
HOSPITAL DE LA PAZ

En octubre de 2015 la doctora Andrea Contreras, Subdirectora Médica del Hospital de la Paz (HLP), estaba revisando los logros alcanzados durante los últimos meses y se preguntaba cuáles serían los próximos pasos para lograr su meta de implantar, con el equipo de dirección, una nueva estrategia en el hospital, uno de los más grandes en la república latinoamericana de Pazlandia. La Dra. Contreras, graduada como cirujana de la Universidad Nacional de Pazlandia, inició su carrera en la práctica privada. Luego ganó experiencia en el principal hospital público en la capital, donde identificó oportunidades de mejora y la motivó a ingresar en el MBA en una conocida escuela de negocios en Centroamérica. Posterior a ello ocupó su primera posición administrativa en un hospital regional bajo el liderazgo del Dr. Sebastián Zúñiga quien luego sería su jefe en el HLP.

Cuando se presentó la oportunidad de participar en un programa en la Universidad de Harvard con el profesor Michael Porter sobre el tema de su libro *Reinventing the Health System*, decidió aprovecharla. Impresionada por la “estrategia de creación de valor” propuesta por Porter, pensó en implementar un componente central de esa estrategia, la unidad de práctica integrada (IPU por sus siglas en inglés) en el HLP. Tras consultar con otros miembros del equipo de dirección, concluyó que los pacientes que sufrían de diabetes y específicamente del pie diabético, que en muchos casos requería la amputación, podrían beneficiarse de esta innovación que involucraba la formación de equipos multidisciplinarios responsables por todo el ciclo de tratamiento. Sin embargo, estaba consciente que podría encontrar resistencia a este cambio en un hospital organizado por áreas de especialización.

Situación del HLP, abril 2014

Hasta 2010 los servicios de salud en la ciudad de Trinidad, cuarta más grande de Pazlandia, eran prestados por un hospital con menos de mil personas (entre médicos, enfermeras, técnicos de salud y personal de apoyo) ubicado en un pequeño edificio. A pesar de las limitaciones de la planta física, existía un espíritu

Este caso fue preparado por María José Gutiérrez bajo la supervisión del Profesor John Ickis para servir como base de discusión en clase y no como ilustración del manejo correcto o incorrecto de una situación administrativa. **Los nombres son ficticios, y no reflejan a ninguna persona o institución en particular.**

Centro de Investigación, INCAE Business School. Se agradece al Central American Healthcare Initiative (CAHI) por su apoyo para el desarrollo de este caso.

Derechos reservados © 2016 INCAE Business School. Se prohíbe la reproducción de este material sin el permiso de INCAE Business School. Para más información contacte casos@incae.edu

de camaradería entre el personal, muchos de los cuales eran de la misma generación, nacidos en los años 40 en ese mismo edificio. Con el crecimiento de la ciudad, el Ministerio de Salud de Pazlandia construyó un nuevo hospital, dejando abandonado el viejo edificio. La obra se inauguró a finales del 2010, con un costo de casi cien millones de dólares (US\$). Las nuevas instalaciones contaron con cinco edificios y una capacidad de hospitalización de 261 camas.

Entre 2011 y 2014, el staff del nuevo hospital incrementó a casi tres mil personas. El nuevo personal era mucho más joven, altamente especializado y proveniente de distintas ciudades cercanas. El número de plazas en cada categoría era determinado por un modelo de funcionamiento óptimo, pero una crisis financiera del gobierno pazlandiano limitó el número de plazas nuevas que se podía ofrecer en ciertas categorías. Una sobre oferta de profesionales a nivel nacional ocasionaba que los mismos aceptaran puestos por debajo de su nivel profesional ante la ausencia de opciones alternativas. Por lo tanto, se encontraban a técnicos de salud especializados en puestos de auxiliar, graduadas de fisioterapia trabajando de secretarias, médicos generales en el área de emergencias, y enfermeros jefes de salón como auxiliares de enfermería, con salarios más bajos. Esta situación se manifestaba en altos niveles de frustración del nuevo personal y un clima organizacional negativo.

Los nuevos colaboradores chocaban con los antiguos, quienes tenían 20 a 30 años de trabajar para el Ministerio de Salud, institución encargada de administrar la red de hospitales en Pazlandia. Eran profesionales jóvenes y muchos entraron con miras a implementar nuevos procedimientos. En el área de emergencias, jóvenes “emergenciólogos”, especializados en el tratamiento de emergencias, trataron de imponer normativas que fueron resistidos por algunos médicos generales quienes habían trabajado en emergencias durante décadas. Sin embargo, estas iniciativas fueron opacadas por otras prioridades, entre ellas la reducción de las listas de espera para exámenes de laboratorio y cirugías.

El Ministerio de Salud en Pazlandia estaba organizado en tres niveles: a la base del sistema, en el primer nivel, estaban las unidades de atención primaria, diseñadas para atender una población de 3,000 a 4,000 personas. El segundo nivel lo conformaba una red de hospitales regionales como el HLP. El tercer nivel contaba con servicios médico-quirúrgicos altamente especializados como la neurocirugía y patologías oncológicas complejas y subespecialidades que se brindaban por los hospitales nacionales generales de concentración y especializados.

