

EL ROL DEL DIRECTOR MÉDICO COMO DIRECTIVO DE CENTROS SANITARIOS

Josep I. Cuervo Argudín

División de Atención a la Familia Olímpica. Comité Organizador de las Olimpiadas de Barcelona 1992

Resumen

En la revisión se efectúa un análisis de la incorporación de médicos asistenciales a la gestión en los últimos años en España. A partir de la consideración de la alta rotación de estos puestos, se revisan los estudios y experiencias de otros países.

Finalmente, se definen las funciones de un director médico en un equipo de gestión, su necesidad para influenciar el patrón de servicios y un esquema de carrera profesional que dé continuidad a su actividad.

La formación aparece como el elemento clave para la continuidad y estabilidad del director médico como miembro del equipo de gestión de servicios sanitarios.

Palabras clave: Gestión. Dirección Médica. Formación.

THE ROLE OF THE MEDICAL DIRECTOR AS A EXECUTIVE OF HEALTH SERVICES

Summary

In this review the role of physicians in management position of health services in Spain is analyzed. Arising from the high rotation rate in these positions, the experience and reports of foreign countries are reviewed.

Finally, the functions of a medical director in a management team are defined. Also, the need of their influence on the profile of services and professional curricula in order to ensure continuity are discussed.

Training is the key element for continuity and stability of medical directors in health services management teams.

Key words: Management. Medical direction. Training.

Introducción

Una de las características de los Directores Médicos en los hospitales públicos es la inestabilidad del puesto de trabajo debido a la alta rotación, y a los diferentes currícula de los profesionales dedicados a esta tarea. De la actividad clínica se pasa a la gestión, en un camino de ida y vuelta, que tiene como consecuencia la inestabilidad laboral y la ausencia de una carrera profesional para aquellos médicos que quieren orientar su trabajo hacia la gestión.

Desde el punto de vista de la actividad de formación de directivos sanitarios, de gestores, es de vital importancia tener una idea clara sobre las necesidades de estos profesionales y de las funciones que deberán cubrir. Una aproximación a la carrera profesional de un gestor de servicios

sanitarios es previa para poder satisfacer las demandas de formación que pueda tener a lo largo de su actividad profesional.

El objetivo del presente trabajo es analizar la situación actual de la dirección médica en los hospitales españoles y reflexionar sobre cómo se debería desarrollar en el futuro y sobre la carrera profesional de los médicos que participan en la gestión.

Antecedentes

Si analizamos los cambios experimentados en el sistema de salud española en los últimos años, la revaloración de la gestión aparece como una de las claves de bóveda de un mejor funcionamiento de los servicios. Si hay una expresión que esté

presente en todos los discursos políticos e ideológicos de la escena sanitaria española desde 1978, ésta es la de «mejorar la gestión».

Todo ello ha tenido su traducción en un conjunto de Decretos y Órdenes que tratan de reglamentar y normalizar la estructura de gestión de los centros sanitarios y, en especial, de los hospitales. Se trataba de introducir primero la figura del Gerente y con él, suprimir la fase de administración burocrática del sistema. Las dos disposiciones administrativas que han influido más en el diseño de modelos de gestión son: orden de 19 noviembre/1985, de la Generalitat de Catalunya sobre «Estructura, Organización de la Dirección y Gestión de Servicios Sanitarios en Cataluña» y Real Decreto 52/1987, de 15 de abril, en el que se aprueba el reglamento sobre «Estructura, Organización

y funcionamiento de los hospitales y centros del INSALUD.

En este contexto, la reciente experiencia española muestra que los médicos clínicos se han incorporado a la gestión desarrollando dos roles: el de líder del equipo de gestión, como gerente o director General, y el de director médico.

La función gerencial se ha desarrollado en pocos casos en plenitud, ya que la administración sanitaria se ha inclinado más hacia la centralización en la toma de decisiones que hacía la autonomía de gestión de los centros sanitarios. La figura de líder de un proceso de cambio hacia un determinado modelo público de servicio sanitario (Servicio Nacional de Salud) ha sido el role predominantemente desarrollado por los médicos clínicos españoles incorporados a las tareas de gestión de servicios sanitarios, tanto cuando han ocupado la posición de director general del centro sanitario como cuando estaban en una función de dirección médica.

