

Gestión clínica

Fernández Palomeque C
Cardiólogo. Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca
cpalomeque@hds.es



De izquierda a derecha Francisco Fernández, Luis Rodríguez, Dolores Ruiz y Carlos Fernández

Invitados y participantes:

Rafael Burgos Rodríguez, *Director General de Recursos Humanos del SAS.*
Francisco Fernández Avilés, *Director del Instituto de Ciencias del Corazón.*
Carlos Macaya Miguel, *Director del Instituto Cardiovascular del Hospital Clínico Universitario San Carlos de Madrid.*
Roberto Martín Hernández, *Director Médico del Hospital de Guadarrama. Madrid.*
Luis Rodríguez Padial, *Servicio de Cardiología Hospital Virgen de la Salud. Toledo.*
Dolores Ruiz Iglesias, *Directora de la Cátedra Pfizer en Gestión Clínica.*
Santiago Suso Vergara, *Director. Corporació Sanitaria Clinic.*

Moderador: **Carlos Fernández Palomeque**, *Cardiólogo del Hospital Universitario Son Dureta de Palma de Mallorca.*

Celebración: 14 de julio de 2003. Madrid

En 1883, un tornado asola Rochester (Minnesota). La generosa ayuda en esta tragedia de las monjas de la orden de St. Francis y de una familia de médicos (William W. Mayo e hijos), fue el comienzo de una nueva forma de practicar la medicina desde el punto de vista clínico y organizativo: "se hizo necesario desarrollar la medicina como una ciencia cooperativa; el clínico, el especialista y el laboratorio unidos por el bien del paciente. El individualismo en la práctica médica dejó de existir". La organización financiera de la institución fue aportada por un banquero local.

El perfeccionamiento de las técnicas de diagnóstico y tratamiento y el desarrollo de la tecnología aplicada a la medicina, favorecen avances asombrosos en la medicina asistencial durante el siglo XX.

Durante todo este tiempo de tremendo desarrollo de la asistencia sanitaria, se identifican dos aspectos de enorme importancia con grandes implicaciones sociales, uno clínico-técnico y otro organizativo-económico-político.

En primer lugar, la incertidumbre de la necesidad de determinadas prácticas clínicas y los resultados producidos por estas, obligan a desarrollar complejos mecanismos de evaluación científica de la actividad sanitaria, a sopesar cuidadosamente los beneficios a obtener con cualquier intervención clínica contra los riesgos o perjuicios que pudieran producirse y a exigir de los profesionales sanitarios cada vez con mayor cualificación y capacitación.

Por otro lado, la cantidad y complejidad de las prestaciones sanitarias aplicables cotidianamente originan un ingente consumo de recursos y fuerzan a las organizaciones sanitarias a establecer prioridades y a estructurar

su funcionamiento con criterios de eficiencia para poder suministrar la mayor cantidad posible de asistencia sanitaria a un coste asumible por la sociedad.

La sanidad tras la consiguiente introducción de criterios de gestión se convirtió en una de las empresas más complejas hasta ahora conocidas, y produjo un progresivo distanciamiento entre los gestores y los clínicos debido a los conceptos enfrentados sobre la forma de abordar la organización y prestar la asistencia.

Sin embargo, en la actualidad es cada vez más notoria la necesidad de participación de unos y otros y de convergencia de las responsabilidades clínicas y organizativas.

La preocupación por la efectividad de la tecnología sanitaria, la variabilidad en la práctica clínica y la pertinencia de esta, la dificultad de decisión entre alternativas, las diferencias entre el coste de las alternativas y sus efectos en términos de salud, el uso adecuado de los recursos disponibles en cada momento y la perspectiva de los pacientes en su atención, se manifiestan como aspectos cada vez más importantes ante una sociedad cada vez más exigente e informada y se consideran básicos en nuevas formas de organización distintas de las basadas únicamente en la cooperación interdisciplinar.

