

#1

El Director Médico de la empresa Médica Privada:

Competencias, Responsabilidades y Desafíos

Gerardo Bozovich / Genea Centro Médico
Alejandro Ciancio / Corporación Médica de San Martín
Andrés Torn / Sanatorio Las Lomas
Roberto Dupuy de Lome / Sanatorio Mater Dei
Marcelo Vega / Sanatorio Mater Dei
Roberto Martingano / Sanatorio de La Trinidad
Eduardo Schnitzler / Hospital Universitario Austral

por la Comisión de Dirección Médica
de la Asociación de Clínicas y Sanatorios
de la República Argentina (ADECRA)

Año 2013/2014

Introducción:

Si bien se da por sentado que cada centro médico debe contar con una unidad responsable, representada por el director Médico, nuestro país adolece de una definición y un marco regulatorio actualizado que defina las competencias, alcances y responsabilidades individuales y solidarias del cargo.

Material y método:

Revisamos la estructura y forma de trabajo de los Directores de Empresas médicas con servicios de internación representadas en ADECRA a través de encuestas estructuradas, talleres de trabajo y reuniones técnicas periódicas, como así también las leyes y normas que atañen al cargo.

Resultados:

Existe un marco regulatorio antiguo e impreciso en el momento de establecer las competencias y alcances de la Dirección Médica. Se observa, además, una marcada heterogeneidad en la distribución de tareas entre las Direcciones Médica y Administrativa, a pesar de que, la primera parece retener la carga de responsabilidad atribuible a tiempos en los cuales la estructura empresaria era más embrionaria que en la actualidad. Si bien los directores asignan prioridad y tiempo a la gestión técnica y de factores humanos, la mayoría posee una carrera asistencial que casi siempre se desarrolla fuera de la institución dirigida. Esta dicotomía puede deberse a que no existe un plan de carrera hospitalaria o sanatorial que contemple el acceso al cargo, ni la transición posterior.

Discusión y propuestas:

Observamos que existe heterogeneidad en la estructura de gobierno de los centros médicos privados con servicios de internación. Aunque los directores Médicos concentran en su área de control el 90% de los servicios médicos, se observa una progresiva redistribución de la asignación de áreas hacia las Direcciones Administrativas, y una evolución a la categoría de Dirección de la Enfermería.

El perfil del director debe incluir un razonable equilibrio entre liderazgo, profesionalismo, conocimiento técnico, experiencia profesional, capacidad de elaboración conceptual y manejo de factores humanos. A ello se debe sumar una formación continua especializada, incluyendo algún programa intensivo de posgrado.

Anticipamos la probable evolución del cargo de director Médico a una estructura colegiada a par jerárquico con las Direcciones Administrativa, de Sistemas y Procesos y Enfermería, aunque la calidad y rendimiento de los directores Médicos requiera un plan de carrera uniforme en el campo de la salud, incluyendo la transición poscargo.

Conclusiones:

Las amplias funciones del director Médico parecen emanar más de los usos y costumbres que de la planificación y las normas actualizadas. Hay una necesidad y una oportunidad para transformar lo que es hoy: “Un cargo en busca de su definición”; es el momento de establecer el papel del Director Médico en la empresa y proponer un programa de entrenamiento y de carrera para acceder y mantener la función, transformando así un cargo transitorio en una opción de carrera con identidad propia.

Introducción

La comunidad médica y científica de los centros médicos, los pacientes, proveedores y la población cubierta dan por sentado y por lógica la existencia y presencia de un director Médico a cargo de un centro de salud, a quien identifican como la autoridad final responsable e interlocutor válido ante toda circunstancia médica, operativa, legal y hasta de imagen del centro. A menudo, el responsable médico es considerado también el interlocutor ante aspectos técnicos, de maquinaria o edificios, aún existiendo estructuras de gestión que controlen tales aspectos. Podría trazarse el paralelo entre un centro de salud sin director Médico y un barco sin capitán.

Sin embargo, es llamativo que esa identificación y concepto instalado y tomado como natural en la actividad de las empresas médicas privadas no se encuentre regido por definiciones precisas, normas detalladas ni leyes actualizadas que la regulen. Las empresas han evolucionado, crecido y se han transformado, mientras que la figura y el cargo del director Médico ha permanecido en un limbo intuitivo, basado en el uso y costumbre que carece de alcance preciso, plan de carrera, opciones poscarga e, incluso, precisión sobre competencias y responsabilidades.

Los objetivos de este trabajo son: revisar los antecedentes de leyes y normas que imponen la figura del Director y sus responsabilidades individuales y solidarias; analizar el contexto actual en la estructura de las empresas médicas privadas y proponer definiciones de competencias necesarias para el cargo, para finalmente considerar la posible evolución futura de la figura.

Material y métodos

Encuestas estandarizadas sobre tareas, responsabilidades, estructura empresarial y jerárquica, asignación de tiempos y prioridades fueron elaboradas por la Comisión de Directores de ADECRA, y volcadas a formato digital para su transmisión a los 50 centros médicos representados en las Jornadas Anuales de Directores Médicos de Centros Privados Argentinos, que tuvieron lugar en noviembre de 2013 y 2014. Los resultados fueron revisados e ingresados a análisis de estadística descriptiva, por los siguientes especialistas en metodología: el Lic. Jorge Colina (ADECRA) y el Prof. Ing. Alejandro Sioli (IAE Universidad Austral). El componente de inferencia se realizó en talleres presenciales durante las Jornadas Anuales.

