

Innovaciones organizacionales en hospitales públicos

Tirso Suárez-Núñez¹
Leonor Elena López Canto¹
Ruth Noemí Ojeda López¹

*La historia humana es creada por
actividades intencionadas
pero no es un proyecto intentado;
de manera persistente
la historia elude los esfuerzos para conducirla
en una dirección consciente.*
A. Giddens

RESUMEN

Las organizaciones hospitalarias públicas están sometidas a severas presiones para brindar servicios que impliquen cantidad, calidad, calidez y seguridad en medio de un ambiente de carencias de recursos; para enfrentar este problema los diseñadores de políticas públicas y directivos van en búsqueda e instrumentan innovaciones de carácter técnico y organizacional cuyas consecuencias se requieren evaluar. El objetivo del presente trabajo es describir y distinguir el grado de penetración y efectividad de tres innovaciones organizacionales promovidas en hospitales públicos de México. Para ello se empleó un método de investigación de carácter cualitativo basado en el estudio comparativo de casos; cuyos resultados son mixtos, van de la indiferencia a la resistencia de las innovaciones lo que refleja la baja pertinencia y lo flojamente acoplado de las redes.

¹ Profesores investigadores de la Universidad Autónoma de Yucatán. tirso.suarez@uady.mx, lopez.canto@hotmail.es, ruth.ojeda@uady.mx

ABSTRACT

The public hospital organizations are under severe pressures to provide services involving quantity, quality, warmth and security in an environment of lack of resources, for resolve this problematic the public policy makers and managers looking for and implementing technical and organizational innovations are required to evaluate the consequences .The aim of this research is to describe and distinguish the degree of penetration and effectiveness of three organizational innovations promoted in public hospitals of Mexico. For this used a qualitative method of research based on comparative case studies whose results are mixed, going from indifference to resistance of innovations reflecting low relevance and the loosely coupled of networks.

Palabras clave: Innovación, organización hospitalaria, cambio, procesos, red, gobernanza.

Keywords: Innovation, hospital organization, change, process, network, governance.

Los servicios de salud pública mexicanos (IMSS-ISSSTE-SS)² como es bien sabido atienden a la mayor parte de la población, en particular el IMSS y la SS están llevando a cabo planes y programas de ampliación, modernización e innovación en sus unidades hospitalarias. Es precisamente en relación a estas dos organizaciones sobre las que el presente trabajo hace un seguimiento en lo que corresponde a las innovaciones organizacionales en los niveles de establecimiento y de sistema. Específicamente se pretende describir y apreciar el grado de penetración de tres innovaciones promovidas recientemente por las autoridades y dirigentes de los hospitales públicos mexicanos:

- 1) La concentración y diferenciación de la denominada medicina de alta especialidad y enseguida promover su integración mediante un esquema de red organizacional.
- 2) La búsqueda de modalidades de interacción más ágiles y menos jerárquicas entre las diferentes unidades o establecimientos de salud, y:
- 3) La gestión por procesos aplicados al hospital.

La pregunta general que guía el trabajo es: ¿Qué tan pertinentes son las innovaciones intentadas y cuál ha sido la efectividad en su instrumentación? Se declara como fin último documentar la experiencia para su divulgación.

Lo que se reporta en este artículo como respuesta a las preguntas de investigación antes planteadas, es parte de un proyecto mayor dirigido a verificar la innovación en organización y gestión de las unidades médicas de alta especialidad tanto del IMSS como de SS y surgió como un tema emergente que fue posible captar, aislar y fundamentar gracias a la metodología adoptada y del software cualitativo usado, que más adelante se comenta.

En cuanto a su estructuración, el artículo se divide en las siguientes secciones: la primera dedicada al método, mientras que las dos siguientes contienen el marco teórico general y el específico acerca de las organizaciones y el hospital respectivamente; la cuarta sección aborda los planes, programas y normas que amparan y justifican las innovaciones organizacionales estudiadas, y finalmente las dos últimas se consagran a los resultados y las conclusiones.

Método

El método de investigación empleado en el proyecto del que se deriva este trabajo fue de carácter cualitativo con análisis de contenido en su modalidad "dirigido" (Hsieh y Shannon; 2005), ya que la indagación se apoyó en la tesis de Petigrew y

² El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) son organismos públicos descentralizados del Gobierno Federal dedicados a brindar seguridad social de los trabajadores asalariados, mientras que SS son las siglas de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, quien brinda servicios de carácter asistencial a la población abierta mediante hospitales y clínicas que opera de manera directa o en conjunción con los gobiernos estatales.

Massini (2003) quienes postulan que las organizaciones innovadoras se destacan por sus estructuras planas, procesos informatizados y fronteras que contengan las operaciones nucleares, siendo el criterio más importante para captar una innovación, que los cambios que la organización adopte se perciban como nuevos por sus miembros. El análisis de contenido “dirigido” tiene como fin verificar y en ocasiones es posible “extender” la teoría que aplica; por otra parte el software usado para procesar la información (NVivo9), tiene la flexibilidad para distinguir y facilitar el manejo de temas emergentes, como el que se reporta en el presente documento.

Congruente con lo anterior, se elaboró una guía de entrevistas conteniendo los temas iniciales y que sirvió de base para la recolección de la información en el campo. El trabajo se extendió como sigue: 1) Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán (HRAE PY): en enero y febrero de 2009 se realizaron en Mérida cinco entrevistas grupales de tres horas cada una a 15 directivos, funcionarios y médicos (15 horas de grabación aproximadamente); 2) HRAE Bajío: en junio de 2009, en León, Guanajuato, se realizaron siete entrevistas grupales a un total de 25 actores: los responsables y colaboradores de las principales áreas del hospital, el inversionista-proveedor y la delegación sindical recién formada. Se tomaron 10 horas de grabación; y 3) Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) Centro Médico Nacional IGT de Mérida, Yucatán: en julio–diciembre 2010 fueron entrevistados 39 directivos, y personal médico, paramédico y administrativo, con un total de 23 horas de grabación. El material grabado y videograbado, una vez transcrito, fue procesado, analizado e interpretado junto con la documentación acopiada, mediante el software cualitativo NVivo 9, para dar lugar a los resultados, una parte de ellos se exponen a continuación.