Así pues, aparece una filosofía de práctica médica distinta, que se centra en el paciente y los procesos, y que contempla y aglutina estos aspectos reseñados. La llamada "gestión clínica" parece haber llegado y, sin embargo, su implantación y desarrollo no parece adquirir la intensidad deseable, a pesar de que la mayoría de las experiencias iniciales en nuestro país son aparentemente positivas.



Dolores Ruiz, Carlos Fernández, Santiago Suso y Carlos Macaya

La revista *Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios* ha querido abordar el tema de la Gestión Clínica (GC) en nuestro país, en un Punto de Encuentro bajo la óptica del análisis de la situación a través de experiencias disponibles.

La elección de los participantes en este punto de encuentro se realizó en virtud de sus contrastados conocimientos sobre la materia y/o de su experiencia "al pie del cañón" en Unidades o Institutos de Gestión Clínica, pioneros en el país en este tipo de organización. El interés del punto de encuentro, se centró más en transmitir las sensaciones desde "la arena" que en remarcar los aspectos conceptuales o técnicos que son razonablemente asequibles en la literatura.

El encuentro se planteó a través de un guión de cuestiones sobre la GC conocido previamente por los participantes y se centró en los apartados que parecieron más relevantes o que suscitaron debate.

El "collage" que transcribe este punto de encuentro, es responsabilidad absoluta del moderador que ha intentado transcribir y ordenar de forma global las ideas expuestas durante la discusión. Únicamente se han personalizado las opiniones en el apartado "la realidad" al tratarse de la experiencia aplicada de cada uno de los participantes. Se han reflejado entre comillas las expresiones literales.

El concepto de Gestión Clínica

A falta de una definición “académica” comúnmente aceptada, la percepción del concepto de GC por el grupo no resultó homogénea y dependió en gran medida del tipo de actividad que desarrollan cada uno de los participantes.

Por un lado, los clínicos se plantearon la GC como un ejercicio de práctica clínica excelente, utilizando de forma eficiente los recursos disponibles, esto es, una confluencia de las actividades clínicas y de gestión. De hecho, este tipo de actividad se ha realizado en mayor o menor medida desde siempre, introduciéndose posteriormente herramientas de gestión al alcance del clínico y un cierto grado de descentralización en las decisiones.

Esta noción choca abiertamente con su puesta en práctica en nuestro entorno debido fundamentalmente:

- A la falta de una dirección e intención política en el desarrollo de la GC.
- A la tozuda realidad de las rígidas estructuras de la organización en que se desenvuelve la asistencia sanitaria española.
- Y a la percepción distorsionada de la GC por parte “de los otros” (sociedad, gestores, agentes sociales).

Esta visión de “botella medio vacía” por parte de los clínicos puede atribuirse en parte a la ansiedad de los pioneros, pero existe la impresión de que la situación está atascada, queda mucho camino por recorrer y sobre todo que falta un impulso político decidido.

Por otro lado, y observada la GC desde un punto de vista más académico, “hay evidencia mas que probada que la mayor eficiencia de las organizacio-



Carlos Fernández

nes sanitarias está vinculada a la buena práctica médica”. En los últimos tiempos, se ha producido un debate enriquecedor entre los clínicos sobre la buena práctica médica, pero llegados a este punto, “para producir buena práctica médica, el entorno organizativo debe ser de una determinada manera” y ello supone cambios en la cultura de la organización, la gestión del conocimiento, la gestión de los procesos (tanto los clínicos asistenciales como los de la organización) y descentralización.

Además, el término anglosajón *clinical governance* del que partió el español de GC, nace de una necesidad de cambio no únicamente imputable a la gestión sanitaria, sino que además se fundamenta en el valor de la responsabilidad social (traducción libre de *accountability*) respecto a los pacientes (aspecto curiosamente poco resaltado en nuestro entorno), y que introduce el concepto de práctica adecuada con el objetivo fundamental de protección de los ciudadanos.

En España (“en donde desnaturalizamos los términos antes de llegar a incorporarlos”) se introdujo la llamada GC más bien ligada al control del gasto, planteándose además sobre una

organización de estructura rígida, muy jerarquizada y sumergida en un fuerte debate interno. Se plantean así procesos de descentralización que, sin embargo, no son adecuados a las posibilidades jurídicas de los centros.