Allí se revisaron las leyes y normas que regulan la actividad con alcance Nacional y de la Provincia de Buenos Aires, como así también, se realizó una búsqueda bibliográfica en la base hispanoamericana LILACS, con palabras clave como: “dirección médica”, “director médico” y/o “definiciones”, “tareas” y “responsabilidades”. Para centrarnos en la literatura en español y regional, tuvimos en cuenta la ausencia de un paralelo a la figura del director Médico en los países angloparlantes, en los cuales prima la figura del jefe Médico o “Chief Medical Officer”, con funciones marcadamente técnico-operativas mucho más acotadas que las que cabe al director Médico en nuestro medio.

Figura 1

Órgano de gobierno institucional,
al cual reportan los Directores
Médicos de centros privados
con internación

Encuesta ADECRA 2013.

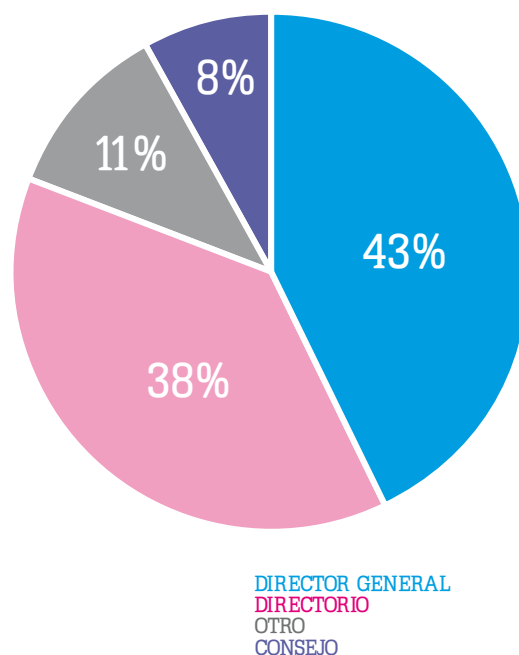
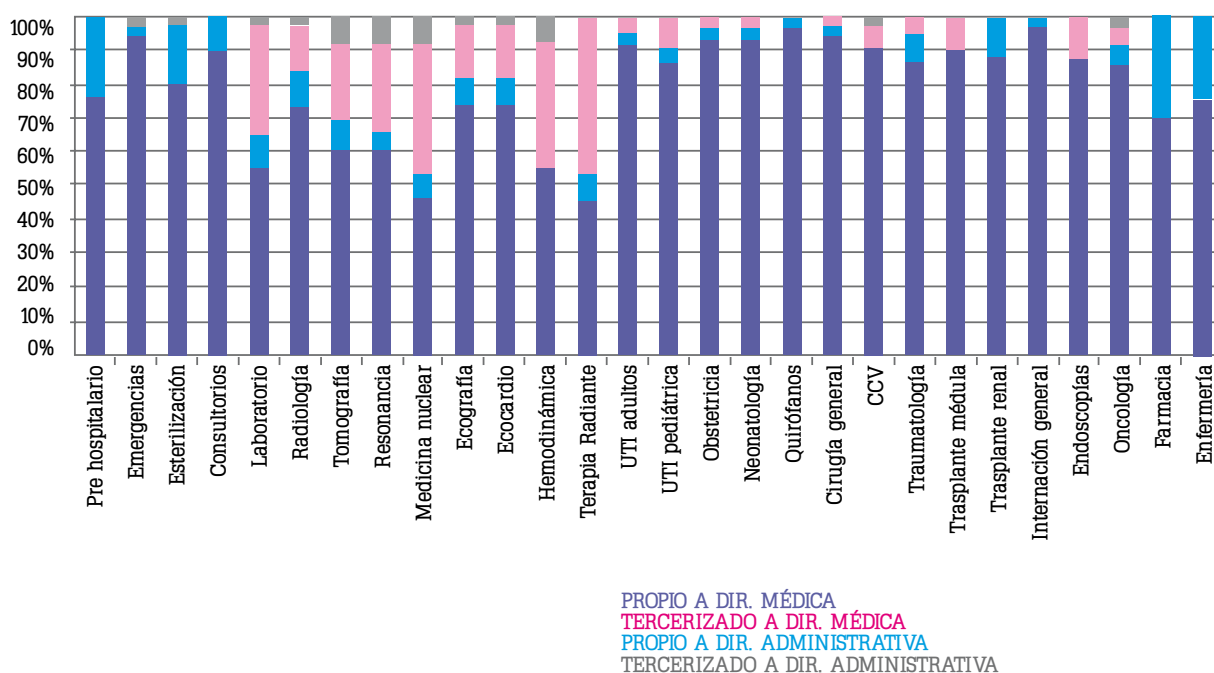


Figura 2

Reporte de las áreas operativas médicas

Encuesta ADECRA 2013. Los servicios se identifican como pertenecientes a la empresa médica (propios) o con gestión de terceros.