Como hospital regional, el HLP ofrecía cinco servicios básicos de salud: pediatría, cirugía, medicina interna, ginecología / obstetricia y ortopedia, además de emergencias, servicios como laboratorio clínico y radiología, y consulta externa (un organigrama aparece en el **Anexo 1**). A principios de 2014 existían largas listas de espera en todas las áreas básicas. En el área de radiología e imágenes, la lista de espera para ultrasonidos superaba los 40 mil, había 7 mil pacientes esperando cirugía y se encontraron 3,500 TAC's que nunca fueron reportados.

A inicios de 2014 Dra. Contreras fue invitado por el Dr. Zúñiga, recién nombrado Director Médico del HTR, a dar una conferencia sobre la creación de valor y la innovación, temas que él había estudiado el programa en Harvard, a todos los jefes de área en el hospital. Fue justo después de esta conferencia que el Dr. Zúñiga le ofreció el puesto de Subdirectora Médico, advirtiéndole a ella que "...la situación es bastante angustiante. El sindicato está muy empoderado y todos los días llegan a mi oficina reclamando algo. Hay quejas del usuario todos los días y hay evidentes acciones descoordinadas de un servicio para con el otro". Se concluyó diciendo, "se necesita un cambio".

La Dra. Contreras aceptó el reto. Cuando entró al hospital en su nuevo puesto por primera vez el 21 de abril de 2014, encontró "un caos." En su primer día de trabajo se enfrentó con una huelga de enfermeras de medicina y en la segunda semana, hubo una protesta de pacientes en el área de ginecología por la falta de atención que estaban recibiendo.

Cambios, 2014-2015

Los Dres. Zúñiga y Contreras contaban con el apoyo de dos asistentes médicos (uno era responsable de la planificación, la tecnología de información y los proyectos especiales; el otro era responsable de las quejas y la evaluación de servicios). Este equipo a su vez contaba con un grupo de profesionales médicos que ayudaban a coordinar actividades de cirugía, intra-hospitalarias y sala de operaciones y listas de espera. El director y subdirector también contaban con el apoyo de una asistente administrativa que servía como enlace con los actores sociales, quien a su vez tenía el apoyo de una unidad de control de gestión. Aunque cada uno de estos profesionales tenía funciones específicas asignadas, trabajaban como un equipo, con responsabilidad individual y colectiva para el buen desempeño del hospital.

El primer ámbito de acción de este equipo fue mediar los conflictos entre el nuevo y antiguo personal en las áreas de emergencias, patologías, radiología y ginecología. Seleccionó nuevos jefes en aquellas áreas donde los jefes anteriores habían renunciado, muchas veces por problemas de clima organizacional, y se les brindó capacitación en relaciones interpersonales y servicio al cliente. Insistió también que todos se saludaran, algo que antes no era común en los pasillos del hospital. Los nuevos directores pusieron el ejemplo, caminando por todos los pisos y conversando con las personas a todo nivel. Varios médicos resaltaban los avances de la dirección a cargo de los Dres. Zúñiga y Contreras, uno afirmando que "ellos se han puesto mucho la camiseta; el hospital ha caminado un montón desde que entraron".

El segundo ámbito de acción fue cambiar las relaciones con el sindicato, al cual estaba afiliado todo el personal del hospital incluyendo a los profesionales, algo poco común en los hospitales del ministerio. La costumbre entre la administración y líderes sindicales había sido reunirse en la sala de sesiones, donde los respectivos voceros se colocaban en extremos opuestos de la sala, gritando uno a otro por micrófono. Reconociendo que esta práctica no producía acuerdos

sensatos, la Dra. Contreras invitó a los líderes sindicales a sentarse en una pequeña mesa redonda en su oficina, y hablar con franqueza, pero con respeto. “Encontré que algunas de las cosas que ellos estaban pidiendo no eran tan irrazonables”, dijo.

La tercera área que requería atención era las relaciones con la comunidad. La nueva dirección se reunió con los grupos comunitarios y les invitó a usar el área de recepción para reuniones y eventos. Cuando entró un visitante en septiembre de 2015, estaba sorprendido al ver un conjunto musical tocando ante un grupo de ciudadanos, celebrando el Día del Adulto Mayor. Esta apertura fue lo que provocó que pudiera haber un cambio en todo sentido”, señalaba José González, miembro de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Pazlandia quien estaba colaborando en un proyecto de cáncer de mama en el hospital. Como recordaba un miembro de la dirección, “la comunidad ha sido un bastión de apoyo; algunas de las organizaciones con las que coordinamos casi iban en contra del hospital cuando llegamos, ahora uno las siente que van al lado de nosotros”.

Una cuarto línea de acción era comenzar a romper las barreras o “islitas” entre las unidades especializadas del hospital. “Aquí tenemos 41 especializaciones y había muy poca comunicación entre ellas”, decía la Dra. Contreras. Era inusual ver a un enfermero de ginecología en el quinto piso, que era reservado para pediatría. Entonces activaron grupos multidisciplinarios como el “grupo de lista de espera” para la resolución de problemas comunes entre áreas. Como resultado, las listas se redujeron en 50% durante 2014.