Marco teórico general: cambio, innovación, proceso y transformación organizacional

La revisión de la literatura reciente acerca del cambio y la innovación organizacional exhibe una amplia variedad de temas tales como teoría inter-organizacional y de redes, organizaciones basadas en el conocimiento, complementariedades, perspectivas relacionales, entre otros, junto con diversidad de niveles de análisis, lenguajes conceptuales y perspectivas teóricas (Demers, 2007; Bolman y Deal, 2008). Otros teóricos como Morgan (2006) dejan a la imaginación la visión del cambio que cada teoría organizacional conlleva, por ejemplo, la metáfora de la máquina es una fórmula para la estabilidad, pero la del cerebro es el cambio mediante la inteligencia y el aprendizaje, que por diseño está contenida en ella.

En la actualidad, el tema de redes coloca a las relaciones inter-organizacionales en el corazón de la agenda organizacional. El focus ahora está en descubrir el patrón de relaciones que se configura cuando las organizaciones se ven obligadas a interactuar para mitigar la incertidumbre ambiental y reducir sus dependencias de recursos, de acuerdo con la teoría propuesta desde 1978 por Pfeffer y Salancik (2003), dentro

de la cual Hakansson y Johanson (1998) recalcan el control que ejerce de manera directa o indirecta un actor, sobre las actividades y recursos de sus contrapartes.

La idea inicial visualiza una red como un sistema de relaciones entre partes (nodos, actores), que desarrollan vínculos (lazos y relaciones) entre sí, para dar respuesta a las necesidades de sus miembros mediante el intercambio de información y de diversas clases de recursos. A partir de lo anterior, Baker (1992) y Nohria y Eccles (1992) definen a la red organizacional como una red social: un patrón fluido, flexible y denso de relaciones de trabajo que atraviesan límites intra e interorganizacionales, otros autores (Scott y Davies, 2007) refieren que en las redes de organizaciones sociales, los lazos canalizan información, solidaridad, enfermos, etc. y la gobernación es de tipo clan o relacional.

Por otra parte, los conceptos de red y sistema están muy vinculados, en principio se dice que una red -sobre todo la social- es un sistema cuyas relaciones no son jerárquicas y mediante ellas se realizan variados tipos de intercambios: información, materiales, recursos financieros, servicios y soporte social (Scott y Davis, 2007). Adicionalmente las relaciones pueden ser informales y totalmente basadas en la confianza, o estar formalizadas mediante contratos (Provan, Fish y Sydow, 2007).

Otro tema, en cuanto a cambio e innovación organizacional es la perspectiva del proceso que está surgiendo como una alternativa a la típica visión de la estructura por funciones. Se dice que el diseño por funciones se dirige a controlar el proceso pero no a impulsar la creación de valor, por eso otorga importancia a la jerarquía, lo cual es válido en un mercado dominado por los vendedores. Por contraste un diseño basado en el proceso está interesado por la creación de valor (McNulty y Ferlie, 2002).

Las innovaciones organizacionales recientes están dirigidas hacia el proceso buscando en última instancia la creación y redefinición de la cadena de valor, es más, se argumenta que por la dinámica de la industria cualquier cadena de valor tiene corta vida por lo que el sistema de control primario es el mercado. La reingeniería de procesos de la empresa o BPR, por sus siglas en inglés, es una técnica que pretende repensar y rediseñar los procesos haciendo a un lado las típicas funciones para centrarse en el proceso y lograr dramáticas mejoras en el desempeño, medido éste por criterios tales como costo, calidad, servicio y velocidad (McNulty & Ferlie, 2002). La mayor difusión de esta técnica se atribuye a Hammer y Champy(1993); al comentar, más adelante, la aplicación de esta idea a los Hospitales Regionales de Alta Especialidad, se dispondrá de mayores elementos sobre el tema.

Por último, si se considera a la innovación como un cambio abrupto en la estructura o en el proceso pueden existir varias versiones de lo que es nuevo o innovador en ella. Pettigrew y Massini (2003) sugieren las siguientes: primero, puede referirse a una genuina proliferación de una innovación organizacional, tal como lo fue la difusión de la forma divisional en 1930; segundo, innovación puede ser alguna nueva combinación de proceso y/o estructura no asociados previamente; tercero, una nueva combinación de estructura y/o procesos anteriormente asociados y finalmente puede

ser alguna iniciativa organizacional que es nueva en una actividad o una economía específica, pero no para otros. De cómo todo lo anterior se proyecta en el ámbito de una organización muy particular como el hospital, es el tema de la siguiente sección.

Marco teórico específico: La organización hospitalaria, la innovación y los sistemas de salud

Glouberman y Mintzberg (2001) conciben al hospital como una organización fragmentada en “cuatro mundos”: el de la curación de los médicos, el del cuidado de las enfermeras, el del control de los directivos y el de la comunidad integrado por sus delegados en la junta de gobierno. Los “cuatro mundos” del hospital son componentes necesarios del sistema de cuidado de la salud y cura de enfermedades, pero están desconectados en virtud de sus valores irreconciliables, sus estructuras incompatibles y las actitudes intransigentes de sus miembros. Sin embargo, el sistema funciona mediante arreglos o equilibrios temporales que se logran mediante coaliciones de poder.

Acorde con la visión anterior, está la concepción del hospital como una organización pluralista, en la medida que incluye objetivos divergentes (cuidado del paciente, salud pública y control de costos) y múltiples actores (profesionales, gerentes, grupos comunitarios y políticos) vinculados mediante relaciones de poder fluidas y ambiguas (Denis, Langley y Rouleau, 2007; Denis, Lamothe y Langley, 2001). Para McNulty y Ferlie (2002) el enfoque pluralista está más presente en los hospitales públicos porque sus planes son concebidos y discutidos como parte de políticas públicas en materia de salud y no en el seno del mercado de servicios.

En una organización profesional como el Hospital, el pluralismo crece, puesto que los operadores, por el conocimiento que manejan y la jurisdicción o monopolio de la actividad a que tienen derecho, concentran poder, se manejan con cierta autonomía y resisten con relativo éxito los cambios que no van con su lógica de producción profesional. Más aún, históricamente la medicina es el caso ideal de dominación profesional y por ello en los hospitales las decisiones son más colegiadas que jerárquicas, mientras que en la dirección tiene una débil capacidad de maniobra.

Ha habido varios intentos de dotar de más poder a la dirección, las estrategias han variado desde la cooptación de los médicos al nombrarlos directores, o subdirectores, hasta organizar al público para que exija mayor participación, información y transparencia en lo que concierne a las decisiones y desempeño del médico, sin contar con los instrumentos de control como guías médicas, planes-presupuestos y otras herramientas de control, que sin embargo registran resultados limitados debido a que en realidad el paciente de un hospital es el paciente del médico, no del directivo, de la enfermera o de la trabajadora social (Bohmer, 2009; McNulty y Ferlie, 2002).