Resultados

Por un lado, se percibe una marcada heterogeneidad en la forma de organización jerárquica de las empresas médicas. (Figura 1) Así, la Dirección Médica puede encontrarse en relación de reporte a una Dirección General o a un Directorio, acompañada de una Subdirección, en el 45% de los casos, o en situación de paridad jerárquica con una Dirección Administrativa. Además de dicha heterogeneidad, observamos con claridad que la estructura empresarial predominante se aleja del concepto de Dirección Médica como vértice de la organización. La distribución de reportes reflejada en la figura 2 indica que se ha afianzado en nuestro medio una estructura en la cual las áreas de influencia

se distribuyen entre, al menos, dos direcciones: la Médica y la Administrativa, a las cuales pueden sumarse otras de par jerárquica, como por ejemplo, Enfermería. Al considerarse servicios logísticos y de administración (compras, recursos humanos, vigilancia, ingeniería, alimentación, limpieza, etc), no resulta llamativo que el 90% reporte a la Dirección Administrativa. Sin embargo, es destacable que, entre servicios tradicionalmente considerados médico operativos, como la farmacia, un 25% dependa de la Dirección Administrativa de manera exclusiva.

Tabla 1

Tareas prioritarias del Director Médico

Encuesta ADECRA 2014.

	Tarea	Valoración en escala 0 a 3
Orden de prioridad	01 // Reuniones con el órgano de gobierno	2,90
	02 // Comunicación telefónica, correo electrónico y otras comunicaciones	2,61
	03 // Reuniones con servicios que le reportan	2,57
	04 // Recorrida edilicia	2,52
	05 // Lectura de material y preparación para reuniones	2,39
	06 // Pases de guardia y discusión de casos de pacientes	2,28
	07 // Ateneos anátomo-clínicos y bibliográficos	2,26
	08 // Análisis de débitos	2,19
	09 // Lectura y análisis de documentos técnicos	2,15
	10 // Reuniones con financiadores	2,08
	11 // Reuniones con parientes de pacientes	2,00
	12 // Atención de consultorio por cuenta y orden del centro que dirige	1,84
	13 // Tareas de investigación y escritura de artículos	1,77
	14 // Dictado de clases en la misma institución que dirige	1,75

Para poder establecer las competencias requeridas para el cargo, resulta prioritario determinar cuáles son las tareas que demandan la mayor atención y proporción de tiempo a los directores Médicos de centros privados.

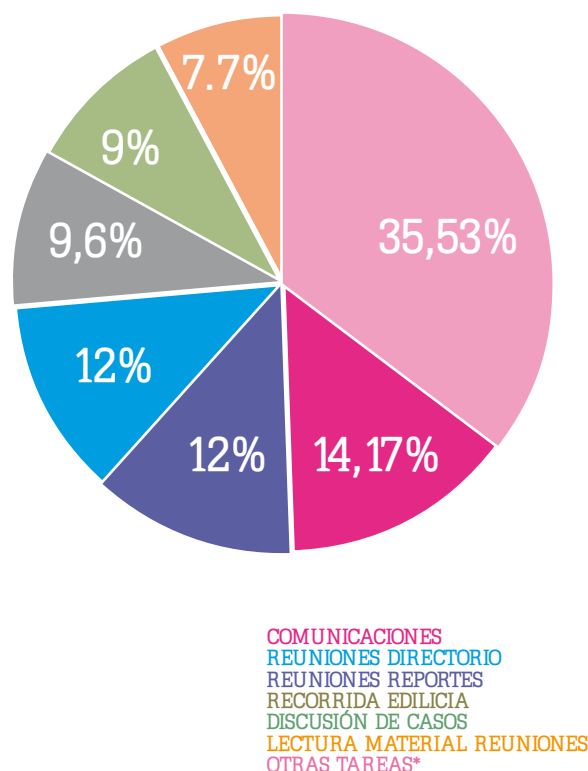
Llamativamente, las tareas de perfil técnico o de ejercicio directo de la Medicina no ocupan lugares altos de prioridad, la cual está en cambio polarizada a la tarea en relación con el órgano de gobierno empresario y la comunicación con los mandos de reporte, y la visita regular de las áreas operativas (Tabla 1). De manera coherente, el tiempo promedio dedicado a cada tarea en una jornada tipo del Director refleja una proporción alta a las funciones que exigen un ejercicio integrado de gestión del recurso humano y de la interfaz humano-tecnológica (Figura 3). Aproximadamente sextos iguales del total de tiempo, se dedican a las reuniones con el órgano de gobierno, con los servicios que reportan a la Dirección, las comunicaciones por diferentes medios y las recorridas generales edilicias.

Observamos, en base a las encuestas, que existe una clara prioridad de tareas de gestión, en contrapartida con un peso relativo bajo que se le asigna al ejercicio directo de la medicina en la misma institución dirigida, y con poca importancia relativa a las actividades académicas, como la investigación y el dictado de clases. (Tabla 1)

Figura 3

Porcentaje de tiempo asignado a cada tarea en una jornada tipo del Director

Encuesta ADECRA 2013.



*** Otras tareas incluyen:**

Reuniones sobre calidad institucional
 Acreditación de profesionales
 Evaluación de resultados de producción
 Evaluación de equipamiento e insumos
 Gestión del recurso humano-médico
 Revisión y/o creación de procesos y procedimientos
 Desarrollo de productos prestacionales
 Análisis de proyectos
 Administración de camas
 Administración de licencias y horas extra

En forma yuxtapuesta a la distribución de alcances de gestión entre diferentes Direcciones, las leyes, normas y reglamentos carecen de definiciones y delimitación que coincida con tales divisiones, dejando en cambio como responsable final, de manera específica o por alcance solidario, al director Médico. Tal alcance de responsabilidad cubre un amplio espectro, que incluye los deberes en el ejercicio de la medicina, habilitaciones, historia clínica, deberes hacia los pacientes, manejo de residuos patogénicos, seguridad, denuncia de muertes y procuración de órganos, trazabilidad de medicamentos, psicotrópicos, estupefacientes, sustancias de denuncia ante el SEDRONAR, acreditación de profesionales para ejercer en el centro dirigido e inscripción en el Registro de Prestadores de Servicios de Salud.

