquema, quien debe ser la única razón que justifique nuestras decisiones: el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Encyclopædia Britannica Online. Definición de Hospital [acceso 10 de julio de 2010]. Disponible en: <http://global.britannica.com/EBchecked/topic/272626/hospital>.
2. Rosenberg CE. The care of strangers: the rise of America's Hospital System. New York: Basic Books Inc; 1987.
3. Marketing and Planning Leadership Council. Evaluating care line models. Washington: The Advisory Board; 2003.
4. Gee EP. Service line success: eight essential rules, ACHE management series. Chicago, IL: Health Administration Press; 2003.
5. Product line. Business Glossary of AllBusiness.com [acceso 17 de julio de 2010]. Disponible en: <http://www.allbusiness.com/glossaries/product-line/4945955-1.html>.
6. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Índice nacional de precios al consumidor por objeto del gasto [acceso 17 de julio de 2010]. Disponible en: <http://dgcnestyp.inegi.org.mx/cgi-win/bdiecoy.exe/542?s=est&c=12653>.
7. Cercone JA, García P, Márquez G. Introducción de los grupos relacionados de diagnóstico como instrumento de gestión clínica. Banco Mundial e IESE Publishing. España: Banco Mundial e IESE Publishing; 2002.