Lo anterior explica por qué en el hospital, la adopción de innovaciones y su difusión, están en función en primer lugar de las características de la propia innovación, integrado por sus elementos “duros” con sus impactos periféricos “suaves”

menos claros pero flexibles; en segundo lugar del sistema que lo adopta, donde es importante considerar los actores claves involucrados (médicos, administradores, pacientes, etc.) sus intereses, valores y la re-distribución del poder que involucra la adopción de la innovación; la interacción de ambos grupos de factores será muy importante primero para la adopción de la innovación y luego para su difusión o penetración más allá de la unidad pionera.

Denis, Hebert, Langley, Lozeau y Trottier (2002) llegan a la conclusión anterior después de estudiar la introducción de cuatro artefactos innovadores en hospitales canadienses, enfatizando que la adopción de las innovaciones no es racional en el sentido que responde únicamente a la distribución de los intereses de los actores involucrados, porque si bien los intereses son importantes, los valores también cuentan para la adopción o la resistencia al cambio que implica una innovación.

McNulty y Ferlie (2002), por su parte reseñan cómo entre 1992 y 1998 un pequeño grupo de directivos y médicos del Leicester Royal Infirmary decidieron llevar al cabo un proyecto de re-ingeniería de los procesos en respuesta a los desafíos médicos y administrativos que el hospital enfrentaba en el contexto de cambio de las políticas de salud pública en Gran Bretaña; al final se revelaron incapaces de lograrlo en muchas partes, debido a que el cambio intentado era muy radical y no estaban seguros de la bondad de sus efectos.

Pascal (2003) está de acuerdo con lo anterior cuando argumenta que la instrumentación de la gestión por procesos en el hospital y su normalización mediante procedimientos, requiere tomar en cuenta las especificidades del cuidado de la salud, que por naturaleza es complejo debido a la conjunción de dos elementos: variedad de modos y modalidades y variabilidad al aplicar un modo específico de cuidado.

En el mismo sentido, Dopson y Fitzgerld (2005) reportan la dificultad de aplicar los principios de la medicina basada en la evidencia en la práctica clínica atribuyéndoselo en principio a las fuertes diferencias en las visiones profesionales y la complejidad del contexto organizacional.

Por todo lo anterior, Mintzberg (2002) se preguntaba si los servicios de salud pública de países como Gran Bretaña y Canadá, eran de hecho un sistema, porque encuentra evidencias de que la jerarquía se trunca pronto y no logra influenciar a nivel operativo. El autor aprovecha para incluir el tema de la red y afirma que en la atención a la salud y en la cura de enfermedades, la organización en red es importante, sin embargo en su intento por gobernarla, los directivos provocan desconexiones de los eslabones de la misma

Rodríguez, Langley, Beland y Denis (2007) señalan que la integración y operación de redes organizacionales de servicios públicos tiene su dificultad natural que hasta ahora no ha sido del todo comprendida, añaden que en su mayor parte son redes por mandato donde la cooperación y el intercambio es por un intermediario facultado por la ley, que requiere un mecanismo de gobernación de mayor complejidad porque debe de mezclar los tres conocidos: mercado, jerarquía y clan.

Por otra parte Provan y Milward (2001) indican que la dificultad de integrar las redes de servicios públicos, está en los múltiples intereses en juego, que hace que muchas veces el incremento de efectividad de la red sea con el sacrificio de una parte.

A continuación se describen los cambios e innovaciones intentadas, en el caso particular de las unidades y sus redes objeto de este trabajo.

Aproximación a la normatividad de la organización, gestión e interacción de las unidades médicas de alta especialidad en México

Desde los primeros años del presente siglo, en México, como parte de los planes de ampliación y modernización de la infraestructura hospitalaria, se han venido impulsando la diferenciación de la medicina de alta especialidad y la creación de establecimientos de tercer nivel de atención, para concentrar en ellos los procesos médicos complejos e iterativos y dejar a los Hospitales Generales o de segundo nivel, los padecimientos crónicos cuyos procesos supuestamente son conocidos y secuenciales.

Según la Secretaría de Salud (2007) la alta especialidad es un concepto que va más allá del tercer nivel de atención, si se vincula con la producción de conocimiento, su destilación, la formación de personal experto y la rápida traducción de los resultados de la investigación en beneficio de los pacientes. La integración de las unidades de los diferentes niveles se haría bajo el concepto de red.

En función a lo anterior, la Secretaría de Salud a partir del año 2006 ha venido creando los Hospitales Regionales de Alta Especialidad (HRAE) como organismos públicos descentralizados dirigidos a atender padecimientos de baja incidencia y alta complejidad diagnóstico-terapéutica, que requieren equipamiento sofisticado y costoso, y alta tecnología.

Por su parte, el IMSS ha creado las Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE), que surgen entre 2003 y 2005 como parte de un proceso de desconcentración que consistía primero en conformar Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada (AMGD) que se integraban con las clínicas y hospitales de primero y segundo nivel, y de esta manera, identificar e integrar establecimientos dedicados al tercer nivel de atención (UMAEs), que estaban dispersos en el territorio nacional. Una vez conformadas las AMGD y las UMAEs, se les dotaría de un presupuesto propio y autonomía con respecto a las delegaciones regionales de las cuales venían dependiendo, aunque ahora serían reguladas desde la dirección general del organismo.

Los HRAEs están conformados por al menos cuatro bloques de servicios bien diferenciados (CCINSHAE, 2011):

- Una unidad de atención médico-quirúrgica, cuyas formas de trabajo recuerdan la producción “artesanal”, con productos individualizados (“a la medida” de cada paciente), pero con procesos que tienden a la estandarización, basados en la evidencia científica y realizados por múltiples profesionales

especializados, altamente calificados, que ejercen con relativa autonomía, pero a la vez requieren un alto grado de coordinación y, muchas veces la toma de decisiones colegiada.

- Una unidad de producción de servicios intermedios cuyos procesos son similares a los que se desarrollan en la industria, con el empleo de alta tecnología y automatización.
- Una unidad de educación superior y vínculo con la investigación, para formación técnica, profesional y de posgrado.
- Una unidad de producción de servicios especializados destinados al hospedaje, alimentación (dietética) y confort, cuyos usuarios requieren satisfactores muy diversos y tienen diferentes exigencias y expectativas.