La tabla 2 resume el voluminoso cuerpo legal y regulatorio de las actividades de una empresa médica. En algunos casos, está claramente establecida la responsabilidad directa del director Médico en ejercicio de su cargo, mientras que en otras de singular peso y riesgo, no hay clara delimitación, por lo que la responsabilidad solidaria del Director podría ser extensa e indistinguible del cuerpo profesional y de sus Jefaturas.

Tabla 2

Marco de leyes, normas y decretos que alcanzan a la Dirección

Encuesta ADECRA 2014.

LEY	ALCANCE	EN QUÉ INVOLUCRA LA CONDUCCIÓN DE LA EMPRESA MÉDICA
Ley 17132 y normas	Nacional	Ley de ejercicio de la Medicina. • Cumplir los procedimientos de habilitación y categoría del establecimiento. • El Director es responsable el cumplimiento de leyes, disposiciones y reglamentos para el ejercicio de la Medicina (capítulo III). • Control de diplomas. • Control del ejercicio profesional (art. 46). • Velar por que los pacientes reciban el correcto y eficaz tratamiento (art 40). • Existencia y adecuada guarda de las historias clínicas. • Denuncia obligatoria de enfermedades transmisibles. • Denuncia de presunción de delitos. • Denuncia de accidentes del personal.
Ley 26529	Nacional	Derechos de pacientes: Asistencia, trato digno, intimidad, confidencialidad, autonomía, información sanitaria e interconsulta médica.
Ley 26742	Nacional	Muerte digna: Asegurar la prevención y/o detener el empecinamiento terapéutico.
Ley 153/99	Bs. As.	Ley básica de salud. Derechos de pacientes. Obligación de llevar un libro de quejas.
Ley 23661	Nacional	Obligación de inscripción en registro de prestadores (Art 29). Respetar normas y condiciones de contratación de los seguros de salud. (Art 32). Infracciones punibles con multas, suspensión por un año y cancelación del número de prestador (Art 43).
Ley 19550	Nacional	Ley de Sociedades Comerciales. En caso de actividades ilícitas o fraudulentas establece responsabilidad solidaria e ilimitada de los administradores y quienes actúen como tales sobre el pasivo societario y daños ocasionados. (Art 18)
Decreto 6216/67 del Poder Ejecutivo	Nacional	• Deber del Director de controlar que quienes ejerzan la medicina en su establecimiento estén habilitados. • Establece obligación de uso de historias clínicas y uso de nomenclatura de morbilidad y mortalidad. • Obligación de denuncia a la autoridad de aplicación de enfermedades transmisibles. • Obligación de llevar libro de cirugías. • Obligación de denuncia a la autoridad de aplicación de enfermedades transmisibles. • Obligación de llevar libro de cirugías.
Resolución 2385/80 del Ministerio de Salud	Nacional	• Establece los requisitos a cumplir y mantener para brindar servicios de acuerdo a la categoría del establecimiento. • El Director Médico debe poseer la especialidad acorde a la actividad del establecimiento. • Obligación de registro de pacientes internados, partos y recién nacidos.
Ley 24051	Nacional	Establece definiciones y cuidados en manejo de residuos patogénicos. En caso de infracciones en el manejo de residuos peligrosos, los directores, administradores y gerentes tienen responsabilidad solidaria con la Empresa. Incluye la figura penal del delito ecológico (Art 55).
Ley 154/99	Ciudad de Buenos Aires	Obligaciones de seguridad y gestión de residuos patogénicos.
Ley 15465	Nacional	Denuncia obligatoria de enfermedades transmisibles.
Ley 24193	Nacional	Responsabilidad por la habilitación y mantenimiento de los equipos y centro de trasplante de órganos. Obligación de quien constata una muerte y del Director de denunciar el fallecimiento al órgano de procuración. Incumplimiento punible con multas e inhabilitación. (Arts 31; 32 y 35).

LEY	ALCANCE	EN QUÉ INVOLUCRA LA CONDUCCIÓN DE LA EMPRESA MÉDICA
Ley 17818	Nacional	Adquisición y guarda de estupefacientes. Obligación del Director de firma de registros. Sanciones por incumplimiento incluyen multas e inhabilitación para ejercer (Art 23).
Ley 19303	Nacional	Adquisición, guarda y registro de psicotrópicos. Obligación de firmar los registros foliados de movimientos. Responsabilidad penal por incumplimiento.
Ley 25649	Nacional	Prescripción de medicamentos por nombre genérico.
Resolución 435/11	Nacional	Deber de trazabilidad de medicamentos.
Colegios y Consejos médicos provinciales	Provinciales	Diceología y deontología del ejercicio médico: Decreto ley 5413/58 (Buenos Aires) Ley 4853 y decreto 6396 (Córdoba) Leyes 3950/ 4931 /9847 /2287 (Santa Fe) Ley 1194 (La Pampa) Ley 1380 / 1423 (Santa Cruz) Leyes 4569 y 33 (Chubut) Ley 548 y decreto 21/1972 (Río Negro) Ley provincial de Salud (Misiones) Ley 5205 (Santiago del Estero) Decreto ley 327/63 (Salta) Ley 4652 (Catamarca) Ley 4177 (Jujuy)