La poca coordinación entre áreas también causaba ineficiencias en los procesos, como la pérdida de órdenes por exámenes camino al laboratorio. Para corregir tales situaciones se asignó a una médico coordinadora de hospitalización, quien revisaba todos los pacientes admitidos para asegurar que estaban en el área correcta. Esta coordinadora también debía identificar cualquier error de proceso y tomar acciones correctivas. Además, se daba mayor seguimiento a la asistencia a las reuniones mensuales entre todas las jefaturas del hospital, que era normativa en todo el ministerio. El equipo de dirección promovía mayor comunicación entre todos los participantes en estas reuniones, incorporando videos motivacionales y otras actividades que mejorasen la relación entre todas las partes. Como resultado, recibían menos llamadas de una jefatura con quejas de otra. “Ha habido mejoras”, decía el Dr. Zúñiga, “pero todavía es un problema que nos enfrentamos”.

Implementación de la Estrategia de Valor

Basado en su conocimiento del enfoque de valor, la Dra. Contreras quería organizar equipos dedicados de distintas áreas, formados tanto de personal clínico y no clínico, para entregar el ciclo completo de servicios para grupos de pacientes que sufrían de condiciones médicas agudas. Esta idea, la “IPU” (*integrated practice unit* o unidad de práctica integrada) era uno de los seis componentes de la “estrategia de servicios de salud basados en valor” que el Dr. Pérez conoció en el programa con Profesor Porter en Harvard (ver resumen breve de la idea, **Anexo**

2). En un artículo en *Harvard Business Review*, Porter afirmó que la implementación de la estrategia de valor requería “un compromiso a lanzar todos los seis componentes de la agenda de valor”, aunque reconocía que “para la mayoría de quienes prestan servicios de salud, la creación de IPU y la medición de resultados y costos deben tener prioridad”.¹ Así sería en el HLP porque los otros cuatro componentes estaban fuera de su alcance decisonal. Desarrollar precios acumulados para el ciclo atención no era necesario porque los servicios eran pre-pagados por el beneficiado, el empleador y el gobierno. El ministerio ya tenía un sistema de atención integrada para prestar servicios en el lugar de óptimo costo-efectividad (en teoría, por lo menos), con hospitales del tercer nivel ya operando como centros de excelencia con cobertura nacional. Finalmente, el ministerio ya tenía una plataforma de TI centralizada.

El dilema del equipo de dirección era decidir con cuál condición médica comenzar. Ya existía en varios hospitales del ministerio incluyendo el HLP, un programa para el tratamiento de cáncer de la mama, iniciado a principios de 2013 que se acercaba a la estrategia de valor porque era organizado alrededor de la condición del paciente y no por área de especialización médica. Este programa incorporaba en su estructura a mujeres voluntarias quienes habían superado la enfermedad y por eso conocían muy bien el ciclo del tratamiento. Servían como enlaces entre los distintos especialistas que prestaban atención en distintas etapas de este ciclo. Como resultado de este programa, los tiempos de ciclo se habían reducido de entre 5 meses 13 días (mínimo) y 30 meses 16 días (máximo) en 2013 a 67 días (mínimo) y 18 meses (máximo) en 2015.

La Dra. Contreras se preguntaba cómo se podría ampliar este enfoque a otras condiciones médicas agudas. Según datos del ministerio, resaltaban como principales riesgos para la salud en Pazlandia la hipertensión y la obesidad, factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares y diabetes. El 10% de la población mayor de 20 años padecía de hipertensión, y la obesidad era particularmente elevada en las mujeres de entre 45 y 64 años y los hombres de entre 20 y 64 años. En la actualidad, pacientes de estas y otras enfermedades eran atendidos por distintos tipos de personal clínico, cada uno operando en forma independiente.

La diabetes era una enfermedad muy común en Pazlandia que adicional a los niveles de azúcar afectaba otras partes del sistema. Esta condición afectaba los vasos sanguíneos y a su vez la falta de irrigación causaba que los nervios se atrofiaran entonces el paciente perdía sensibilidad, condición conocida como neuropatía. Producto de lo anterior, cuando un paciente con esta condición se quemaba o hería la piel, no se daba cuenta. Las heridas provocaban úlceras que se convertían en fuente de una infección y ponían en riesgo todo el sistema. En muchos casos del pie diabético se debía realizar una amputación para evitar que se continuara dispersando la infección. Esta condición no afectaba a un gran número de personas, pero sí afectaba la calidad de servicio del hospital debido a las largas estadías de los pacientes.

¹ M.E. Porter y T.H. Lee, “The strategy that will fix health care,” *Harvard Business Review* (October 2013), p.