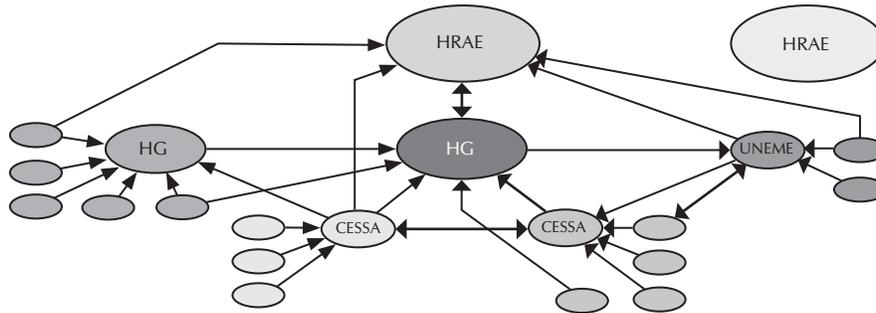
El HRAE nace con el propósito fundamental de constituirse como una unidad médica modelo, al introducir no únicamente equipo actualizado y personal capacitado para brindar servicios de salud complejos a la población abierta, sino lo más moderno de la organización y gestión hospitalaria. Actualmente están en operación seis unidades de este tipo las cuales, junto con los Institutos Nacionales de Salud (INSalud), los Hospitales Federales de Referencia (HFR) y otros hospitales vinculados con universidades, conforman la Red de Servicios de Salud de Alta Especialidad (REDSAES).

Adicionalmente se pretende que cada HRAE encabece -en su región de influencia- la red de servicios de salud públicos, como se muestra en la figura 1.

De acuerdo con la Secretaría de Salud (2006) la operación bajo el esquema de Red de Servicios de Salud debe verse como una innovación organizacional, ya que busca terminar con el modelo jerárquico en el que cada nivel es una especie de filtro o mecanismo de contención para lograr “mayor resolución”; bajo la idea de red la “resolución” se acerca a las personas sin necesidad de tener que seguir una secuencia “referencia-contrarreferencia”³, es más, hace notar que los recursos no se mantienen estáticos, sino que fluyen en la red para asegurar la mejor atención a usuarios y familiares, lo anterior se puede apreciar en la figura 2, la cual contrasta el método de referencia-contrarreferencia ordenada y piramidal con el basado en red en la que un paciente puede pasar del primer al tercer nivel de manera directa.

³ Es muy común en terminología hospitalaria el denominado método de “referencia-contrarreferencia” de pacientes y expedientes clínicos que fluyen para su atención entre un hospital de un nivel, a otro de un nivel superior, es decir, con mayor capacidad resolutive. De esta manera los hospitales del primer nivel son las clínicas comunitarias quienes envían (referencian) al hospital general (de especialidades) para su atención a los pacientes, éstos una vez curados deben regresar (contra-referencia) junto con sus expedientes a la unidad que los canalizó en primera instancia, en caso contrario el hospital general deberá referenciar (enviar) al paciente-expediente al hospital de alta especialidad (tercer nivel) y éste regresar el expediente una vez concluido su intervención. Por lo anterior se supone que son excepcionales los ingresos directos de pacientes a los hospitales de segundo y tercer nivel y por ello se dice que son de admisión continua.

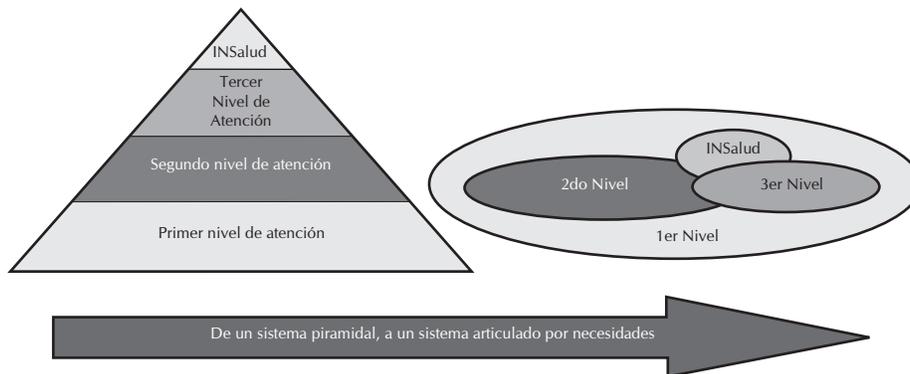
Figura 1
Red Regional del HRAE



80

Fuente: Innovaciones en Gestión Hospitalaria en México: el caso de los hospitales regionales de alta especialidad HRAE, Secretaría de Salud, Gob. Fed. 2006 . Acronimos: HC hospital comunitario (primer nivel); HG hospital general (segundo nivel); UNEME unidad de medicina ambulatoria (primer nivel); CESSA: servicios de salud ampliados (primer nivel) .

Figura 2
Métodos de interacción de las unidades en red

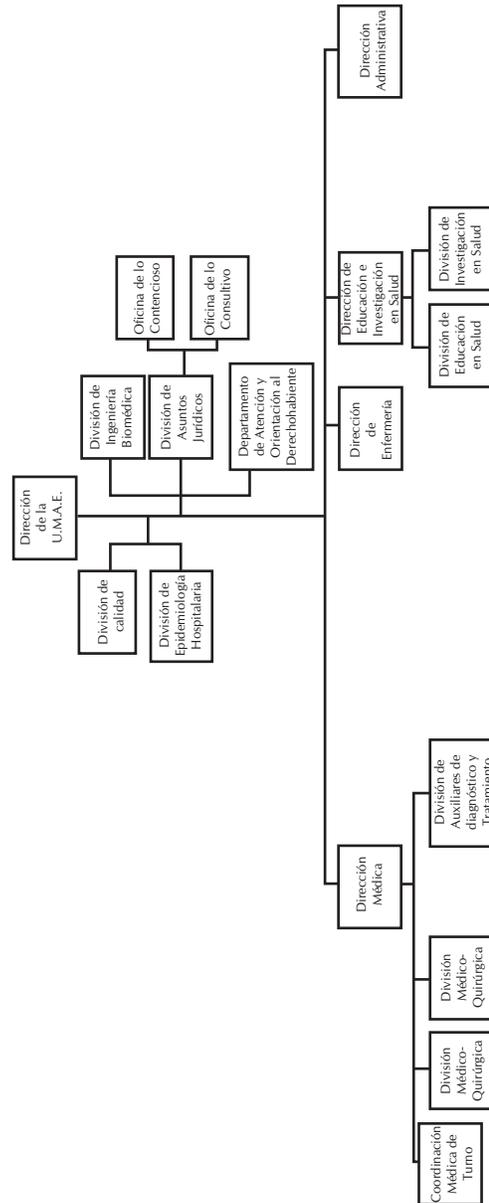


Fuente: Programa de Acción Específica de Medicina de Alta Especialidad 2007-2012, Secretaría de Salud, Gob. Fed. Sin fecha de edición