Discusión y propuestas

EL PROBLEMA ACTUAL

Resulta evidente que, quienes son propuestos y eligen dedicar la mayor parte de su tiempo a la Dirección Médica, asumen que el mayor peso y tiempo deben ser dedicados a la tarea de gestión, alta conducción y relación con los mandos que le reportan. Para ello, hay un consenso en la menor importancia que tienen para la función, y la resignación consiguiente de tiempo, de las tareas de investigación, docencia y de asistencia en el mismo centro que dirigen. Sin embargo, la mayoría de los directores Médicos no sólo mantienen un ejercicio regular de la medicina, mayoritariamente fuera del centro dirigido, sino que le asignan un valor importante, entre las cualidades a reunir, al hecho de ser reconocido por ser un médico en ejercicio. Esta aparente contradicción puede explicarse, por una parte, en el valor que el equipo de salud dirigido le da a reconocer la autoridad, de quien se desempeña en otra sede como un par. Por el otro, puede reflejar la preocupación de los directores Médicos en mantener su vigencia como profesionales ante la ausencia de un plan de carrera posterior, en la finalización del mandato como Director. Es indudable que la falta de definiciones precisas y la ausencia de un plan integral hacen que los directores Médicos definan su tarea como un cargo de plazo incierto y no como una

profesión en sí. Esa indefinición provoca un esquema de vaivén entre la tradición y el apego asistencial, y la gestión como Director.

En una era de claro perfil de empresa médica, es en la medición de resultados y diseño de procesos donde se observa con nitidez el sesgo que representa la permanencia de un uso y costumbre de la tarea de Dirección Médica por sobre las definiciones y asignaciones de competencias. Por un lado, apenas en el 30% de los casos, los directores Médicos participan en la elaboración del presupuesto anual, y por el otro, el diseño de procesos y la medición de resultados ocupan asignaciones de tiempo y prioridad relativamente bajas en la tarea del responsable médico (tabla 1 y figura 3). Dado que es indudable que tales tareas se realizan de todas formas en las empresas, seguramente la necesidad es cubierta por la participación de la administración de centros médicos. Retomando la analogía del capitán de barco, el escaso tiempo disponible de los directores Médicos a la planificación del futuro refleja que es probable que estos estén comprometidos resolviendo problemas operativos, de pacientes y conflictos interpersonales, y tengan así escaso margen para aportar su entendimiento de la medicina y las necesidades de los pacientes a la diagramación del futuro institucional y rumbo de la nave, el cual queda entonces en campo de otros cuerpos y, por tanto, con el aporte del responsable médico ausente o tardío. Es indudable que, vista la extensión de áreas a su cargo y la responsabilidad

directa e indirecta contemplada por el cuerpo de leyes y normas, la participación del director Médico en la elaboración del presupuesto, y la planificación estratégica institucional debería estar, cuando menos, a par de las numerosas tareas técnicas que insumen gran parte de su labor cotidiana.

Por otro lado, es llamativo que el tiempo dedicado a la calidad y seguridad de los pacientes se encuadre en la categoría “otros”, cuando, en forma directa o indirecta, el compromiso con la calidad continua del cuidado debiera ser una responsabilidad principal, compartida con la Dirección de Enfermería, en los casos en que esta se organice en forma independiente de la Dirección Médica.

La falta de diseño del cargo de Director Médico es un problema que trasciende fronteras. Un estudio mexicano analizó el perfil y formación de directivos Médicos, observando que sólo la mitad cuenta con formación de posgrado en gestión o afines, cuatro de cada cinco no recibieron ninguna inducción al puesto, un 19% no recibió cursos específicos y un 44% no realizó tareas de investigación vinculadas a su tarea. (1) En la experiencia española se ha puesto en evidencia la falta de integración del director Médico a los equipos y diseños de gestión (2) Por otra parte, es de destacar que, en el Reino Unido, una proporción cercana al 50% de quienes realizaron formación en gestión en salud, en el marco del Sistema Nacional de Salud, no se mantuvieron luego activos en el área. (3) Un corte algo más profesional se observa, en cambio, en la conducción de los centros de atención primaria en Chile, donde, por un lado, la proporción de mujeres a cargo (66%) guarda relación lógica con la proporción de género en la profesión; que, por otro lado, el promedio de experiencia previa es de 10 años, y que un 88,7% cuenta con formación específica en Salud Pública y/o gestión por medio de cursos, maestrías o doctorados. (4)

LAS FUNCIONES DEL DIRECTOR MÉDICO.

Comprenden un abanico amplio complejamente encastado:

// LA INTERLOCUCIÓN DE PARES

Los médicos, en su mayoría, adolecen de formación en gestión de recursos en su preparación general, lo cual genera, desde el punto de vista empresario, la percepción de que existe desinterés de los profesionales en la gestión, e indiferencia ante las fuerzas de mercado y regulatorias, a las cuales están sujetas las institucio-

nes. Por su parte, para los médicos, está presente la sensación de ser ajenos, de no estar capacitados ni interesados en lo que definen como temas puramente administrativos que, sin embargo, los preocupan, porque afectan su ejercicio. El director Médico representa un puente de lenguaje común para acercar uno y otro aspecto de la praxis médica, en especial, si es reconocido como un par por los médicos puramente asistenciales, asistenciales-académicos y los jefes de servicios.