La figura del director médico como especialista funcional del equipo de gestión prácticamente no ha existido. Ahora que el modelo «ideológico» sanitario es cada vez menos un fin en si mismo, la gestión del centro aparece en un primer plano. Como resultado de ello, nos encontramos ante un proceso de cambio en el role de los directivos de los hospitales españoles.

Es evidente que el role y el perfil de los directivos españoles ha ido cambiando durante los últimos años, producto de los cambios políticos y culturales del país, pero también del desarrollo del propio sistema sanitario. En general, los roles de los directivos se definen por elementos externos, con gran influencia de muchas características del entorno: intervencionismo del Estado, libertad del mercado sanitario; y del medio interno: propiedad del hospital, tamaño, tipo de especialidades, tipo de pacientes, etc. En España se podrían definir 4 arquetipos de directivo hospitalario con unos períodos temporales en los que alguno de estos arquetipos eran el dominante dado el punto de vista conceptual. Hoy encontramos presente en nuestra realidad los 4 tipos de directivo de hospital (tabla 1).

En un futuro próximo veremos que el modelo organizativo de tipo matricial se irá extendiendo.

Las causas de la inestabilidad profesional de los gestores médicos

No nos extenderemos en su análisis, pero es importante situar al director médico en el contexto organizativo típico.

Ninguna organización puede estar satisfecha si hay una rotación intensa de sus cuadros directivos, o bien si los pierden después de unos pocos años de experiencia profesional. En un estudio realizado en Cataluña sobre directivos de centros hospitalarios de más de 100 camas se vió que el 66% de los directores médicos tenía menos de 5 años de antigüedad (69% en los hospitales de 100 a 300 camas) (1). Lo deseable sería disponer de un núcleo sólido de profesionales bien formados, con proceso de formación reglado y que estuviesen destinados a ocupar los puestos de mayor nivel, en la plenitud de sus carreras profesionales. Posiblemente la vía de la regulación administrativa de la gestión no sea la más adecuada. La ausencia de carrera profesional es un tema de considerable preocupación pues no sólo representa un desperdicio de dinero en formación, sino que implica un desánimo ante la estrechez de las perspectivas profesionales, lo cual a corto plazo acaba creando un círculo vicioso. Se deben pues, analizar las causas de la rotación e inestabilidad de los médicos como gestores y buscar soluciones consecuentes con el diagnóstico.

No hay investigaciones sobre la situación en nuestro medio. Por ello tomaremos como referencia el estudio realizado en el Servicio Nacional de Salud británico (NHS) que puede aportar elementos para un análisis específico de los gestores españoles todavía no realizado. (2) El objetivo del estudio fue investigar las razones por las que los ex-alumnos de programas de formación en administración de servicios sanitarios habían dejado el sector. El estudio se realizó mediante el seguimiento de 1.125 profesionales que habían participado en un programa de formación, el 58% mujeres, de los que 208 dejaron el sector. A éstos se les envió un cuestionario postal para conocer las causas de su abandono. Las características a tener en cuenta a la hora de extrapolar a España conclusiones son: el alto porcentaje de mujeres en este estudio, y su

cualificación profesional: administradores de servicios de salud (IHSA) por lo tanto, no son médicos dedicados a la gestión, sino altos funcionarios administrativos.

Los motivos de insatisfacción y abandono del sector entre los gestores de servicios sanitarios según la encuesta fueron los siguientes: ausencia de oportunidades de carrera profesional, se gana menos dinero en la gestión que en la práctica privada, disconformidad con las maneras burocráticas de gestionar el servicio que impone la estructura administrativa, pocas oportunidades para realizar un trabajo «intelectual» de calidad y que permita innovación/libertad/independencia.

