

COMENTARIOS A PROPOSITO DE LA ORGANIZACION ASISTENCIAL DEL HOSPITAL DE PEDIATRIA

JUAN P. GARRAHAN

Dr. Luis Alberto Dal Bó

A diecisiete años de su creación el Hospital Garrahan es, muy probablemente, la experiencia más lograda -en términos de desarrollo, complejidad y trascendencia científica y social- de todos los modelos hospitalarios que se plantearon como alternativa a los sistemas tradicionales de gobierno, gestión administrativa, organización y funcionamiento asistencial, en los últimos cuarenta años.

El carácter de institución descentralizada y su financiación múltiple, la modalidad modular y flexible del edificio, el equipamiento adecuado, la conformación de nuevos planteles, el horario prolongado, la organización según tipo de cuidados, las salas de internación polivalentes, las nuevas modalidades asistenciales, la práctica interdisciplinaria, la jerarquización de las actividades de docencia e investigación lo han convertido en un moderno centro hospitalario que se comporta como referente nacional para la atención de problemas pediátricos complejos.

Este conjunto de medidas innovadoras irrumpió en el alicaído panorama sanitario del momento generando inquietudes diversas, desde el cuestionamiento a la franca aceptación como modelo a desarrollar. Si bien son muchos los aspectos susceptibles de análisis y comentario, se abordarán aquí solamente algunas cuestiones relacionadas con la organización asistencial.

ESTRUCTURA

La estructura de una institución está dada por la asignación de funciones y responsabilidades entre los distintos sectores que integran la organización.

El organigrama del Hospital -representación gráfica de su estructura- muestra el ordenamiento jerárquico, siendo necesario para entender la organización, la lectura de las misiones y funciones. Puede ser de utilidad el diseño de un organigrama que revele los aspectos dinámicos de la estructura y no solamente su ordenamiento jerárquico. De igual forma, un mapa que muestre aspectos hidrográficos, viales, comunicacionales, de producción, etc., es más ilustrativo que el que expresa solamente la división política.

La organización de actividades interdependientes y complejas, desde la perspectiva de las necesidades del paciente, incorporando la concepción de cuidados progresivos prevista en el programa médico original, obligó a realizar modificaciones al ordenamiento tradicional con el objeto de asegurar la participación oportuna y suficiente de las distintas especialidades y disciplinas, como medio para brindar prestaciones de buena calidad.

En consecuencia, el nuevo ordenamiento se definió en una estructura hasta entonces no aplicada en establecimientos de similar magnitud.

Esta propuesta se expresó, en muy grandes rasgos, mediante la diferenciación de dos campos: el de saber médico, terreno de las diferentes especialidades y disciplinas, y el geográfico, es decir los ámbitos donde los agentes de la salud llevan a cabo las tareas asistenciales.

Vale como ejemplo la internación según tipo de cuidado en salas polivalentes, salvo situaciones específicas, y la presencia de un profesional en cada territorio, que cumple una gestión integradora. Esta presencia, en internación, ambulatorio y quirófanos, asume las funciones de una coordinación que plasma, con los responsables de los diferentes servicios, un acuerdo de participación interdisciplinaria

a efectos de conformar un equipo de trabajo que de respuesta a las necesidades de los pacientes. La autoridad de este Coordinador no invade el campo del saber médico especializado; en cambio, su competencia tiene que asegurar la intervención oportuna de los distintos profesionales, técnicos y demás agentes, que deben concurrir con sus aportes para generar en condiciones eficientes un egreso, una consulta, una sesión de hospital de día, una intervención quirúrgica.

Esta modalidad de organización, se enlaza dentro de las estructuras matriciales permanentes, apropiada para los proyectos complejos que involucran aportes de múltiples disciplinas y especialidades coordinados por un agente diferente al jefe de cada una de ellas.

Puede decirse que el flujo de autoridad corre en dos sentidos, uno vertical, que corresponde a la conducción de cada especialidad, y otro horizontal propio de la coordinación de ámbito donde se concreta el Proyecto. Ambos flujos se entrecruzan formando una trama o una matriz. El modelo matricial deja de lado el principio básico de las organizaciones tradicionales: la unidad de mando¹.

Entre los beneficios propios de esta modalidad se cuentan el de una mayor flexibilidad y una tendencia al aumento de la motivación y compromiso de los agentes. Como contrapartida pueden observarse más conflictos o tensiones por el doble mando. Por eso esta estructura se desarrolla mejor a medida que las instituciones maduran, lo que insume, habitualmente, varios años².

Su aplicación en el Hospital generó, como no podía ser de otra forma, dificultades técnicas y operativas, así como resistencias por falta de experiencia matricial. A su vez facilitó, entre otros aspectos, la formación integral de los internistas, la capacitación ampliada de enfermería, un excelente aprovechamiento de la capacidad instalada y, lo que no es poco, produjo una saludable y productiva movilización de las inquietudes relacionadas con modalidades organizacionales y roles profesionales, que mantiene plena vigencia en la actualidad.

ROL DE LA CLÍNICA Y DE LAS ESPECIALIDADES

En un hospital complejo la atención especializada es imprescindible, dado el necesario aporte de los más avanzados conocimientos específicos, pero la misma no debe implicar una descomposición del paciente en tantas partes como aparatos tenga afectados, con ausencia de integración o síntesis, con renuncia a abordarlo en el amplio espectro de su realidad personal, familiar y social. La presencia de la Clínica, responde a la necesidad de aportar una visión globalizadora, que armonice las distintas opiniones especializadas, que interprete la amplia realidad del paciente, que estime sus necesidades y procure su oportuna satisfacción, todo

ello con la intención de generar un resultado cuantitativamente y cualitativamente diferente a la suma de los distintos aportes especializados³.