La teoría

Idealmente la GC necesita de la convergencia de tres líneas directrices políticas, clínicas y de gestión, que estructuren una asistencia basada en el paciente con una visión poliédrica, con el paciente y los procesos en el centro del prisma y del que sus facetas más relevantes serían:

- La adecuada práctica clínica (competencia y pertinencia).
- Basada en la evidencia científica como la mejor forma de gestionar la incertidumbre.
- El uso adecuado de los recursos disponibles.
- Gestionados fundamentalmente por los profesionales sanitarios.
- Con autonomía y libertad (descentralización de las decisiones).
- Valorando no sólo la producción, sino la calidad del acto clínico.
- Ofreciendo respuesta al planteamiento de necesidades sociales.

La realidad

F. Fernández Avilés

El inicio y desarrollo de la GC en nuestro entorno parte de los profesionales tras un análisis de la situación en la que primaron dos aspectos, la necesidad de suministrar de la mejor forma posi-



Francisco Fernández

ble los servicios demandados por los ciudadanos y la competitividad entendida como la necesidad de ofrecer un servicio atractivo por lo excelente que nos hiciera elegibles.

Aunque como instituto/unidad de GC se pueden alcanzar (y alcanzamos) mejores cotas de organización de los servicios, en el terreno de la realidad española, y "teniendo en cuenta el grado de implicación de los responsables políticos en el desarrollo de GC bien entendida, se origina un divorcio entre la teoría (doctrina) y la práctica (toma de decisiones) que produce una sensación de colaboracionismo en los clínicos respecto a las estructuras de gestión".

"En el marco en el que nos desenvolvemos, o crees en lo que haces o lo que esperas es que te cambien el título de la puerta del despacho."

En estos momentos las prioridades son otras (especialmente las listas de espera) y el gestor mira más los aspectos economicistas de la GC que permitan mejorar los aspectos "mediáticos" de la gestión, que al impulso de una forma de atención distinta basada en la gestión de procesos. Así, con frecuencia obtienes más recursos si dis-



Dolores Ruiz

pones de una lista de espera “peligrosa” que si gestionas bien tu unidad (que es tu obligación). De hecho, para el gestor resultas un problema.

Pero el desarrollo de la GC en nuestro Sistema Nacional de Salud es imprescindible y debe contemplarse como la expansión de la excelencia en la práctica médica.

D. Ruiz Iglesias

En la década de los 90, se introduce en España lo que se denominó gestión clínica pero en una forma muy distinta a la de los hospitales anglosajones, tanto por cultura como por legislación, pero aún así existió y existe un gran consenso social de la profesión sanitaria en el “no meneallo”, con grandes resistencias al cambio al percibir graves riesgos para los respectivos *status*, que demuestran la cristalización de las estructuras sanitarias.

En realidad, en España (con excepciones puntuales) en donde desnaturalizamos los términos antes de llegar a incorporarlos no hay gestión clínica, porque implica un cambio fundamental en el proceso de decisiones políticas de la gestión sanitaria que no se ha realizado. No se ha producido como en otros países una sinergia o alineamiento entre una política institucional integrada de

GC, junto con las líneas de gestión y la práctica clínica. Algunos institutos/unidades de gestión clínica se introdujeron atendiendo fundamentalmente al aspecto económico de la gestión.

Los costes son una parte muy importante de los servicios sanitarios, pero el problema ha surgido al introducir el concepto del coste ligado a la producción de calidad de un determinado servicio en una rígida estructura hospitalaria como es la española. La calidad no es un pieza de la GC, sino que se hace GC para garantizar la calidad técnica y del proceso de gestión.

Sin embargo, “los clínicos que se han metido en esto lo han entendido a la primera porque tienen la coherencia del proceso clínico”. Pequeñas estructuras desesperadas han iniciado el proceso, pero desgraciadamente fuera de un concepto político integrado de la GC que las apoye. Mientras no se produzca el alineamiento entre las buenas prácticas clínicas y el diseño de los procesos de gestión mediante un decidido apoyo político, la GC no saldrá adelante.