En lo que respecta a las UMAEs (ver figura 3), surgen de un proceso de desconcentración del IMSS cuya integración partió de la identificación en los hospitales generales de espacios y recursos que se apegaran a los criterios siguientes: i) que atendieran principalmente a pacientes con padecimientos considerados de alta especialidad, ii) que contaran con equipamiento de alta tecnología, y iii) que realizaran educación e investigación en salud con alto nivel académico. Con base en lo anterior, surgieron 25 UMAEs en todo el país, como unidades médicas del tercer nivel de atención, con autonomía de operación de las delegaciones y de las direcciones regionales, pero dependiendo directamente de las oficinas generales, tenien-

do como objetivos los siguientes: *otorgar atención médica de alta especialidad a los usuarios, con oportunidad, conforme a los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, que permita satisfacer las necesidades de salud y las expectativas de los usuarios y de los prestadores de servicios, así como fomentar la educación y la investigación en salud, a través de una administración eficiente y transparente de los recursos institucionales* (IMSS, 2010).

Figura 3
Organigrama Genérico UMAEs



Fuente: Manual de Organización de las Unidades Médicas de Alta Especialidad: IMSS 2010, por cuestiones de espacio se incluye únicamente hasta el nivel de división.

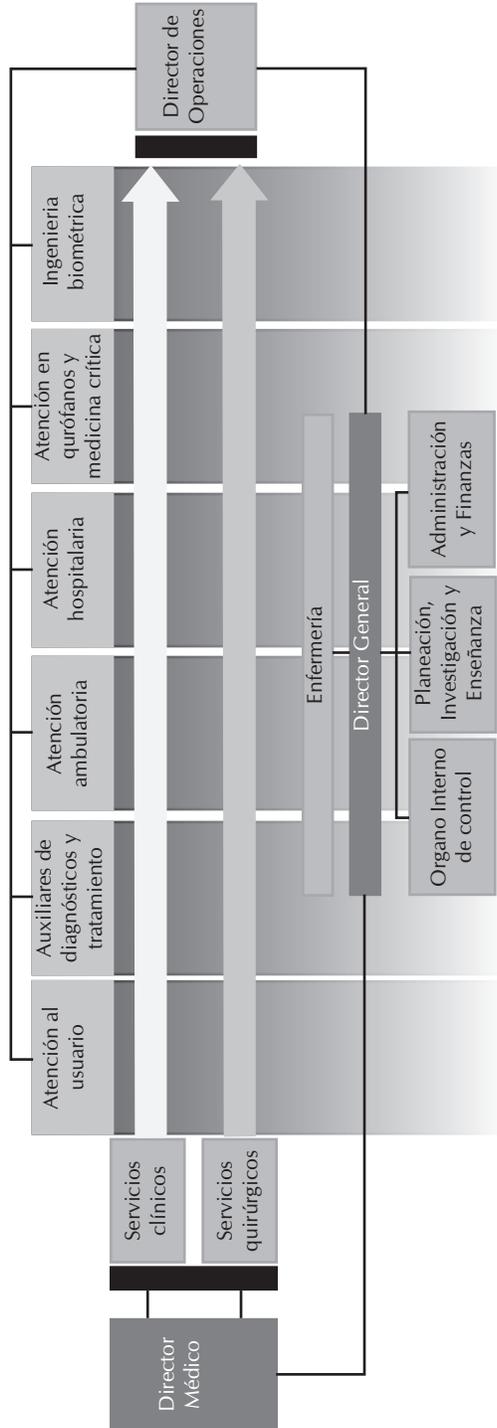
Como puede verse en la figura 3, la UMAE incluye como función sustantiva la educación e investigación en salud, que es un rasgo distintivo del hospital de tercer nivel, sin embargo, no muestra mecanismos innovadores de integración médico-administrativo, como sería la gestión por procesos, únicamente destaca en la organización de la UMAE el énfasis dado a la calidad, al crear una división específica a nivel de staff a la Dirección General, encargada de evaluar el desempeño de los servicios para promover la mejora continua de la calidad y eficiencia de los procesos, a través de la implantación de un modelo de gestión de la calidad, en lo demás sigue el esquema tradicional de organizar por especialidades y sub-especialidades médicas (IMSS, 2010; Aguirre-Gas, 2008).

En lo que respecta a la interacción de las UMAEs con otras unidades del IMSS, la normatividad únicamente hace mención que su Dirección Médica deberá vigilar que se aplique el sistema de referencia-contrarreferencia de pacientes de la unidad y unidades que le deriven (IMSS, 2010). Es decir, se asume que la interacción de las unidades de la red o sistema es mediante el flujo ordenado de pacientes gobernado por la jerarquía, lo cual es lógico pues se trata de un organismo público descentralizado que en su interior desconcentra funciones, es decir concede autonomía técnica pero conserva el control de los recursos.

En contraste con lo anterior, los planes de los HRAEs que desde su origen declaran la transformación de la gestión hospitalaria, mediante un nuevo esquema de interacción entre unidades -el cual fue mencionado líneas arriba- y la adopción de un Modelo de Gestión de 10⁴ elementos de los cuales el número 3 es la gestión clínica por procesos que se considera el “corazón operativo” del modelo y se define como “el conjunto de actividades relacionadas con la asignación y aplicación de los recursos requeridos en la prestación de los servicios de salud y la toma de decisiones a lo largo del proceso de atención al cliente. La gestión por procesos es netamente horizontal, es decir atraviesa la organización; no se organiza por estructuras verticales como los clásicos servicios hospitalarios” (Secretaría de Salud, 2006: 23). La estructura organizacional del HRAE bajo el influjo de la gestión por procesos se muestra en la figura 4, en ella se puede apreciar a la Dirección de Operaciones como el elemento que junto con la parte médica conduce el proceso e integra los apoyos necesarios.

⁴ El elemento número 1 del modelo es la alta dirección, el 2 se refiere al servicio de atención a pacientes y familiares, el 3 a la gestión clínica por procesos, el 4 a los servicios generales, el 5 a Secretaría de Salud, el 6 al tercer pagador, el 7 a los grupos médicos, el 8 pacientes públicos y privados, el 9 a la “solución gerencial” y el 10 a la colaboración con centros de investigación.

