



Medicina Paliativa

www.medicinapaliativa.es



EDITORIAL

Modelos organizativos asistenciales, académicos y liderazgo del siglo XXI: de la rigidez vertical a la colaboración flexible líquida

Se han producido cambios sociales y culturales relevantes en el siglo XXI, ya anunciados por Baumann¹, que describe el concepto de modernidad líquida, con procesos acelerados de fluidez y cambio que requieren flexibilidad, adaptación, y en las que aparecen modelos distintos de jerarquía, identidad y compromiso. Esta nueva concepción ha influenciado decisivamente nuestros modelos de trabajo en equipo y de organización en el sistema de salud.

Los modelos de organización asistenciales partieron de una concepción estructural dedicada a un ámbito de conocimiento, con frecuencia específico, vinculado a especialidades médicas. Además, se desarrollaban dentro de ámbitos estancos (hospitales, Atención Primaria, sociosanitario, etc.), organizados como servicios. Este modelo habitualmente era jerárquico y, desde un punto de vista laboral, relativamente estable, con jefaturas y plazas frecuentemente permanentes, ascensos programados previsibles, y con cambios prácticamente vegetativos con tendencia a modelos de carácter funcionarial. Su modelo de liderazgo estaba basado en el cargo. Desde hace unos años, en parte debido al carácter multimórbido y complejo de la atención, fueron apareciendo modelos más colaborativos que promovieron una organización interdisciplinar, más funcional, integrando distintas disciplinas. En el caso del Instituto Catalán de Oncología (ICO), aparecieron las unidades funcionales multidisciplinares orientadas a la atención de tipologías específicas de pacientes, integradas por distintos especialistas que trabajan de manera integrada. Lo mismo ha ido ocurriendo en la aparición de programas integrados entre servicios y niveles asistenciales, por ejemplo, para atender la cronicidad, aunque con mayores dificultades.

En el ámbito de los servicios y equipos sanitarios y de cuidados paliativos, también partimos de modelos jerárquicos, liderados inicialmente por pioneros, y basados en valores compartidos, declarados al menos, verbalmente. Un gran componente de identidad y pertenencia, un compromiso muy específico con la organización y una gran dedicación, especialmente en las fases iniciales, han sido las claves fundamentales. Tras más de 30 años de evolución, estamos dirigiéndonos hacia modelos mucho más flexibles, colaborativos e integrados. Los equipos trabajan de manera mucho más transversal con otros equipos o servicios, y en los que la aportación es de conocimiento. Se requieren capacidades de colaboración multidisciplinar para la toma de decisiones compartidas, y en los que la jerarquía no depende de los cargos, sino del conocimiento y de la aportación de valor añadido. En este nuevo escenario, la pertenencia es también mucho más líquida, ya que se participa en proyectos que involucran directamente a personas-profesionales de organizaciones distintas, y estas deben saber adaptarse a compartir profesionales y proyectos con otras de manera flexible y abierta.

De la misma manera, la organización de la docencia y de la investigación están evolucionando desde modelos también jerárquicos basados en la estructura (cátedras clásicas) hacia modelos de participación multidisciplinar basada en proyectos, con profesionales procedentes de disciplinas y ámbitos muy distintos y en los que el valor y la aportación de cada persona consiste más en el logro de objetivos. Así son esenciales la capacidad de trabajo en equipo, el reconocimiento del valor ajeno, la flexibilidad, el respeto, la capacidad de toma de decisiones compartidas, el compromiso con el proyecto, la resiliencia individual, del equipo e institucional, la compasión y la aportación de valor orientada a la innovación y promoción de la salud de los profesionales mismos. Son vitales la transparencia y la asertividad para el desarrollo de un modelo de liderazgo compartido. El manejo de la incertidumbre y la adaptación al cambio son actitudes que deben ser entrenadas, pues son esenciales para el éxito del individuo, del equipo y de la organización.

Estos nuevos modelos requieren unos liderazgos modernos basados en el respeto, la colaboración, la confianza y la solidaridad. El liderazgo es bien considerado por el equipo si está en los niveles de excelencia descritos por Maxwell², los comportamientos de liderazgo descritos por Goleman³, por la aportación de valor, el respeto, soporte y apoyo a los componentes del equipo, la motivación de las personas, la capacidad de comunicación, colaboración, y una jerarquía basada en el conocimiento y experiencia.