“El pie diabético es reconocido como una enfermedad compleja de resolver y generalmente requiere del aporte de varias especialidades”, señalaba la Dra. Natalia Quirós, médica especialista en medicina familiar del HLP. La condición a su vez podía ser identificada desde múltiples fuentes, incluyendo en emergencias, en la clínica de úlceras, en unidades de atención primaria, o cuando el paciente ya estaba internado en el hospital por otro motivo. Adicionalmente, el pie diabético era una condición que podía escalar muy rápidamente. Los pacientes usualmente eran identificados a una etapa muy avanzada, en la que era crítico tomar acción en un plazo de 24 a 48 horas. Producto de la combinación entre la criticidad de una atención inmediata en conjunto con la necesidad de un abordaje multidisciplinario, muchos centros de salud y hospitales habían implementado mecanismos variados de coordinación entre múltiples disciplinas, comúnmente conocidos como “clínicas del pie diabético”.

En 2010 se formó un equipo multidisciplinario en el HLP para formular un “Protocolo de Manejo del Pie Diabético Agudo”, el cual describía el manejo de esta condición, indicaba adonde debía ir el paciente y quien lo debía manejar según su gravedad (ver extractos del Protocolo, **Anexo 3**). Según señalaba el Dr. Martín Bonilla, Jefe del Servicio de Medicina Interna, “su idea era la de normalizar y permitir que el manejo del pie diabético agudo se hiciera siempre con los mismos lineamientos”. Junto con este Protocolo, se creó la Clínica del Pie Diabético, consistiendo de recursos humanos de una amplia gama de especialidades. En otros hospitales se integraban solamente especialistas vasculares periféricos e internistas, o se manejaban los casos a cargo de una especialidad quien llamaba a las demás según se requiriera. En el HLP, la Clínica reunía a especialistas, incluyendo dermatólogos, fisiatras, internistas, médicos de familia, endocrinólogos, vasculares periféricos, al equipo de enfermería y ortopedia (ver **Anexo 4** para las especializaciones de los miembros de las Clínicas).

Esta Clínica tomaba acción por medio de dos vías. En primera instancia, se efectuaban reuniones multidisciplinarias (sesiones clínicas) todos los miércoles a la 1:00 pm, que reunían a todos los especialistas involucrados. El propósito de estas reuniones era analizar conjuntamente los casos más complejos, fuesen estos de pacientes hospitalizados o de consulta externa. Según la Dra. Quirós, “Las oportunidades para ver los casos en conjunto permiten escuchar opiniones, tomar decisiones, repartirse las responsabilidades de ejecución y aprender de las demás especialidades”. Como segunda vía, la Clínica del Pie Diabético atendía los demás casos en el día a día, estando todos los especialistas a disposición para visitar a los pacientes y llegar a consensos sobre el tratamiento necesario en cada caso. Al haber sido el Protocolo avalado por las jefaturas y la Dirección Médica, el mismo era de carácter obligatorio para todas las partes involucradas.

El Protocolo inicial estipulaba la designación de unas camas destinadas a la hospitalización de los pacientes con pie diabético agudo una vez resuelta su condición quirúrgicamente, donde serían atendidos por todos los especialistas responsables de la terapia recomendada. Sobre el Protocolo se habían efectuado dos addenda (ver **Anexo 5**): en el primero se establece una sección física del hospital como la Unidad del Pie Diabético; en el segundo, se reitera la necesidad

de camas dedicadas, limitando el número a cuatro, para facilitar la implementación de la Unidad. Sin embargo, aun con ambos addenda y la manifestación de todas las partes de la necesidad por la misma, a octubre del 2015 aún no se lograba concretar su ejecución. La Dra. Quirós manifestaba la situación con la que muchos otros coincidían: “La unidad no existe y hay muchas opiniones encontradas [sobre la ubicación de las camas y el cómo lograr el objetivo], entonces difícilmente se va a llegar a hacer”. Algunos pensaban que las camas debían ubicarse en ortopedia, mientras que otros argumentaban que era mejor ubicarlas en medicina general. De acuerdo con más de una parte involucrada, era poco probable que el Protocolo y sus addenda llegarían a ser respetadas.

Según el Protocolo, una vez identificado el paciente con pie diabético, el médico a su cargo en el momento lo declaraba como tal y se debía involucrar a las distintas especialidades para determinar en conjunto la mejor manera de proceder. Emergencias, medicina, vascular periférico y ortopedia eran el primer conjunto de especialistas por los cuales debía pasar cada caso, quienes determinaban si necesitaba cirugía y, de ser así, de qué tipo o hasta adonde se debía amputar. Una vez resuelta la intervención quirúrgica, se podría pasar a medicina interna para tratamiento postoperatorio. Sin embargo, era entre las disciplinas quirúrgicas que ocurrían con frecuencia la falta de disposición a llegar a un consenso, ya que según observaba la Dra. Contreras, los profesionales de las distintas especialidades involucradas evitaban responsabilizarse por pacientes con pie diabético. Como le llamaba la Dra. Ana María Castro, Coordinadora del Servicio de Dermatología y Miembro de la Clínica del Pie Diabético, este era el “grupo de choque”, mientras que en la fase postoperatoria generalmente no había problema.