Figura 4
Estructura Organizacional de los HRAES basada en la gestión por procesos



Fuente: Innovaciones en Gestión Hospitalaria en México: el caso de los hospitales regionales de alta especialidad HRAE, Secretaría de Salud, Gob. Fed. 2006.

Es pertinente aclarar que los HRAEs ubicados en Chiapas y Oaxaca, considerando las condiciones de la orografía, marginación y asuntos políticos particulares, que vuelven sus problemas muy idiosincráticos, no se consideraron como objeto de estudio, al menos en una primera etapa.

En la siguiente sección se presenta una síntesis de la información recolectada y su interpretación apoyada con frases testigo tratando de responder a la pregunta general: ¿Qué tan pertinentes son las innovaciones intentadas y cuál ha sido la efectividad en su instrumentación?

Aproximación a la realidad de las innovaciones en la organización, gestión e interacción de las unidades médicas de alta especialidad en México

84

En lo que concierne a la concentración y diferenciación de la denominada medicina de alta especialidad y su integración mediante un esquema de red organizacional, en los HRAES estudiados, se detectó un cuestionamiento por el surgimiento como nuevas unidades medicas de este tipo, específicamente por el monto de la inversión que ellos requieren para la atención de padecimientos de baja incidencia en la población, cuando la gran mayoría de la gente está padeciendo males crónicos. El debate arrecia cuando se contrastan la arquitectura y equipamiento de las instalaciones de las unidades de alta especialidad, con la modestia y la saturación de aquellas dedicadas al segundo nivel.

Este reclamo es común en los funcionarios de salud de los gobiernos de las entidades federativas que son los responsables de la operación de los hospitales generales y muchos de ellos maniobraron, -como fue el caso de Sinaloa- para que se les remodelara y reforzara sus hospitales generales e incluyeran el servicio de atención a enfermedades consideradas de alta especialidad (trasplantes cardiovasculares, HIV, neurocirugía, oncología, etc.), para convertir sus unidades de segundo nivel en mixtas. El cuestionamiento al parecer ha tenido impacto puesto que de la red de 18 HRAES proyectados, en seis años sólo una tercera parte se han construido.

En cuanto a la diferenciación de la alta especialidad en el IMSS, el personal que labora se refiere positivamente a la creación de las UMAES señalando que su tamaño y su organización permiten un rápido acceso a los directivos y la ágil resolución de los problemas de atención urgente. Un estudio publicado en revista interna reporta que los indicadores de calidad y eficiencia han evolucionado positivamente en el corto periodo de su introducción, sin embargo señala importantes problemas aún pendientes:

Los resultados presentados muestran que en el período de transición hacia la desconcentración, la calidad y la eficiencia en la operación de las UMAE no tan solo no se ha deteriorado, sino que ha venido mejorando progresivamente... Sin bien, al segundo cuatrimestre del año 2006, hay un 18% de los indicadores de calidad y

eficiencia fuera de rango, representa un buen progreso -si se toma en cuenta que en 2004 la cifra ascendía a 48 % -y un área de oportunidad de problemas por resolver, (Coordinador de las UMAES en Revista Médica del IMSS).

Según el mismo reporte algunos de los problemas por resolver eran: bajo índice de consultas por consultorio, sub-secuencia elevada, promedio prolongado de días de estancia hospitalaria, elevado índice de gastos de laboratorio y radiodiagnóstico por paciente y mortalidad particularmente alta en un hospital de especialidades, con fuertes evidencias que fueran por infecciones nosocomiales.

En los HRAEs se reconoce como su gran problema la baja tasa de ocupación que es del 14 % consecuencia primero de un plantel de personal insuficiente por falta de asignación presupuestal (Secretaría de Salud, 2007) y segundo por las dificultades de su integración a los hospitales generales de la región en la que se insertan, dificultades tanto técnicas como políticas, de allí el contraste del HRAE Bajío y el HRAE Península de Yucatán, en el primero su aspecto y operación es deslumbrante, construido y operado en asociación pública-privada en una entidad cuyo partido en el poder es el mismo que el del Gobierno Federal. En el caso de la Península de Yucatán los gobiernos estatal y federal provienen de partidos políticos diferentes lo que dificulta su integración a la red regional.

Vale la pena señalar la importancia de los sindicatos en la organización y gestión tanto en las UMAEs como en los HRAEs, especialmente en estos últimos ya que no obstante ser organismos públicos descentralizados, sus sindicatos son secciones del Sindicato Nacional de Salubridad y por ese hecho las principales negociaciones autoridades-sindicato se hacen en la cima, con escasa participación de los afectados directamente:

¿Por qué el hospital no tiene un sindicato independiente? Bueno la propia Constitución establece la libre asociación en materia de sindicalismo, aquí en su momento hubo un trabajo de adscripción por parte del sindicato nacional, en el cual se vio o se trabajó esa etapa de convencimiento para afiliarse a dicho sindicato y tomaron la decisión algunos trabajadores, donde firmaron algún documento donde estaban de acuerdo de haberse adscrito o afiliado a dicho sindicato y es con base en el sindicato nacional con el registro correspondiente al sector administrativo y se le da el registro a la sección 99, (Líder Sindical seccional HRAE Bajío).

Finalmente, se reconoce ampliamente los beneficios de la diferenciación de la medicina de alta especialidad, ya que los HRAEs y las UMAEs la acercan a las regiones y evitan el desplazamiento de los pacientes a los Institutos Nacionales concentrados en el Distrito Federal, sin embargo no deja de llamar la atención el señalamiento de insuficiencia de recursos y lentitud en el suministro de medicamentos, atribuido a lo siguiente: en los HRAEs por problemas de una descentralización inconclusa sobre todo en cuanto a plantilla de personal cuyo manejo sigue siendo centralizado, y en las UMAES, por una desconcentración insuficiente que les detiene el suministro de medicamentos y muestra rezagos e insuficiencias en sus instalaciones.