Por otra parte, el mismo estudio investigó las aspiraciones en la carrera profesional de los gestores sanitarios en el NHS. A través de las respuestas de los gestores se definieron 10 prioridades las cuales, si se consiguieran, harían que un empleo en el NHS se considerase atractivo: oportunidad para el desarrollo profesional, desarrollo de conocimientos y destrezas, actividad intelectualmente atractiva, trabajo con gente de mi agrado, oportunidad para hacer un trabajo innovador, libertad e independencia, reconocimiento de mis logros, por los demás, oportunidad para ser un líder, oportunidad para servir a la comunidad, buena compensación financiera.

Asimismo, los participantes en el estudio reconocieron que las grandes aportaciones de un empleo en el Servicio Sanitario Público eran: seguridad en el empleo, certidumbre acerca del futuro, oportunidades de movilidad geográfica, oportunidades para servir a la comunidad, oportunidades para trabajar en equipo o grupo, poder trabajar con gente cuyas ideas político-sanitarias eran similares a las propias.

En este análisis sobre el papel de los directores médicos y de los futuros profesionales sanitarios como gestores de servicios españoles y ante la ausencia de estudios analíticos en nuestro país, asumimos como aplicable a nuestro medio estos motivos de insatisfacción, demandas y ventajas del trabajo en un Servicio Sanitario Público, si bien hay que tener en cuenta las diferencias de titulación académica y profesional de los gestores ingleses y españoles, ya señalados.

Tabla 1. Evolución del papel del directivo en los hospitales españoles

Modelos de directivo	Periodo temporal	Características del cuerpo facultativo	Características del equipo de gestión
<p>TIPO A</p> <ul style="list-style-type: none"> Administrador responsable de la administración del presupuesto, compras, conservación de los edificios y funciones logísticas. 	1930-1965	<ul style="list-style-type: none"> Los médicos gestionan, autónomamente, sus pacientes. Los médicos funcionan a nivel de servicio o individualmente, sin ninguna organización colectiva o <i>staff</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> Pocos especialistas funcionales (servicios técnicos). La enfermería bajo la dependencia laboral del administrador y funcional del médico.
<p>TIPO B</p> <ul style="list-style-type: none"> Director médico coordinador con la estructura administrativa y logística. Desarrolla un papel de organizador de la actividad médica y un papel externo de conseguir los recursos. 	Década de los 70 (1965-1975) y actual.	<ul style="list-style-type: none"> Funcionan colectivamente mediante la coordinación del <i>staff</i> médico y no individualmente. Gestión de pacientes común. Servicios centrales de diagnóstico y tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> Comienzan a desarrollarse los Especialistas funcionales. Colaboran con el departamento enfermeras independientes. Jefes de administración.
<p>TIPO C</p> <ul style="list-style-type: none"> Gerente: concentra toda la autoridad y las funciones como en la empresa privada. Control de gestión global: actividad, presupuestos, inversiones. 	Década de los 70 (1970-1980) y actual.	<ul style="list-style-type: none"> Organizado según la jerarquía clásica: departamento/servicio/sección. 	<ul style="list-style-type: none"> Especialistas funcionales. Director médico: control de calidad. Director de enfermeras. Director administrativo.
<p>TIPO D</p> <ul style="list-style-type: none"> Líder del equipo de gestión. El líder funciona como un igual en un equipo de director médico, enfermería, administrativos y otros miembros del equipo de gestión. <p>Su autoridad descansa más en conocimientos y actitudes y se basa en compartir la información más que en la autoridad formal y en el control de la información.</p>	Década 80/90.	<ul style="list-style-type: none"> Organización de servicio matricial. 	<ul style="list-style-type: none"> El <i>Staff</i> es involucrado administrativamente y comporta responsabilidades por el gasto.

¿Para qué es necesaria la figura del director médico?

Es un lugar común entre los gestores sanitarios que uno de los factores primarios que contribuyen al aumento de los costes hospitalarios y a los problemas en la gestión, es la ausencia de participación de los médicos en la gestión hospitalaria. No hay estudios empíricos que hayan relacionado la variable participación de médicos en la gestión, con la eficiencia hospitalaria pero dado el papel del médico como demandante y productor de servicios este lugar común parece razonable, y así ha sido reconocido en informes oficiales de la administración sanitaria (3).

