



1796 - LIDERAZGO. MULTIDISCIPLINARIEDAD Y COORDINACIÓN: PRACTICAS COLABORATIVAS DE LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA, URGENCIAS, UNIDAD DE CRÍTICOS Y DE ANESTESIOLOGÍA-REANIMACIÓN EN LA PANDEMIA COVID-19

Modesto Martínez Pilaldo¹, Olga Solas Gaspar², Enrique Varela Álvarez³, David Baltar Boliéve⁴, Marina Varela Durán⁵, Laura Valcarce Rial⁵, Antonio Ángel Regueiro Martínez⁶ e Ismael Said Criado⁷

¹Área Sanitaria Pontevedra y O Salnés, Pontevedra. ²Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur, Vigo.

³Facultad de Dirección y Gestión Pública, Vigo. ⁴Instituto de investigación Sanitaria Galicia Sur, Vigo. ⁵Hospital Universitario de Pontevedra. Área Sanitaria Pontevedra y O Salnés, Pontevedra. ⁶Centro de Salud Vilanova de Arousa. Área Sanitaria Pontevedra y O Salnés, Pontevedra. ⁷Hospital Alvaro Cunqueiro, Vigo.

Resumen

Objetivos: Describir el proceso de toma de decisiones, en la gestión de la atención a pacientes COVID-19 en SUH, unidades de MI, y en UCIS, de acuerdo a las dimensiones de liderazgo, coordinación, comunicación, equipos, roles y competencias transversales en contextos de incertidumbre en organizaciones de alta complejidad.

Métodos: Estudio cualitativo. Entrevistas abiertas en línea (Zoom) a gerentes de Área (3); equipos clínicos de SUH, MI, ARN y Ucis (15). usando la guía Practicum Direct Autoevaluación rapid. Para el análisis se utilizan los modelos de la toma de decisiones (Modelo VUCA, The infinite Game; S. Sinek (2018); Matriz de Stace. Strategic management and organisational dynamics: the challenge of complexity 2002.

Resultados: La gestión del impacto de la pandemia ha hecho necesario acometer una transformación del modelo de atención hospitalaria, sectorizando por circuitos bien diferenciados entre COVID-19 y No-COVID-19; el liderazgo de los jefes de servicio, liderazgos clínicos, la coordinación e integración en equipos multidisciplinares, equipos móviles para la atención sanitaria en las residencias sociosanitarias; unidades funcionales transversales (SUH, MI, UCI); Unidades intermedias de reanimación para soporte respiratorio mediante ventilación no invasiva (VNI); UCI en red; estrategias de comunicación y redes sociales; referentes COVID para la gestión de la información: volatilidad, ambigüedad, *fakes* clínicas y no clínicas. Estos servicios soportaron el peso de la atención urgente y crítica del paciente COVID-19, aportándoles más visibilidad y reconocimiento. No obstante, nos transmiten que «solos no lo hubieran conseguido»; sin las competencias transversales de sus compañeros (sin límites de especialidad); las supervisoras y la enfermería especializada, los servicios de soporte: rayos, micro, laboratorios, prevención de riesgos, salud pública, farmacia, entre otros.

Discusión: El modelo hospitalario fragmentado, por estamentos y servicios que interaccionan mediante instrucciones y prescripciones, sin información útil a la toma de decisiones (meso-micro),

sin datos sintéticos (*Big Data*, IA) no facilita la multidisciplinariedad deseable en cualquier unidad clínica cuyo objetivo sea atender de forma integral a la persona y el ciclo de la enfermedad en escenarios asistenciales «de normalidad (paciente crónico, patologías tiempo-dependientes) pero también en futuras crisis sanitarias. Los procesos clínicos transversales deben romper organigramas» (J. Varela, 2022) ¿Aprenderemos de la experiencia vivida? ¿Podemos evaluar las innovaciones organizativas y de gestión clínica que han resultado más eficaces, con el propósito de implementarlas?

Conclusiones: Las organizaciones deben: escuchar, comprender y compartir de abajo-arriba. Los equipos clínicos tomaron decisiones clínicas y de gestión, en muy poco tiempo, bajo presión e incertidumbre, sin planes de contingencia previos: Decisiones inmediatas, eficaces, éticas, precisas, operativas y proactivas, asumiendo enfoques más intuitivos, tácticos vs. menos racionalistas, además de garantizar la protección y seguridad de los pacientes y profesionales, asumiendo la gestión de riesgos.