Los especialistas de la Clínica del Pie Diabético pocas veces coordinaban sus horarios para tratar a los pacientes de esta condición en forma simultánea, o asistir a las reuniones multi-disciplinarias los miércoles por la tarde. La mayoría llegaba a visitar al paciente diariamente, pero no necesariamente al mismo tiempo como se debía. Refiriéndose a la ausencia de especialistas en la Clínica al momento de tratar con los pacientes, el Dr. Pedro Cruz, médico especialista en endocrinología y miembro de la Clínica del Pie Diabético, resaltaba, “el Protocolo establece lo qué hay que hacer, pero la actitud de algún personal no es quizás la más adecuada a la hora de abordar ciertos pacientes, afectando así la capacidad resolutive”. Al ser un equipo multidisciplinario, las perspectivas eran distintas, lo cual podía producir roces personales y retrasar el proceso. Según la Dra. Contreras, era común escuchar frases como “...eso no es mi problema, yo ya hice lo que me toca a mí”.

“Es como el corazón que solo se encarga de latir, y no le importa si hay una obstrucción”, decía un miembro del equipo de dirección. “Entonces, aunque siga latiendo, el sistema colapsa”. Pensaba que el problema que ningún área quería aceptar responsabilidad por el tratamiento integral de estos pacientes era un asunto de cultura que igual sucedía en otras partes del mundo; todo se traducía en cultura organizacional. Aunque los pacientes de pie diabético no eran pasados físicamente de un sitio a otro como consecuencia de las diferencias entre especialistas involucrados, su expediente y la decisión sobre cada caso de cómo

proceder sí era pasada de un especialista involucrado a otro internamente, todos evitando tomar la decisión. “El paciente no se da cuenta, sólo nota un mayor tiempo de espera”, aclaraba la Dra. Contreras. En ocasiones ella tenía que recurrir a llamar a un especialista determinado y ordenar que se hiciera cargo del paciente, quien lo hacía por orden dada, pero bajo protesta. La Dra. Cristina Araya, Asesora de la Dirección General Médica del HLP, también resaltaba este problema cultural, indicando que “el mayor problema es la comunicación que tiene que haber entre los especialistas. Parece que sí hay criterios establecidos, pero todos tienen criterios diferentes”.

En aquellas ocasiones en que se lograba llegar a un consenso entre el grupo de choque y se tomaban en conjunto decisiones de aplicar soluciones quirúrgicas con urgencia, los recursos necesarios para el tratamiento inmediato no siempre estaban disponibles. Cada área de especialización tenía un número limitado de camas dentro del área física que ocupaba que se reservaban para pacientes que habían recibido o iba a recibir procedimientos relacionados con esa especialización. Señalaba la Dra. Castro, “nada hacemos con reunir a todos los especialistas si tenemos el problema de que falta disposición en camas para poder internar inmediatamente y falta de espacio en las salas de operaciones”.

Otra limitación era el recurso humano especializado. Los cirujanos vasculares rara vez estaban disponibles fuera de horas de trabajo. Dr. Guillermo Vega, Jefe de Ortopedia y miembro de la Clínica del Pie Diabético, recordaba cuando, a finales de la tarde, se tenía que trasladar a una paciente a un hospital de tercer nivel, en la ciudad capital, para ver un especialista vascular periférico pero al estar sobrecargados en dicho hospital, no se pudo atender a la paciente en toda la noche, hasta que se regresó al HLP la mañana siguiente, cuando ya estaba en sitio nuevamente el especialista para atenderla ahí.

Los pacientes de pie diabético eran los más perjudicados por estas situaciones. Como comentaba el Dr. Bonilla, “el Protocolo lo hemos tratado de seguir al pie de la letra [...] pero puede haber fallas y la condición del paciente puede empeorar. Si nos va bien y el paciente recupera, la estancia se prolonga y solo es un problema es de costos”. El Dr. Esteban Montero, médico especialista en emergencias, señalaba que ya habían tenido la mala fortuna de un paciente que evolucionó mal y falleció. “No es culpa de nadie, sino que simplemente no se pudo cumplir el control temprano del foco”.

La situación actual parecía empeorar con el tiempo. Al entrar muchos pacientes de pie diabético por emergencias, y no querer ninguna otra área hacerse cargo de ellos, los mismos ocupaban las camas en esa área por largos períodos ejerciendo presión sobre la ya saturada capacidad de esa área, que recibía hasta 800 casos por día. Como destacaba el Dr. Montero, “se tiran la pelota de un lado al otro las especialidades quirúrgicas, y el paciente queda en emergencias. Nosotros somos los fiscalizadores porque nos queda el paciente, tenemos que darle la cara todos los días y explicarle porque su caso se ha atrasado, cuando el atraso no es por nuestra causa. Hemos estado en un estira y encoge al no haber una directriz clara, aunque exista el Protocolo.”