En cuanto a la integración de las unidades mediante el esquema de red, pasa lo siguiente: el plan original de la creación de 18 redes con un HRAE a la cabeza, implicó dividir el territorio nacional en 18 regiones, el primero de ellos fue el del Bajío ubicado en la ciudad de León Guanajuato, que declara como área de influencia los estados de Aguascalientes, Jalisco, Michoacán y Zacatecas; el segundo HRAE fue el de la Península de Yucatán, con sede en Mérida y cuya área de influencia abarca los tres estados peninsulares. En ambos se detectan problemas de baja ocupación y mucho de ello lo explica el tamaño de la red que da lugar a: i) tiempo y costo que implica el traslado de los pacientes de las entidades vecinas; ii) falta de comunicación con los hospitales generales circunvecinos para dar a conocer su oferta de servicios; y iii) boicot por parte de las entidades circunvecinas y sus autoridades para justificar su propio hospital de alta especialidad o prestar el servicio en sus instalaciones y recuperar el gasto vía Seguro Popular, en general se percibe como un sistema fragmentado y flojamente acoplado.

Es claro que en el caso del IMSS, la integración de la medicina de alta especialidad no es problema porque la gobernación de su red de hospitales es por jerarquía y no por mandato, siendo fuertemente conducida desde el centro del país, si acaso se hace notar la presión de personas influyentes para que sus parientes y recomendados sean atendidos en las UMAES, aunque por el padecimiento no lo amerite.

En lo relativo a la búsqueda de modalidades de interacción más ágiles y menos jerárquicos entre las diferentes unidades o establecimientos de salud, mediante cambios en el método de referencia-contrarreferencia impulsado por la Secretaría de Salud, de manera que sea menos jerárquico y más horizontal (ver figura 2), nuestra indagación acerca de su viabilidad provocó gran extrañamiento en el personal médico tanto de HRAEs como de UMAES, al distinguir primero un problema técnico: la carencia de instrumentos y experiencia del personal del hospital o clínica comunitaria, para detectar un padecimiento que justifique su traslado al tercer nivel. Adicionalmente, dan cuenta de un posible problema de oportunismo al romper el orden de la referencia-contrarreferencia sin antes hacer los esfuerzos suficientes por resolver el problema localmente, que podría saturar innecesariamente los niveles superiores.

Por último, en cuanto a la aplicación de la gestión por procesos como innovación en los HRAE, se distinguen avances en el HRAE del Bajío donde la dirección de operaciones al menos tiene más claro su rol de mecanismo de enlace medico-administrativo. Ante la pregunta de si funciona bien la regulación del proceso de curación, la respuesta fue:

Sí funciona bien, aunque ha habido un aprendizaje entre el personal médico buscando manejar la tensión entre costo y calidad, la presencia de los médicos de la dirección de operaciones para el manejo de la tensión costo y calidad ha sido una experiencia positiva aunque no ha sido fácil. La manera en que se manejan los procesos es la programación de los equipos de diagnóstico y consultorios por la

dirección de operaciones/gerencia social quien hace el seguimiento del paso de los pacientes por el hospital, (Director de Operaciones HRAE Bajío).

Deja una buena impresión el equipo de la dirección de operaciones del HRAE Bajío, gente joven y entusiasta muy comprometida con el hospital, esta área representa la parte nueva de la organización hospitalaria que busca el control de costo por una visión más empática con la calidad y la calidez. Sin embargo en el HRAE Península de Yucatán, no hay una clara distinción entre proceso y procedimiento así como la importancia que tiene la dirección de operaciones como mecanismo de integración médico/administrativo:

Ellos (la dirección de operaciones) son proveedores de nosotros, o sea, ellos son los que nos llevan a nosotros las cuentas de: hoy se hicieron cinco cirugías de tal cosa, este, se hicieron diez estudios de tal cosa; y nosotros con base en eso podemos proyectar lo que vamos hacer. ¿Por qué se decide que sea un médico el que este a la cabeza de esto? Porque tiene que tener, tiene que pensar como nosotros, eso no quiere decir que él va a actuar como nosotros. De hecho uno de nuestros principios básicos, cuando nosotros dijimos es: “La Dirección de Operaciones no puede tener injerencia médica en nada”, ni en recetar una aspirina siquiera porque si no va haber un conflicto serio entre los médicos y nosotros. De hecho aunque ellos tienen subdirectores que son médicos, no tienen injerencia médica, solo son proveedores.

Mi conclusión en relación a esto es: que si, efectivamente hay una serie de procesos que están muy marcados pero que no han sido lo suficientemente ágiles para resolver una problemática que nosotros tenemos y se han creado una serie de procesos no escritos ni autorizados pero que se están tratando de sistematizar para poder llevar a cabo una tarea; eso es lo que nosotros estamos realizando en términos generales para la atención médica, (Director Médico del HRAE PY).

Por otra parte, para las UMAES no hay una clara distinción del proceso médico-paciente como la razón de ser del hospital:

La gestión por procesos: Administra y mejora sus sistemas, procesos (sic) y servicios, para asegurar que los usuarios reciban consistentemente un valor superior; es decir, identifica cómo están alineados dichos elementos con las estrategias institucionales, la normatividad aplicable y las necesidades de los grupos de interés, (Modelo de Competitividad, Efectividad y Resultados Institucionales MOCERI).

En síntesis la organización por procesos que el modelo de los HRAE destaca como innovación, en la práctica se convierte en la intención de que el tránsito del usuario por el hospital sea lo más fluido posible, con el concurso de la dirección médica y la de operaciones, especialmente las trabajadoras sociales quienes se encargan de hacer el seguimiento.

Conclusiones: la innovación, su instrumentalización, la ilusión

Se han revisado tres innovaciones organizacionales y sus consecuencias en tres diferentes niveles: en el teórico, en el de los planes o intenciones y en el de la realidad empírica. Las conclusiones -para cada una de ellas- pueden formularse como sigue: en lo que concierne a la diferenciación de la medicina de alta especialidad y su tratamiento en establecimientos exclusivos para dar lugar al tercer nivel de atención, si bien resulta pertinente desde los puntos de vista organizacional y espacial: i) aislar los procesos médicos iterativos, experimentales y complejos para vincularlos con la investigación y educación; ii) descongestionar los Institutos Nacionales de Salud en el DF y, iii) acercar los servicios médicos de calidad a población periférica, debe hacerse notar que ha habido grandes dificultades para incrustarlos en el sistema de salud, en parte porque los planes de su creación se han detenido dejando a las nuevas unidades inacabadas o sin la dotación de personal y en parte, por la diversidad de intereses de los integrantes del sistema que vuelve difícil su gobernación.