// LA PRAXIS RACIONAL

La posibilidad de mantener distancia del interés individual de cada especialidad da al directivo Médico una óptica de equilibrio entre lo indicado, lo conveniente y lo racional, sobre todo en el caso individual. Para las condiciones frecuentes en pacientes tipo, existe un cuerpo de consensos y guías clínicas, en algunos casos, con el espejo de estudios de costo-eficacia. Sin embargo, a menudo, las condiciones individuales escapan de las reglas estudiadas en los consensos, normas y reglamentos. En tales escenarios, el responsable médico puede aportar como nadie el sustento del conocimiento médico, la evidencia, los aspectos éticos y de la buena praxis, como así también de conflictos e intereses. Su participación en la evaluación y eventual aprobación de la incorporación de nuevas tecnologías o prácticas en la institución es, sin duda, necesaria.

// LA ASIGNACIÓN DE PRIORIDADES

Conforme a la disponibilidad de recursos humanos y tecnológicos y a la demanda de servicios, el director Médico puede establecer las prioridades para la asignación de recursos, tanto en el escenario cotidiano y la emergencia, como la planificación de mediano y largo plazo. Esto incluye asignar el balance en la distribución de recursos entre los casos de urgencia del área de Emergencias y los procedimientos programados. (5)

// LA INTERLOCUCIÓN CON LOS PACIENTES Y SU ENTORNO

Si bien la práctica médica se basa en el establecimiento de un puente de confianza en la diada médico-paciente, la ruptura o lesión de este principio en un ambiente confinado al de un centro médico hace necesario contar con una opción que sea vista como válida, con poder de decisión, tanto por parte de pacientes y su entorno, como de los equipos médicos y los pagadores de los servicios.

// TRADUCIR Y MANTENER EL SISTEMA DE VALORES DE LA MEDICINA A LOS CUADROS DE GESTIÓN

Pese a la modernización de la estructura empresarial y la tecnología, la base de funcionamiento de los servicios médicos sigue basándose en la delegación de confianza recíproca entre pacientes, su entorno y un equipo de salud de alta densidad y presencia de contacto humano. Al igual que las percepciones y creencias, su entendimiento y gestión se adquieren con la práctica y la experiencia, de lo cual el director Médico debe ser un eficaz intérprete para aportar a los cuadros de gestión y de alta conducción empresarial.

// MEDIAR EN CONFLICTOS

Tal como queda reflejado en las encuestas de nuestro grupo de trabajo, los directores Médicos dedican mucho tiempo y asignan gran importancia a la capacidad que les brinda su afinidad con la gestión, por un lado, con su perfil médico, por el otro, para terciar en conflictos de todo tenor, incluyendo los instalados entre profesionales o entre profesionales y la institución.

// GESTIÓN DEL RECURSO HUMANO

Si bien la modernización de las empresas médicas conlleva una creciente participación de las Gerencias de Recursos Humanos en la relación con los profesionales, la figura del director Médico juega un papel clave en la identificación de necesidades, selección, acreditación, evaluación de desempeño e identificación de liderazgos y promociones. Es recomendable, así, una colaboración positiva y con retroalimentación entre los responsables de Recursos Humanos, que habitualmente no reportan al director Médico, y este último, por sobre la delimitación rígida de jurisdicciones o el querer imponer una jerarquía sobre la otra.

// SER VOCERO DEL HOSPITAL ANTE LA OPINIÓN EXTERNA EN CASOS DE EXPOSICIÓN PÚBLICA, DIFUSIÓN DE PATOLOGÍA Y ADHESIÓN A CAMPAÑAS PÚBLICAS

// REPRESENTACIÓN DEL CENTRO EN CÁMARAS, ASOCIACIONES Y FOROS ESPECIALIZADOS

// ORGANIZAR LA PUESTA EN PRÁCTICA PUERTAS ADENTRO DE CAMPAÑAS DE ALCANCE NACIONAL, LOS SISTEMAS DE COMUNICACIÓN OBLIGATORIOS Y, DE CORRESPONDER, LA RESPUESTA ANTE CATÁSTROFES

EL PERFIL Y EL CÓMO ¿HACIA UN TRABAJO COLEGIADO?

Entendemos que el director Médico debe contar con

entrenamiento asistencial y experiencia de posgrado en el ejercicio de la medicina, sumado a alguna forma de educación médica continua en la tarea específica. Como parte de su capacitación, es deseable que, antes de tomar funciones directivas o en los primeros años de la misma, tenga alguna formación intensiva de posgrado en una de las disciplinas afines a la labor, incluyendo Administración Empresarial, Gestión en Salud y/o Salud Pública.

El perfil debe reunir un razonable equilibrio entre liderazgo, profesionalismo, conocimiento técnico, experiencia médica, habilidad en relaciones humanas y capacidad de elaboración conceptual. La destreza en una especialidad médica, el prestigio académico, profesional o la popularidad, por sí solos, de manera alguna califican a un médico para ser directivo. La evolución de las empresas médicas y la tendencia de la gestión de salud definen que el cargo de director Médico se fije como un puesto de una alta dirección de varias disciplinas. Existe, por una parte, la toma de responsabilidades de las Direcciones Administrativas sobre aspectos del funcionamiento operativo y la gestión financiera y económica que exceden lo que pueda adquirir y mantener un médico, a menos que se aleje de manera precoz y sostenida del ejercicio de la medicina, con lo cual, en definitiva, no calificará en las destrezas del perfil que resumimos arriba. Por otra parte, el conjunto más numeroso de cualquier equipo de salud de empresas con internación, la Enfermería, ha evolucionado hacia una creciente profesionalización, por medio del acceso a carreras universitarias, licenciaturas y doctorados que han cambiado el perfil de las enfermeras y enfermeros. Es esperable que, con el acceso a herramientas de gestión y la especialización en disciplinas de Enfermería, llegue una progresiva capacidad y reconocimiento de autonomía, frente a lo cual crecerá, como consecuencia lógica y fundada, el número de estructuras con Dirección propia. La existencia de Direcciones de Enfermería, hoy presente en un 17% de los centros encuestados, crecerá inicialmente por un mero esquema de conveniencia de organización o intereses de sectores, pero es deseable que sea acompañada por la adquisición de legítima autonomía profesional, sostenida por leyes y normas acordes. Por otra parte, el paso a soportes digitales de equipos, registros e historias clínicas ha dado una fuerte necesidad y presencia a los responsables de Sistemas quienes, en los centros más avanzados, tienen funciones de diseño y control de procesos mucho más relevantes que únicamente la gestión de tecnología, la cual, por cierto, casi sin excepciones, no se diseña en los centros médicos.