En último caso, los clínicos son los que pondrán en marcha y desarrollarán la GC, por lo que sin ellos no vamos a ninguna parte y en este sentido es muy importante limitar la rigidez del sistema durante su desarrollo.

C. Macaya Miguel

Los buenos clínicos han tendido desde siempre a organizarse de forma que su actividad clínica fuese más eficaz y productiva. Así, los aspectos formales de la GC han sido bienvenidos y en general aceptados por un determinado grupo de profesionales. Pero la realidad es otra. El problema fundamental, además de la ausencia de impulso político y de cambios estructurales, está en los elementos intermedios de toma de decisión.



Carlos Macaya

Por lo general, los gestores no transfieren a los clínicos la capacidad de decisión sino los problemas (que anteriormente ellos mismos no habían podido resolver). En este contexto es difícil no sentir frustración.

L. Rodríguez Padial

Si hace 50 años, la organización de los hospitales respondía razonablemente a las necesidades sociales, ahora no lo hace y las estructuras sanitarias no son coherentes ni capaces de acomodarse a las demandas de los ciudadanos.

En nuestro caso, también llegamos al convencimiento de que debíamos buscar la mayor eficiencia a través de un cambio en la forma de organizar-



Luis Rodríguez

nos, con el objetivo primordial de la mayor calidad en nuestra práctica clínica. Más adelante supimos que estábamos ejerciendo alguna forma de gestión clínica.

“Pero la dificultad es que al componente de buena práctica clínica, se añaden en la actualidad los problemas de la enorme variabilidad en dicha práctica (explicable e inexplicable), la elevación de los costes y la preocupación por el componente de la calidad.”

Mientras algunas estructuras sanitarias van en la vanguardia del cambio, los cuerpos intermedios de la organización están en otra fase, y o no pueden, o no quieren cambiar o ven con recelo el cambio.

Todo esto puede originar frustración, pero también “debe contemplarse como la angustia de los pioneros”. Sin ser la panacea, la GC está aquí para quedarse y aparte de exigir la voluntad de los políticos deberíamos mantener la tensión de nuestra actividad.

R. Burgos Rodríguez

En los comienzos de nuestra experiencia, el inicio y desarrollo de la GC se estableció como una línea política clara. Los clínicos no solo han aceptado



Rafael Burgos

la experiencia sino que desarrollan cada vez más propuestas.

El discurso de "los unos y los otros (por clínicos contra gestores) en la responsabilidad de la falta de desarrollo de la GC está pasado de fecha".

Lo que sí ocurre es que "la administración no consigue acompasar sus ritmos de desarrollo al de los clínicos". Los clínicos siempre van por delante y no solo por su lógica y clásica impaciencia, sino en la definición y desarrollo de procesos. Así, si no acompañas a los clínicos en el ritmo de las reformas que planteas, originas una frustración que puede resultar un escollo en el futuro y que es lo que está ocurriendo en algunos casos. También es cierto que en otros casos, la experiencia queda en ejercicios de posibilismo o cambios de nombre.

La GC no puede considerarse ya como una opción. No parece existir una alternativa, ni siquiera mantenerse en el no hacer nada. "O te metes en la GC o desapareces."

S. Suso Vergara

Nosotros al contrario que otras experiencias, somos un ejemplo de llegada a la GC por impulso de los gestores responsables de nuestra organización,



Santiago Suso

que ha sufrido tremendos cambios desde "el hospital de los catedráticos" hasta la actualidad.

Se ha recorrido un difícil camino de reorganización, basado en una GC centrada en el paciente y el rediseño de los procesos, con el esfuerzo de cambio cultural (y laboral) de todos los implicados (clínicos, enfermeras, fisioterapeutas, camilleros, etc.), de tal forma que creo que realmente practicamos GC y hemos sido pioneros.