La ausencia de participación en las actividades de gestión y en las decisiones importantes pueden ser atribuidos, entre otros, a los siguientes factores:

— Los médicos no están interesados en participar o se suelen sentir no competentes para participar en las actividades de gestión.

— Los médicos piensan que es un desperdicio de su tiempo (y de su formación).

— Los administradores y equipos de gestión, a veces, no permiten que los médicos participen por miedo a que disminuya su poder y autoridad.

La pregunta que permanece abierta es ¿cómo lograr una eficiente y efectiva participación y corresponsabilización de los médicos en la gestión?

En este sentido hay una queja generalizada de los gerentes y equipos de gestión hospitalaria: los médicos no comprenden los problemas de la gestión y administración de una institución compleja, sometida a presiones y restriccio-

nes internas y externas, como en un hospital.

Se ha afirmado que hay un conflicto de prioridades e intereses en los hospitales: entre los médicos preocupados por la prestación de servicios a pacientes individuales y el equipo de gestión que trata de mantener la organización como un conjunto en el aspecto interno y desarrollándolo asimismo de manera coherente respecto al resto de la red asistencial (4).

La gestión participativa por objetivos se ha experimentado como una vía para promover la formulación de objetivos consensuados, la cooperación y comprensión entre gestores y clínicos.

De todas maneras hay algo de natural y sano en este conflicto de prioridades que ayuda a mantener el equilibrio del hospital.

Hay algunos argumentos en contra de

una excesiva implicación de los médicos en la gestión, entre ellos: la participación en la gestión de los médicos asistenciales desvía la atención y consume tiempo que el médico debe dedicar a los pacientes, lo que puede llevar a una infrautilización asistencial de los más cualificados, la formación y la manera de actuar de los médicos asistenciales es antiética con la gestión y los médicos suelen ser malos gestores (pero buenos líderes), los médicos asistenciales están, y deben estar, orientados hacia la maximización del servicio a los pacientes y no a la contención de costes y temas administrativos, los médicos deben involucrarse en la elaboración de protocolos, *peer-review* y el control de calidad para de esta manera evitar la sobreutilización de servicios y conseguir la utilización eficiente de los recursos; pero aquí acabaría su papel en la gestión.

Este es un tema donde caben todas las opiniones; además no se encuentra en la literatura ninguna evidencia empírica acerca de la superioridad de una orientación conceptual, de un modelo organizativo o de un perfil profesional de directivo médico, a la hora de gestionar los hospitales de una manera más eficaz.

Sin embargo, los hospitales con una participación activa del cuerpo facultativo en el proceso de toma de decisiones, con involucración de los jefes de departamento en la planificación hospitalaria y actividades frecuentes de los Comités de Infecciones, etc. presentan una mayor cohesión interna y comparten objetivos comunes (control de calidad, etc.). En ellos la figura del director médico que coordina y enlaza el cuerpo facultativo y el equipo de gestión, suele jugar un papel relevante y es una figura bien definida en la organización.

Esta figura del director médico, con formación o no en gestión gerencial, que depende directamente del gerente, es a veces la clave en el desarrollo armónico del hospital. El director médico suele encajar en alguno de los tres perfiles siguientes: dedicación a tiempo completo, sin práctica clínica y especializado en gestión, con práctica clínica y dedicación a la gestión de manera eventual, pero con formación en gestión, con práctica clínica y sin formación en gestión.

Funciones del director médico

Si aceptamos la necesidad de un director médico, al analizar sus funciones observamos que, en general, las principales áreas de actividad, responsabilidad e interés de los directores médicos incluyen: monitorizar y, en la medida de lo posible, influenciar sobre las tendencias del uso de recursos, la adquisición, distribución y organización de los recursos asistenciales y la definición de la estructura asistencial, dirección de las actividades del cuerpo facultativo, el desarrollo y formación de los médicos, controlar los niveles de calidad de los servicios médicos.