La formación y el hábito de quienes tienen capacidad jerárquica en Sistemas hace que estos estén singularmente aptos para hilvanar las relaciones de procesos que, en la actividad médica, tienen cada vez más componentes. Una vez más, las destrezas propias de la disciplina deberán ser acompañadas por formación y experiencia en los problemas de las empresas de salud, sin perder de vista la necesidad de intercambio y consulta recíproca con la Dirección Médica.

Podemos anticipar entonces un escenario en el cual se modifique progresivamente la imagen de analogía del director Médico con la de capitán de barco, y el escenario de tarea del responsable médico, sea la de un cuerpo colegiado de conducción integrado por Direcciones Médica, Administrativa, Sistemas y Procesos y Enfermería, con reporte conjunto a una Dirección General o de manera directa al órgano de gobierno, conforme al tamaño de la organización. Es probable que este diseño conceptual y operativo tenga más lógica en las grandes estructuras que en las pequeñas, y es además posible anticipar que las empresas prefieran introducir cambios de este tipo, a la par de la renovación de cargos. Existen antecedentes para esta estructura de conducción. En el modelo de gestión de los centros dependientes del Instituto Nacional de Salud de España, el cargo vértice está representado por un Director – Gerente que debe contar con diploma universitario y probada experiencia y calificaciones, sin especificación de profesión ni de cómo se acredita o estandariza dicha experiencia. A dicho Director – Gerente reportan el director de la División Médica, el de Gestión y Servicios Generales y la de la Dirección de Enfermería. (6) Podría interpretarse la posibilidad de avance de las estructuras colegiadas como una cierta desnaturalización, en desmedro de la autoridad de la Dirección Médica. Sin embargo, los fundamentos y la evolución que hemos explicado hacen, por lo contrario, arcaico el arrastrar un formato pobremente definido como el actual. Por otra parte, si las Direcciones Médicas se afianzan en su formación continua y adquisición de destrezas de corte empresarial, es factible suponer que se abrirán para los directores Médicos oportunidades de promoción a cargos de Dirección General o de órganos de gobierno, que hasta ahora les han resultado poco accesibles, salvo en el cada vez menos frecuente seno de los Directorios de accionistas.

EL PLAN DE CARRERA

Concebir una definición exigente de destrezas y formación continua del director Médico, sin comprometer un plan de carrera claro y de cierta uniformidad en el mercado de la salud, es una receta segura al fracaso, o bien una pérdida de un número importante de médicos con potencial para conducir. En cualquier especialidad, pero sobre todo en las quirúrgicas, el directivo Médico debe resignar tiempo de lo que le es caro en su afecto y autoestima, el ejercicio de la medicina, para migrar a lo que debe ser una carrera claramente definida, no una mera improvisación de contratado y contratante.

La ausencia de tradición de este tipo de planes de formación continua crea el desafío de generar un espacio de pares en el seno de una sociedad o universidad, en el cual se aporten para nivelar las áreas en las que algunos tengan algún perfil y experiencia más definido, con el concurso de líderes de las otras áreas de gestión mencionadas: Dirección Administrativa, Sistemas, Recursos Humanos y Enfermería.

Tal organización formativa no define, por cierto, la transición. Luego de finalizado el mandato, y en caso de que no se acceda a una promoción o movimiento horizontal dentro de una corporación con múltiples sedes y unidades de negocios. En el escenario actual, existen diferencias entre la transición que puede ofrecer, por un lado, un centro con planes académicos y afiliación operativa con una universidad, seguramente hacia tareas jerarquizadas en el ámbito académico, y por el otro, la empresa médica asistencial. En este segundo escenario, se puede expresar como deseable que se discuta y acuerde, desde el inicio, entre directivo y empresa, la duración estimada de la función y los compromisos recíprocos en caso de concluirse el cargo antes de la edad jubilatoria del directivo.



Conclusiones

Contamos con una rica información sobre la estructura y marco de la conducción médica de las empresas privadas en la Argentina, que nos lleva a definir el perfil del director Médico y anticipar un futuro en el cual su tarea será cada vez menos aislada y más integrada a cuadros de alta conducción. Percibimos como una amenaza a la continuidad y calidad de la disciplina la ausencia de un plan de carrera, el cual debe contemplar la formación continua, aspectos formativos y la coherencia en el mercado, para evitar que perdure la indefinición o dicotomía entre las funciones directivas institucionales y las asistenciales propias.