Es muy importante tener en cuenta que en la práctica de la GC es imprescindible por un lado en control de la incertidumbre a través de la buena práctica clínica y por otro la libertad, entendida esta como la adecuada descentralización de la toma de decisiones. Cada grupo, unidad, instituto o persona debe organizarse teniendo en cuenta su entorno, sin rigideces de organización ni decretos. Esto es especialmente difícil en determinado tipo de instituciones.

Sin embargo, tras varios años de experiencia de GC en nuestra área y otras de nuestro Centro, hay dudas de la percepción del cambio por parte de:

- La sociedad (¿consigue lo que quiere y hace por conseguir lo que quiere?).
- Los agentes sociales (¿quieren hacer para conseguir?).
- Y los políticos (¿quieren lo que consiguen?).

Determinadas experiencias no trascienden la GC mas allá de un cambio de imagen o estructural, por lo que algunos piensan que lo único que se hace es cambiar de título.

En algunas situaciones, el problema está en que los políticos te perciben como un inconveniente, con lo cual



Roberto Martín

más que no impulsar lo más probable es que los políticos ahoguen la GC.

R. Martín Hernández

Un aspecto muy relevante es el desfase ya citado entre la organización y las demandas sociales. Los ciudadanos demandan cada vez más servicios y de mejor calidad en tiempo y forma, y esta exigencia está cada vez menos mediada por ideologías.

La mejor adaptación entre unos y otros debe realizarse en un contexto de eficiencia y calidad y las organizaciones sanitarias deben tender a resolver ese desfase.

En tanto en cuanto lo que se ponga en marcha sean "enjuagues internos para mejorar únicamente la organización, la GC fracasará".

El marco jurídico o normativo como premisa para el desarrollo de IGC

La situación de partida jurídico-normativa de las estructuras sanitarias españolas permite cierto grado de desarrollo de aspectos de la GC (de hecho existen documentos de instituciones oficiales que propugnan su organización), pero se pueden identificar con facilidad puntos críticos en los niveles

de gestión y organización de recursos que dificultan su desarrollo.

La normativa actual dispone de mucho más margen de actuación de lo que se le atribuye, permite hacer más cosas de las que se hacen y no se debe utilizar como disculpa para no iniciar la GC. No existen en principio muchos inconvenientes en la implantación de la GC pero aparecen dificultades durante su desarrollo.

Resulta mucho más importante la voluntad política de desarrollar la GC, que las modificaciones del marco normativo, de forma que el cambio cultural de gestores y clínicos debe permitir sortear las restricciones administrativas a través de la práctica del pacto.

Entre los puntos críticos que requieren abordaje normativo están el modelo retributivo y la gestión de los Recursos Humanos que obligan (en tanto no se produzcan los cambios jurídicos) a pactos entre todos los estamentos (políticos, directivos, sanitarios y agentes sociales) que permitan el cambio de cultura de gestión que requiere la GC.

También hay dificultades para articular la transferencia de riesgo, esencial en el funcionamiento de la gestión clínica y que con la actual normativa solo se reflejaría en la pérdida de los incentivos pactados o del *status* adquirido de práctica en la GC.

En cualquier caso, las necesarias modificaciones normativas deben partir de la premisa de libertad de cada centro o grupo, entendida como la capacidad para elegir la forma de organizarse y una descentralización efectiva en la toma de decisiones. La tipificación de un modo de organización por decreto sería pernicioso.

Los incentivos económicos como trasfondo de los problemas de puesta en marcha y desarrollo de la GC.

Los incentivos son imprescindibles en cualquier proceso de configuración de objetivos comunes y por lo tanto son un aspecto esencial de la GC.

De todos los incentivos el económico suele ser el más importante, pero también es muy importante el reconocimiento explícito de las "diferencias" entre "diferentes".

El modelo idóneo de incentivos debe ser flexible, adaptado a las particularidades locales y ligado a la consecución de objetivos a través de pactos de gestión. La modificación normativa del modelo retributivo, parece bastante importante para permitir una política de incentivos transparente y equitativa. Debe contarse con la segura aparición de oposición corporativa y/o de los agentes sociales, que planteará probablemente un esquema retributivo tradicional por tramos y escalafones.