En lo relativo al funcionamiento de redes de hospitales, el concepto es muy novedoso y pertinente desde el punto de vista organizacional como mecanismo de integración horizontal y cooperación no jerárquico que busca un mejor aprovechamiento de recursos y personas, sin embargo su operación no es fácil, más aún, romper el método ordenado de referencia-contrareferencia no parece ser el camino indicado; las redes por mandato, como es el caso de los hospitales públicos, requieren una reglamentación nueva y clara para hacer posible un intercambio de pacientes, expedientes y recursos entre ellas, si el "sistema" de salud se mantiene fragmentado como está ahora (IMSS; SSA; ISSSTE; Seguro Popular, Servicios Estatales de Salud) la interacción de las unidades como red está llena de impedimentos legales e intereses diversos.

Por último, la gestión por procesos en el hospital o centrada en paciente, es una idea revolucionaria que no ha sido adoptada del todo por su poca pertinencia en la salud pública; funciona muy bien, sin nombrarla como tal, en la medicina privada, pero en el sector público requiere una mayor dotación de recursos para que pueda operarse a plenitud, así como la formación de directivos de hospitales del sector público que estén conscientes de las dificultades propias de la medicina pública y que vislumbren al modelo como un "tipo ideal".

En general, las tres innovaciones estudiadas tienen un valor intrínseco, pero un avance y difusión insuficiente en su aplicación, algunas veces por carencias y resistencias propias de los valores e intereses de los actores del sistema que los adopta, y otras porque se trata de imitación extralógica o adopción poco reflexionada de las modas empresariales en la que lo nuevo es producto de un deseo, ilusión o moda que no necesariamente se convierte en práctica o en la que su aplicación es pasajera.

Bibliografía

- Baker, W., 1992. The network organization in theory and practice. En N. Nohria y R. Eccles (Eds.), *Networks and organizations. Structure, form and action*. Boston, MASS, USA: Harvard Business School Press.
- Bolman, L.G. y Deal, T.E., 2008. *Reframing Organizations; Artistry, Choice and Leadership*. 4ª ed. USA: Jossey-Bass.
- Bohmer, R. M., 2009. *Designing Care: aligning the nature and management of health care*. Boston, MA: Harvard Business Press.
- Demers, C., 2007. *Organizational Change Theories: a synthesis*. USA: SAGE.
- Dopson, S. & Fitzgerald, L., 2005. Introduction. En: Dopson, S; Fitzgerald, L. *Knowledge to Action? Evidence-Based Health Care in Context* (1-3). GB: Oxford.
- Hakansson, H. & Johanson, J., 1998. The network as a governance structure: interfirm cooperation beyond markets and hierarchies. En N. Brunsson y J.P. Olser, *Organizing organizations* (45-63). Noruega: Fagbokforlaget.
- Hammer, M. y Champy, J., 1993. *Reengineering the corporation: a manifesto for Business Revolution*. USA: Harper Business.
- Morgan, G., 2006. *Images of Organization*. USA: SAGE
- McNulty, T. & Ferlie, E., 2002. *Reengineering Health Care: the complexities of organizational transformation*. New York: Oxford.
- Nohria, N. & Eccles, J., 1992. Face-to-face: making network organizations work. En N. Nohria y R. Eccles (Eds.), *Networks and organizations. Structure, form and action*. Boston, MASS, USA: Harvard Business School Press.
- Pascal, C. 2003. La gestion par processus a l'hôpital entre procedure et creation de valeur. *Revue Francaise de Gestion*, 5(146), 191-204.
- Pettigrew, A & Massini, S., 2003. Innovative Forms of Organizing: trends in Europe, Japan and USA in the 1990s. En: Pettigrew; Whittington; Melin; Sanchez-Runde; Van den Bosch; Ruigrok y Numagami, *Innovative forms of Organizing, international perspectives* (1-48). London: SAGE.

• Pfeffer, J. & Salancik, G., 2003. *The external control of organizations*. Stanford, USA: Stanford University Press.

• Scott, W., & Davis, G., 2007. *Organization and Organizing. Rational, Natural and Open System Perspectives*. USA: Pearson PH.

Publicaciones periódicas

• Aguirre-Gas, H.G., 2008. Proyecto UMAE: desarrollo y avances 2004-2006. *Revista Médica del IMSS*, 46 (5), pp. 571-580.

• Denis, J., Lamothe, L., & Langley, A., 2001. The Dynamics of Collective Leadership and Strategic Change in Pluralistic Organizations. *Academy of Management Journal*, 44(4), pp. 809-837.

• Denis, J.L., Hebert, Y., Langley, A., Lozeau, D., & Trottier, L. H., 2002. Explaining Diffusion Patterns for Complex Health Care Innovations. *Health Care Manage Review*, 27(3), pp. 60-73.

• Denis, J. Langley, A. & Rouleau, L., 2007. Strategizing in pluralistic context: rethinking theoretical frames. *Human Relations*, 60(1), pp. 179-215.

• Glouberman, S y Mintzberg, H., 2001. Managing the Care of Health and the Cure of Disease-Part I Differentiation. *Health Care Management Review*, 26(1), pp. 56-69.

• Hsieh, H, y Shannon, S.E., 2005. Three Approaches to Qualitative Content Analysis; *Qualitative Health Research*, 15 (9), pp. 1277-1288.

• Mintzberg, H., 2002. Managing care and cure -up and down, in and out-. *Health Services Mangement Research*, 15(3), pp. 193-206.

• Provan K.G., Fish, A. y Sydow, J., 2007. Interorganizational networks at the network level: a review of the empirical literature on whole networks. *Journal of Management*, 33(3):pp. 479-516.

• Provan, K. & Milward, H., 2001. Do networks really works? A framework for evaluating public-sector organizational networks. *Public Administration Review*, 61(4), pp. 414-423.

- Rodriguez, C., Langley, A., Beland, F., & Denis, J., 2007. Gobernance, power and mandate collaboration in a interorganizational network. *Administration & Society*, 39(2), pp. 150-193.

Otras fuentes

- CCINSHAE (Comisión Coordinadora de los Institutos de Nacionales de Salud y los Hospitales de Alta Especialidad) <http://www.ccinshae.salud.gob.mx/2010/hrae.html>, consultado el 24 de mayo 2011

- IMSS, 2010. *Manual de Organización de las Unidades Médicas de Alta Especialidad*. México: DG IMSS.

- Secretaría de Salud, 2006. *Innovaciones en Gestión Hospitalaria en México: el caso de los hospitales regionales de alta especialidad HRAE*, México, Secretaría de Salud, Gob. Fed.

- Secretaría de Salud, 2007. *Programa de Acción Específica de Medicina de Alta Especialidad 2007-2012*, México, Secretaría de Salud, Gob. Fed.