Profesionales de varias especializaciones resaltaban la necesidad de finalmente implementar la Unidad del Pie Diabético. El Dr. Vega afirmaba que “si los tuviéramos [a los pacientes del pie diabético] unidos en un solo lugar, su tratamiento sería mucho más eficiente”. El Dr. Bonilla recuerda una ocasión en la que en medicina interna se le administró el antibiótico a un paciente y dio salida, posterior a lo cual ortopedia informó que aún no había efectuado una cirugía indicada, por errores de comunicación entre partes.

Nadie discutía el valor de la Unidad, pero ninguna especialidad estaba dispuesta a designar camas de su área para la misma. Todas las áreas opinaban que debía ubicarse la Unidad en un área ajena a la suya. Como relataba el Dr. Bonilla, uno de los médicos responsables para el segundo addendum al Protocolo, “si nos preguntan a los de medicina interna vamos a decir en cirugía y si preguntan en ortopedia dicen que en medicina interna”. Continuó diciendo que “hay una oportunidad de ser pioneros si logramos tener la Unidad del Pie Diabético”. Pero, como señaló el Dr. Zúñiga, “todos quieren que las cosas cambien, pero eso sí, que no me toquen a mí; con solo que cada uno de ellos diera una cama se resuelve el problema”.

Aunque no existían datos históricos sobre los tiempos de atención a los pacientes antes y después de la creación del protocolo y la Clínica, el equipo de dirección sabía que su funcionamiento no era óptimo y que la atención a pacientes de pie diabético tenía alto potencial de mejora desde tiempos de atención al paciente hasta eficiencia de costos para el HLP. Esta conclusión coincidía con comentarios del Dr. Montero, indicando que “en la clínica pueden programar varios pacientes, pero en la realidad no tienen una agilidad de tiempo efectivo para poder mover el paciente”.

La Reunión del Equipo de Dirección

Los miembros del equipo de dirección se reunieron a finales de octubre 2015 para evaluar distintas alternativas de solución a los problemas que enfrentaban los pacientes del pie diabético.

La primera alternativa propuesta era cambiar la organización formal del hospital, de una estructura funcional basada en especializaciones hacia una estructura organizada alrededor de las principales condiciones médicas que afectaba la población, comenzando con el pie diabético. Con este cambio se enviaría un mensaje a todos, que lo importante en el HLP son los resultados. Sin embargo, cambiar la organización actual no sería nada sencillo. La organización por especialización médica y por categoría de personal (médicos, enfermeras, técnicos de laboratorio) era bien arraigada y tenía su lógica desde la perspectiva de los proveedores de estos servicios. El cambio hacia la perspectiva del valor para el paciente significaba un cambio no solo de estructura sino de cultura organizacional. Comentaba un miembro de la nueva dirección, “se requiere un cambio de cultura, que no ocurre de la noche a la mañana”.

Otra propuesta era mantener la estructura básica, pero complementarla con la creación de equipos por condición médica, con objetivos compartidos que

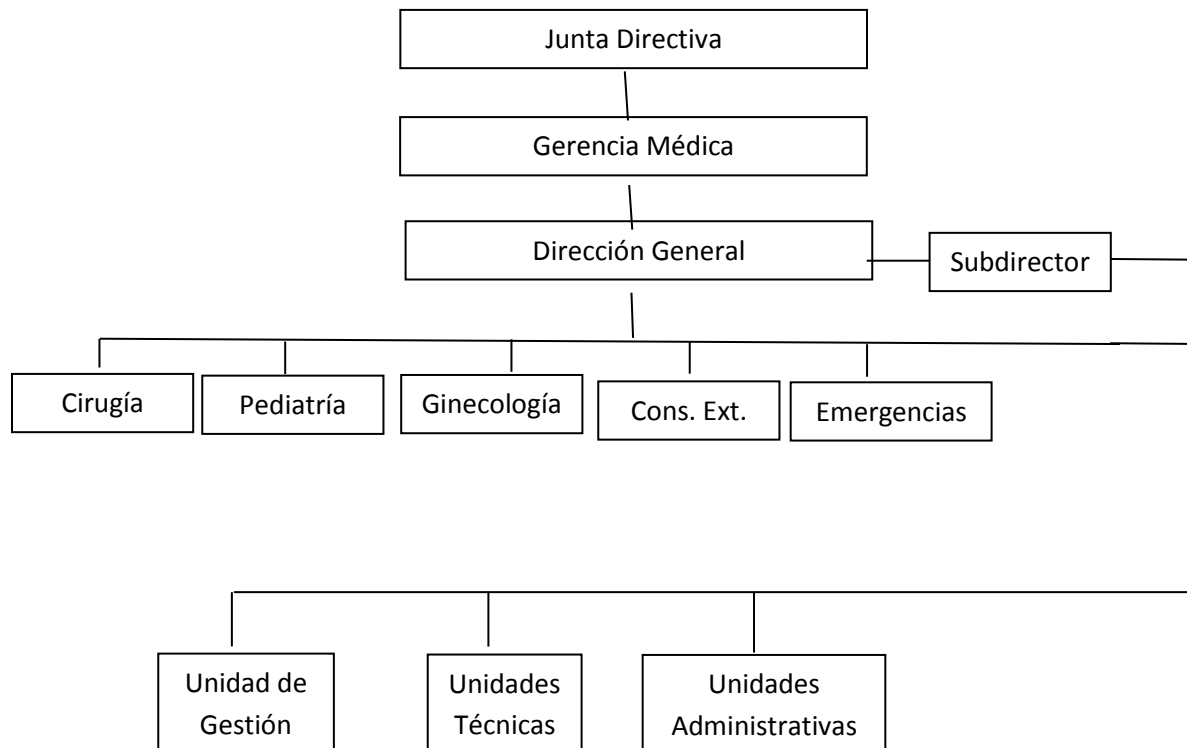
tendrían prioridad sobre los intereses de sus respectivas especializaciones. Algunos estudios académicos habían resaltado las ventajas de la organización por equipo², que requería fuerte liderazgo y programas de capacitación para los miembros. Los mismos miembros de la nueva dirección habían comenzado de comportarse como un verdadero equipo, y posiblemente podrían fomentar la formación de otros equipos dando el ejemplo. Además, existía en Pazlandia algunas organizaciones que brindaban asesoría, capacitación y “coaching” en la formación de equipos. Se podría comenzar con el pie diabético y ampliar el enfoque a otras condiciones médicas.