Agradecimientos:

La **Comisión de Directores Médicos de ADECRA** agradece la generosa participación de los conferencistas invitados a las Jornadas Técnicas y Anuales: Dr. Ricardo L. Lorenzetti, Dra. Claudia Madies y Cte. Jorge Rivelli. Sin la invalorable transmisión de conocimientos y experiencia de ellos, no habríamos tenido las herramientas para marcar el rumbo de trabajo. Un reconocimiento destacado al Prof. Ing. Alejandro Sioli (IAE Universidad Austral), quien diagramó la estructura y condujo los talleres de la Segunda Jornada de Directores médicos, además de analizar los resultados de la segunda encuesta y el marco teórico de la conducción empresarial.

La Dra. Laura Rodríguez, desde la Gerencia de **ADECRA**, ha sido desde el inicio mentora y entusiasta sostén para la continuidad y expansión de la Comisión de Directores Médicos. El equipo a su cargo apoyo permanente la tarea.

Bibliografía.

- 1) Ruelas González MG, Villafuente B. Perfil gerencial de los directivos de los servicios de salud. Re vista de Especialidades Médico-Quirúrgicas: 2010; 15(2), 59-64.
- 2) Cuervo Argudín J.I. El rol de Director médico como directivo de Centros Sanitarios. Gaceta Sanitaria 1991; 25(5): 174-178
- 3) Dixon M, Shaw C. Maximing management investment in the NHS. A study of National Management Trainers.
- 4) Tamayo M, Aguirre M, Bescaín A. Aproximación al perfil de los directores de centros de salud de atención primaria en Chile. Cuad Med Soc 2012, 52(3): 14-21
- 5) Salazar A, Yurss I. Papel de la Dirección médica en el encaje de urgencias en el Hospital. Anales Sis San Navarra 2010; v.33 (supl.1) <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272010000200005>
- 6) Boletín Oficial de España 1987; 91: 16 de abril.

Apéndice

Nómina de Instituciones participantes de las Encuestas ADECRA 2013-2014 y de las Jornadas técnicas de Dirección médica.

Institución	Director/es participantes
CALDEVIT S.A. (Clínica Bessone) - San Miguel	Dr. José Luis Leone
Casa Hospital San Juan de Dios - Ramos Mejía	Dr. Ángel Vannelli y Dr. Héctor Santander
CEMIC (Ctro."Norberto Quirno")	Dr. Aldo N. Vizcaíno y Dr. Julio Ravioli
Clínica Adventista - Belgrano	Dr. Gustavo Weiss y Dr. Jorge Echezarraga
Clínica Angelus - San Isidro	Dr. Andrés Torn
Clínica Bazterrica	Dra. Alejandra Di Leo Lira
Clínica del Sol Coronel Díaz	Dr. Daniel Espinosa
Clínica La Sagrada Familia	Dr. Christian Van Gelderen
Clínica Modelo de Morón	Dra. Silvia Gago
Clínica Olivos S.A. - Vicente López	Dr. Pablo Dimitroff
Clínica San Camilo	Dr. José Battiston
Clínica Santa Isabel	Dr. Enrique Daniel Pérez
Fundación Favaloro	Dr. Gerardo Bozovich y Dr. Cristian Fuster
Hospital Alemán	Dr. Heriberto Engel y Dr. Rodolfo Trietsch
Hospital Británico	Dr. Ángel Yebara y Dr. Germán Suárez
Hospital Español de La Plata	Dr. Daniel Sagastizabal
Hospital Italiano	Dr. Fernan González Bernaldo de Quirós y Dr. Juan Carlos Tejerizo
Hospital Privado Santa Clara de Asís - Salta	Dr. Victor Manuel Elías
Hospital Universitario Austral	Dr. Eduardo Schnitzler
Instituto Alexander Fleming	Dr. Marcos Drlje
Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento	Dr. Alfredo Vidal
Instituto Médico de Alta Complejidad - IMAC	Dr. Edgardo Zimmerman
Instituto Otorrinolaringológico	Dr. Eusebio Zabalúa y Dr. Andrés Blanco
Sanatorio Anchorena	Dr. Francisco Longo y Dr. Pablo Desmery
Sanatorio Colegiales	Dra. María Cristina Lacunza
Sanatorio Corporación Médica - San Martín	Dr. Alejandro Ciano
Sanatorio de La Providencia	Dr. Jorge Castagnino
Sanatorio de La Trinidad	Dr. Roberto García Eleisequi y Dr. Roberto Martingano
Sanatorio de Los Arcos	Dr. Jorge Lantos
Sanatorio El Carmen - Salta	Dra. Milagro Roldán
Sanatorio Finochietto	Dr. Jorge Kritzer y Dr. Norberto Furfaro
Sanatorio Las Lomas de San Isidro	Dr. Andrés Torn
Sanatorio Los Arroyos - Grupo Gamma	Dr. Mario Marcato
Sanatorio Mater Dei	Dr. Roberto Dupuy De Lome y Dr. Marcelo Vega
Sanatorio Parque - Salta	Dr. Fernando Gallo Cornejo
Sanatorio Parque - Santa Fe	Dr. Carlos Lovesio
Sanatorio San Lucas - San Isidro	Dr. Héctor Ballesterio
Sanatorio San Lucas - San Isidro	Dr. Pedro Lawson

Adecra

Adecra > Montevideo 451 Piso 10º - (C1019ABI) (C.A.B.A.)
Tel: (54 11) 4374-2526 Fax: (54 11) 4375-2070
www.adecra.org.ar - info@adecra.org.ar