Además de estas funciones, que podemos considerar clásicas, lo más importante es definir cuales son los objetivos fundamentales en las tareas de un director médico, ¿qué es lo que pretendemos con su introducción en el equipo de gestión?

Las aportaciones clave que puede ofrecer un director médico al equipo de gestión son:

— Lograr una mayor influencia del equipo de gestión en la calidad de la asistencia.

— Lograr una mayor sensibilidad de los gestores a los problemas de salud, a los cambios de movilidad de los consumidores/usuarios y a lo que representan las nuevas tecnologías médicas y los avances terapéuticos.

— Proporcionar una visión más clara al equipo de gestión del sistema de valores profesionales y de las prioridades y orientaciones generales de los problemas de salud, en relación con el centro sanitario.

— Gestionar los cuidados asistenciales (*Managed care*), es decir, impulsar el uso eficiente de los recursos en base a objetivos asistenciales y la eficacia y efectividad diagnóstica o terapéutica de diversas técnicas.

En definitiva, el director médico trata de cambiar la visión crítica que tienen los profesionales médicos de los gestores de servicios sanitarios como personas cuyo único interés es el económico, y la demanda, contradictoria con lo anterior, de que los gestores deben centrar su interés en los servicios administrativos, auxiliares y de soporte. Los médicos piensan

que dentro de unos límites presupuestarios y de planificación amplias, las profesiones asistenciales, principalmente médicos y enfermeras, deben ser dejadas libres para autorregularse. En esta orientación los clínicos dejan a los gestores el eficiente control del gasto como virtud cardinal de la gestión de servicios sanitarios.

Una visión alternativa es aquella en la que el equipo de gestión tiene una responsabilidad propia y continua para decidir la dirección, cantidad y calidad de la asistencia. Esto requiere el desarrollo de buenas relaciones entre gestores y médicos en los servicios sanitarios, requiere un director médico que participe en la definición de los recursos necesarios para unos objetivos asistenciales.

Por ello, la tarea de gestión del director médico no se limita simplemente a hacer registros y estadísticas de la población atendida por el hospital o llamamientos a la mejora de los rendimientos, sino que debe aumentar la confianza de los profesionales en el proceso de gestión hasta ese punto en que los clínicos ya están preparados para tomar iniciativas de mejora de la eficacia y eficiencia de sus servicios.

Por tanto, el primer objetivo de la dirección médica deberá centrarse en la creación de un entorno en el cual la gerencia del hospital sea capaz, y desee, buscar una mayor y más profunda influencia en el patrón y calidad de la asistencia y los clínicos acepten un modelo de gestión descentralizada de sus servicios y departamentos entendidos como centros de coste en toda su amplitud.

Tipología del director médico como directivo

Si utilizamos el esquema clásico de niveles de Jerarquía en la organización (tabla 2), podemos situar al director médico como un directivo de alto nivel (director funcional) y por ello las características dominantes en el perfil de un buen director médico tienen que ser las de una persona con un adecuado equilibrio entre su capacidad conceptual, sus habilidades en relaciones humanas y sus conocimientos técnicos.

Tabla 2. Esquema de niveles de jerarquía de la organización

NIVEL DE JERARQUIA DE LA ORGANIZACIÓN	TIPO DE DIRECTIVO	GRADO DE AUTORIDAD DE ACTIVIDADES Y RESPONSABILIDAD EN GESTIÓN	CONOCIMIENTOS ESPECIALIZADOS EN MEDICINA	CAPACIDAD CONCEPTUAL	HABILIDADES DE DIRECCIÓN RRHH
ALTO (Director Médico)	ALTO Directivo Funcional	AMPLIA	+	+++	+++
MEDIO (Jefe de Servicio)	DIRECTIVO OPERATIVO	MEDIA	+++	++	++
BAJO (Médico Asistencial)	MANDO INTERMEDIO	PEQUEÑA	++	+	+

Considerando que los médicos por su formación académica y práctica profesional no sólo no reciben una formación adecuada para la gestión sino que, como hemos señalado anteriormente, reciben una escala de valores en ocasiones incompatible con el ejercicio de la función directiva, parece conveniente deducir que los médicos necesitan antes de incorporarse a la gestión hospitalaria un proceso de formación. La formación de estos médicos, dependiendo del nivel a ocupar en la organización hospitalaria y de su motivación, deben tener objetivos diferentes y diversos.