Una tercera propuesta era cambiar la forma de dar atención a los pacientes, prestando servicios fuera de los muros del hospital, en sus casas. Este modelo, conocido en algunos países como “hospitales de día”, podría resolver las limitaciones en la disponibilidad de camas y otros recursos físicos. pero suponía que el personal médico estaría dispuesto a hacer visitas domiciliarias. La Dra. Contreras se preguntaba cómo se podría utilizar a grupos de voluntarios para facilitar este servicio, así como había ocurrido en el programa de cáncer de mama.

“Ustedes han presentado varias ideas interesantes”, dijo el Dr. Zúñiga, resumiendo. “Ahora es tiempo de desarrollar un plan de acción”. La Dra. Contreras agregó que “Ninguna de estas ideas puede funcionar sin tener un sistema para la medición de resultados y costos para cada paciente. Tenemos que identificar cuál es la información esencial para tomar las decisiones a lo largo del ciclo de atención, comenzando con el pie diabético, y cómo podemos tener acceso a esta información en forma oportuna”.

² Ver por ejemplo, *La Sabiduría de los Equipos* por J. Katzenbach y D. Smith.

HOSPITAL DE LA PAZ
Anexo 1
Organigrama Parcial (octubre 2015)



HOSPITAL DE LA PAZ
Anexo 2
Estrategia de Valor: la Idea en Breve

El Problema

Los servicios de atención a la salud a nivel mundial están luchando con el incremento de los costos y la calidad insatisfactoria. No hay soluciones mágicas ni mejoras incrementales capaces de lidiar con estos problemas. Sin una verdadera solución, los médicos se enfrentarán con ingresos cada vez menores, los pacientes pagarán cada vez más y los servicios serán cada vez más restringidos.

El Enfoque

Si se puede llegar a un acuerdo sobre la meta global de valor para los sistemas de atención a la salud—mejorando los resultados que valoran los pacientes relativos a los costos de lograr esos resultados—entonces se puede comenzar a progresar.

Un Modelo de Cambio

La agenda estratégica para migrar hacia un sistema de entrega de servicios a la salud de alto valor consiste en seis componentes interdependientes:

1. Organizar alrededor de la condición del paciente y no de la especialización de los médicos.
2. Medir los costos y los resultados para cada paciente.
3. Desarrollar precios acumulados para todo el ciclo atención.
4. Integrar la atención entre distintas unidades físicas.
5. Expandir el alcance geográfico.
6. Construir una plataforma tecnológica de información.

Este caso fue preparado por María José Gutiérrez bajo la supervisión del Profesor John Ickis para servir como base de discusión en clase y no como ilustración del manejo correcto o incorrecto de una situación administrativa. **Los nombres son ficticios, y no reflejan a ninguna persona o institución en particular.**

Centro de Investigación, INCAE Business School. Se agradece al Central American Healthcare Initiative (CAHI) por su apoyo para el desarrollo de este caso.

Derechos reservados © 2016 INCAE Business School. Se prohíbe la reproducción de este material sin el permiso de INCAE Business School. Para más información contacte casos@incae.edu

HOSPITAL DE LA PAZ

Anexo 3

Protocolo de Manejo del Pie Diabético (extractos)