Durante la última década ha incrementado significativamente la atención al liderazgo clínico considerándose en la literatura como medular para la implementación e innovación en los Sistemas Nacionales de Salud de países anglófonos⁴. La investigación sugiere que un modelo de liderazgo clínico colaborativo genera profesionales de la salud más comprometidos, con mejor desempeño profesional, mejor afrontamiento a la adversidad y optimización de los cuidados y tratamientos que los pacientes reciben⁵.

El liderazgo clínico se concibe en los escenarios de primera línea de atención, contrario a la tradicional concepción de liderazgo distante desde la gestión y dirección ejecutiva. Esto enlaza con la idea de que el modelo de liderazgo clínico que se puede experimentar en un servicio es responsabilidad de todos^{6,7}. Las competencias necesarias para que los profesionales puedan encarnar el líder que representan han sido estudiadas a profundidad y se identifican como la base para desarrollar un modelo clínico colaborativo que inspire una cultura de humanización sostenible^{4,6}. Los clínicos tienen una influencia mayúscula en la atención sanitaria. Tienen el poder de reducir el costo de la atención y mejorar los resultados y la satisfacción de los pacientes, así como de desarrollar y aplicar estrategias de atención innovadoras. Sin embargo, muchos médicos se sienten desconectados de las decisiones que se toman en sus organizaciones y que tienen un impacto directo en la atención y, a veces, consideran que sus comentarios sobre la atención actual y las innovaciones para el futuro no se valoran por completo^{4,5,8}.

Desde los cuidados paliativos, y también en las organizaciones docentes y de investigación, debemos incorporar este tipo de modelos de organización en una disciplina esencialmente integradora e interdisciplinar, y promover un liderazgo basado en valores, conocimientos, habilidades y comportamientos que sepan manejarse con soltura en un mundo líquido en el que hay más oportunidades que amenazas. Se trata de un escenario donde la integridad, resiliencia y humildad de sus líderes marcarán el desarrollo, innovación y prosperidad de las organizaciones y de las personas que las constituyen⁹.

Xavier Gómez-Batiste¹ y Juan Pablo Leiva²

¹Cátedra de Cuidados Paliativos. Observatorio Qualy. Universitat de Vic. Instituto Catalán de Oncología. Barcelona, España. ²Equipo de Soporte Hospitalario y Atención Paliativa. Hospital de Manacor. Mallorca, Islas Baleares, España

BIBLIOGRAFÍA

1. Bauman Z. Tiempos líquidos. Barcelona: Tusquets; 2007.
2. Maxwell JC. Las 21 leyes del liderazgo. Barcelona: Ed RBA; 2008.
3. Goleman D. Liderazgo, el poder de la inteligencia emocional. Barcelona: Ed B de bolsillo; 2021.
4. Compton-Phillips A. Spreading at Scale: A practical leadership model for change. *NEJM Catalyst*. 2020;1. DOI: 10.1056/CAT.19.1083.
5. Stewart J, Widmer R, Young L, Jenkins T, Huang X, Oliver R, et al. The Clinician Role in Healthcare Delivery and Innovation. A powerful voice for transforming care. *NEJM Catalyst*. 2020. Disponible en: https://store.nejm.org/signup/ebook2020?promo=OCFD20MR&query=mr&utm_source=catsite&utm_medium=banner&utm_campaign=ebook2020
6. Harrison M. Future of Clinical Leadership: Saving our greatest intensity for human beings. *BMJ Leader*. 2017;1:13-5.
7. Moen C, Brown J, Kaehne A. Exploration of “perception of self” as medical leader: does perception of self requires a paradigm shift from clinical to clinical leader? *BMJ Leader*. 2018;2:103-9.
8. Montgomery A. Physicians as leaders: are we trying to fit square pegs into round holes? *BMJ Leader*. 2018;2:128-31.
9. Barclay S. Going digital in health: implications for leadership. *BMJ Leader*. 2018;2:124-5.