Por ello, para que haya una adecuada carrera profesional, no sólo se debe formar al director médico, sino a todas las personas que intervienen en la gestión del cuerpo facultativo (jefes de servicio y médicos asistenciales).

Implicaciones para su formación

De todo lo dicho anteriormente, se desprenden las líneas generales de un proceso de formación. La primera conclusión es que los directores médicos, procedan de la actividad clínica o no, necesitan una formación específica en gestión de empresas para desarrollar su función. Por otro lado parece claro que más que una definición burocrática de titulación y programas lo más interesante es considerar que la carrera profesional debe ir paralela a un proceso continuo de educación y formación, basándose en la práctica, en las necesidades individuales de los distintos gestores y facilitando el acceso a

una oferta educativa de calidad (5). Desde este punto de vista hay un punto de partida que es el de facilitar una sólida formación de base en los temas de gestión similar a otros sectores de la industria y servicios (finanzas, recursos humanos, *marketing*, etc.) ya que durante toda su formación pre-graduada han carecido de formación, en estas materias.

Ello debe darse desde una perspectiva común, de tal manera que las personas que reciben esta formación sean utilizables, al menos en el campo teórico, en una amplia variedad de puestos de trabajo de gestión sanitaria como directivos intermedios.

Además se debe desarrollar un bloque de conocimientos y habilidades específicos para el sector salud, y ligados a las características de empresa de servicios. Es decir, que se enfatice la técnica de gestión que pone el acento en la preocupación del consumidor, en la preocupación por la calidad del servicio y en la preocupación por el desarrollo de una política de recursos humanos y de *marketing* interno (6).

Finalmente debe existir una área que incluya los aspectos de responsabilidad pública de la gestión de recursos sanitarios y en este sentido se debe incorporar una orientación de medicina comunitaria, y/o epidemiológica, aunque no debe ser el núcleo de la formación de un director médico.

En cualquier caso, el éxito de un programa de formación y desarrollo profesional se basa en una adecuada selección de los aspirantes teniendo en cuenta sus cualidades sociales e intelectuales, en disponer de una oferta amplia de desa-

rollo de conocimientos técnicos, en la mejora de la capacidad directiva en base a las características personales y necesidades del cargo, y en una oferta docente ampliamente diversificada, de calidad y adaptable al desarrollo individual.

Todo ello, unido a una carrera profesional bien diseñada, es la base para disponer de directores médicos que puedan cumplir la función de «gestión» de los cuidados (*managed care*) que se considera la clave de los nuevos modelos de actuación médica eficaz y eficiente (7).

Bibliografía

1. Portella E. *Quién dirige los Hospitales*. Cuadernos de Investigación. Mimeografiado. Barcelona: EADA, 1984.
2. Dixon M, Shaw C. *Maximizing Management Investment in the NHS: A study of National Management Trainers*. London: London King's Edward's Hospital Fund for London, 1986.
3. Direcció General d'Assistència Sanitària. *Programes de Formació per a la Gestió dels Centres Assistencials*. Informes i Dictamens, 4. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya, 1983.
4. Johnson A C, Forrest C R, Mosher J. An investigation into the Nature, Causes, and Implications of the Future Role of Health Care Administrator. The Final Report. Madison, WI: University of Wisconsin, Graduate School of Business, March 1977.
5. Austin C J. Education for Health Administration: A Statistical Profile. En: *Education of Health Administration*, Vol. 2. Commission on Education for Health Administration. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1975: 79-86.
6. Williams D. Some Educational Implications of the Introduction of General Management in the NHS. *J Health Administration Education* 1988; 3: 568-75.
7. Kongstvedt P R. *The managed health care handbook*. Maryland: Aspen Publications, 1989.