- a) El paciente ingresa al Servicio de Emergencias, en donde es valorado por un Médico General o un Emergenciólogo, quienes realizarán una historia clínica dirigida completa, un examen físico exhaustivo de la lesión y solicitará los exámenes pertinentes de laboratorio y de gabinete. Se recomienda conducir la valoración adecuada del pie diabético según lo que estipula la “Guía para la Atención de las Personas Diabéticas” del Ministerio de Salud, vigente desde el año 2007. Como varios médicos que trabajan en Emergencias provienen también de otros centros del Ministerio, se elaborará una hoja con los datos básicos de la clínica, laboratorio y gabinete que requieren estos pacientes en su abordaje inicial y previo a la valoración por los especialistas en Vascular Periférico y en Ortopedia, para mayor facilidad de llenado de requisitos mínimos.
- b) La prioridad en el caso de un pie diabético es la resolución quirúrgica de la lesión en el menor tiempo posible. De acuerdo al estado de integridad vascular, se solicitará una valoración a los especialistas de Vascular Periférico o de Ortopedia, o ambos, los cuales deberán incluir en una nota médica de la manera más completa posible el estado de la lesión, la recomendación y la gestión para su resolución quirúrgica en el menor plazo posible.
- c) En el caso de pacientes atendidos durante tiempo extraordinario, cuando el cuadro involucre compromiso vascular y no haya especialista en Vascular Periférico en el Hospital de la Paz, se gestionará el traslado del paciente a un hospital especializado del tercer nivel para la resolución pronta del aspecto quirúrgico.
- d) La Jefatura de Emergencias gestionará qué tanto en tiempo ordinario como en extraordinario, haya una persona responsable de llevar las muestras para cultivo que se tomen de estos pacientes, llevarlas al Laboratorio y documentar que efectivamente hayan sido recibidas en Bacteriología.

Este caso fue preparado por María José Gutiérrez bajo la supervisión del Profesor John Ickis para servir como base de discusión en clase y no como ilustración del manejo correcto o incorrecto de una situación administrativa. **Los nombres son ficticios, y no reflejan a ninguna persona o institución en particular.**

Centro de Investigación, INCAE Business School. Se agradece al Central American Healthcare Initiative (CAHI) por su apoyo para el desarrollo de este caso.

Derechos reservados © 2016 INCAE Business School. Se prohíbe la reproducción de este material sin el permiso de INCAE Business School. Para más información contacte casos@incae.edu

- e) El HLP contará con unas camas destinadas a la hospitalización de los pacientes con pie diabético una vez resuelto su problema quirúrgicamente, el cual será atendido por todos los especialistas quirúrgicos y médicos responsables de la terapia acordada, con el compromiso de realizar a estos pacientes visitas médicas diarias, a fin de controlar sus problemas médicos y quirúrgicos. Se llevará un registro de los datos básicos de todos estos pacientes con la finalidad de evaluar la calidad de atención.
- f) La Jefatura del Servicio de Emergencias o la persona responsable por ella designada, coordinará con la jefatura a cargo de las camas destinadas a la hospitalización de estos pacientes, la gestión de una cama para el paciente pronto a ser intervenido quirúrgicamente, con la finalidad de que pueda internarse luego de la cirugía y permanecer el menor tiempo posible en el Servicio de Emergencias.

HOSPITAL DE LA PAZ

Anexo 4

Especializaciones, Miembros de la Clínica del Pie Diabético

Área de Especialización	Número de Miembros
Endocrinología	2
Medicina Interna	2
Visita Domiciliar	1
Gestión Hospitalaria	1
Ortopedia	1
Medicina Familiar	1
Dermatología	3
Vascular Periférico	2
Fisiatría	2
TOTAL	15

HOSPITAL DE LA PAZ

Anexo 5

Addenda al Protocolo de Manejo del Pie Diabético (extractos)

Addendum #1 (octubre 2013)

El presente documento se elabora con la finalidad de optimizar lo estipulado en el protocolo del manejo del pie diabético del Hospital de la Paz, procurando agilizar las acciones a seguir desde que el paciente ingresa al Servicio de Emergencias, el momento en el que oportunamente se le realiza su primera intervención quirúrgica y los seguimientos posteriores a la misma una vez hospitalizado.

- a) La Unidad del Pie Rojo Diabético (UPRD) consistirá en un cubículo de seis camas; tres a cargo de la Sección de Cirugía y tres a cargo del Servicio de Medicina Interna. Así serán registradas en Bioestadística.
- b) Los pacientes que se internen en las camas de la Sección de Cirugía de la UPRD, son responsabilidad directa de los especialistas que vayan a intervenir quirúrgicamente a estos pacientes (Ortopedia o Vascular Periférico), quienes deberán pasarles visita y coordinar la primera cirugía. Para el control metabólico y demás aspectos propiamente médicos de estos pacientes, los especialistas de la Sección de Cirugía coordinarán mediante interconsultas con los especialistas en Medicina Interna. Tanto los Cirujanos a cargo de estos pacientes como los Internistas deben pasarle visita diariamente a estos pacientes.
- c) Una vez realizada la primera intervención quirúrgica a estos pacientes, éstos se trasladarán a las camas de la UPRD que están bajo la responsabilidad del Servicio de Medicina Interna.

Addendum #2 (abril 2015)

La Unidad del Pie Diabético consistirá en un cubículo de cuatro camas inicialmente. Dichas camas estarán a cargo de médicos de tres especialidades relacionadas con el pie rojo que son Ortopedia, Vascular Periférico y Medicina Interna. De este modo, el compromiso compartido es que el paciente ingresado en dicha Unidad será evaluado diariamente por las tres partes y de esta manera se brindará una atención integral del paciente.