Se ha dicho que el internista pediátrico, esencial en el ámbito hospitalario, es el punto de convergencia de las múltiples especialidades en el ejercicio de su actividad curativa: y que como médico del paciente y su familia es quien dirige y armoniza las tareas diagnósticas y terapéuticas, así como facilita el diálogo entre disciplinas⁴.

El médico internista de adultos también ha sido definido como el coordinador de la pluripatología. Sus principales valores y capacidades están dados por su visión integradora y su polivalencia⁵.

Por último, cabe señalar que el término Medicina Interna fue propuesto originalmente en el I Congreso Internacional de Medicina, en Wiesbaden en 1892. Incluye el más alto nivel de conocimientos, el desarrollo de la investigación clínica, así como la capacidad de tener una visión global del enfermo, desde lo orgánico a lo psíquico en todos sus grados de complejidad⁶.

MEDICO DE CABECERA

El médico de cabecera, también llamado médico de familia o médico generalista, ha sido definido como un médico general que atiende los problemas comunes de salud de personas de todas las edades. Pediatras o clínicos de adultos pueden desempeñarse como tales en el campo etario correspondiente⁷. En cualquier caso, su ámbito laboral está ligado casi con exclusividad al primer escalón asistencial. Su figura evoca al médico de confianza de la familia, de total vigencia muchos años atrás, antes de la existencia de numerosos especialistas con acceso facilitado por las obras sociales. Hoy, la revitalización de su rol en todo el mundo, obedece a la necesidad de un ordenamiento racional de la oferta asistencial dado el crecimiento continuo del gasto en salud.

La aplicación del término médico de cabecera en un hospital del tercer escalón asistencial no parece ajustarse totalmente al modelo aquí esbozado. Si bien el clínico internista tiene asignado un rol bien definido, que se puede homologar a la figura del médico de cabecera, en determinadas circunstancias suele no ser reconocido como referente principal por parte del paciente y su familia. Es que el carácter de «médico de cabecera» se asigna al menos desde dos puntos de vista: desde la organización aplicado al internista que cumple el rol ya descrito; y desde las preferencias familiares adjudicado tácitamente a aquel profesional en el que concentran sus mayores expectativas y depositan su confianza.

Por cierto que esta cuestión, que roza el problema de la identidad, no debería tener mayor trascendencia, ya que lo importante es el desempeño

correcto del rol asignado antes que el rótulo con que se lo distingue al médico. Y es posible que su adecuado cumplimiento tienda a favorecer la confluencia en el internista de la confianza y de las expectativas familiares.

INTERDISCIPLINA

En las últimas décadas se ha producido una notable expansión de los conocimientos y de desarrollo tecnológico, con el consiguiente crecimiento de las especialidades, pero sin interacción suficiente como para evitar una fuerte tendencia al aislamiento unidisciplinario. El fenómeno, que se observa en los ámbitos donde se genera el conocimiento, así como en aquellos donde se aplica y se forman recursos humanos, preocupa, porque la actividad interdisciplinaria es necesaria para la vitalidad del desarrollo científico al establecer intercambios indispensables entre las diferentes ramas de saber, tanto como para obtener los mejores resultados como fruto de la aplicación de dichos conocimientos.

No debe confundirse con la multidisciplina, en la cual el aporte de distintos especialidades y disciplinas, con ausencia de interacción e intercambio, no permite una eventual transformación de los criterios de cada especialidad.

Claro que para que haya interdisciplina tiene que haber disciplinas, lo cual implica contar con un ambiente que, a partir del reconocimiento de su importancia, genere las condiciones para el desarrollo de las mismas. Sin perjuicio de ello, es necesario incorporar una actitud que haga posible pensar en conjunto y actuar consecuentemente. La interdisciplinariedad demanda una interacción que permita la confluencia de conocimientos a propósito de un interés común: resolver los problemas del paciente.

REFERENCIAS

1. Organización Matricial. Liderazgo y Mercadeo.com. Edición N°65.
2. Mintzberg, Henry. Diseño de Organizaciones Eficientes. El Ateneo. 1989.
3. Dal Bó, L.A. Organización de los Servicios Médicos. En Administración de Servicios de Salud. O'Donnell J.C. Torno 1. Editorial Docencia, 1995.
4. Gianantonio, Carlos. Comentarios sobre salud infantil y pediatría. Arch. Arg. Ped. 257/258. Vol.92. 1994.
5. Villaroel, Miguel. Retos del internista en el Siglo XXI. 3º Congreso de la Soc. Asturiana de Médicos. Internistas. Oviedo, 30 de Mayo de 2001.
6. Salvatore, Adrián. La formación de Internista. Revista de Hosp. Priv. de Comunidad, Vol. 1, N° 1. 1993. Mar de Plata.
7. Webner, David. Elección del médico de cabecera. Medlineplus. Enciclopedia Médica 2003.
8. Ruiz, R y Martínez, A. Multidisciplina e Interdisciplina en el posgrado de la UNAM. Primer Encuentro. La Experiencia Interdisciplinaria en la UNA. México.