Algunos grupos estratégicamente y para evitar la percepción de rechazo de otros colectivos de la organización no han introducido los incentivos económicos durante la implantación de la GC sino durante su desarrollo.

Es fundamental que los incentivos no signifiquen el trueque para suplir un salario inadecuado y debe tenerse en cuenta en la cuantificación del incentivo el gran esfuerzo no solo de incremento de tareas, sino de aprendizaje (incluso la jerga) y de cambio cultural que supone para los profesionales sanitarios el paso a la GC.

La articulación de la Atención Primaria en la GC

El papel de la Atención Primaria parece fundamental en el desarrollo de la GC puesto que es el punto de inicio y/o final de cualquier proceso clínico.

La actividad de GC de la Atención Primaria tiene unas peculiaridades propias debido a los niveles de actuación clínica y a la relación con la Atención Especializada. Puntos críticos en este entorno son el acceso a la tecnología y a los métodos de diagnóstico y el control del gasto farmacéutico.

La GC debe ser el marco ideal para superar el conflicto de relación entre niveles, pero en la actualidad el liderazgo de cualquiera de los estamentos genera recelo en el otro.

Los líderes

El papel de los líderes en la GC es tan imprescindible que ni se cuestiona (tal vez porque todos los participantes son líderes) sino que se plantean sus perfiles, tareas y su papel en la GC.

El liderazgo inicial debe reconocerse en la esfera clínica y si no clamoroso, debe contar con una aceptación mayoritaria en el grupo. Debe disponer también de una cierta actitud hacia la organización y gestión, con capacidad para estimular y asumir pactos y adquirir además el nivel requerido de las aptitudes de gestión. Ello exige un esfuerzo de aprendizaje y dedicación muy importante.

"El respeto clínico entre el líder y el resto de los miembros del grupo es también esencial como lo debe ser el del concertino hacia los violinistas."

Debe existir un apoyo decidido y suficiente por parte de la dirección de gestión, que permita una carga proporcionada de tareas de gestión. El perfil del líder como "minigerente" se considera indeseable, porque es más importante el peso de los aspectos clínicos y porque se percibiría en el grupo como un intruso y originará la inmediata pérdida del liderazgo.

La sistemática de elección es controvertida. Con frecuencia los mismos responsables administrativos de los servicios son elegidos como responsables de liderar la GC. Sin embargo, es difícil articular la elección sin conflictos cuando no es así. El liderazgo efectivo de la GC, genera una gran cantidad de trabajo y de asunción de responsabilidades, por lo que los que realmente no estén interesados deberían retirarse espontáneamente de la competición. Pero si el cambio hacia la GC "no va en serio", la elección del responsable se observará como control de parcelas de poder y generará problemas.

La elección por parte de los miembros del grupo parece la opción "más transparente" pero seguramente las gerencias quieren tener algo que decir. Las herramientas de control de gestión deberían permitir asumir a la gerencia el riesgo de un nombramiento participativo. El nombramiento directo por parte de la gerencia sin otro tipo de mecanismo efectivo de participación será percibido como colaboracionismo con la consiguiente pérdida del liderazgo clínico.

El problema de "la sucesión" de los líderes, no es homogéneo en todos los centros y depende de las características propias de cada uno. Ninguno de los miembros del punto de encuentro "ha sido sucedido". La dirección de la GC bien asumida supone una gran carga de trabajo y personal que puede llegar a quemar rápidamente, por lo que debe transmitirse al grupo la necesidad de renovación y la bondad de esta.

Los sistemas información

La información correcta y exhaustiva sobre la adecuación de la práctica clínica es un pilar básico de la GC.

Deben diferenciarse los sistemas de información clásicos de actividad de los menos desarrollados, conocidos o utilizados de evaluación de resultados (outcomes).

Es imprescindible que funcionen los clásicos cuadros de mandos y poder medir los costes de los procesos, siendo las experiencias en este aspecto muy variables. La generalización de las transferencias sanitarias a las comunidades autónomas ha originado un cierto grado de confusión y dispersión de sistemas de información.

Respecto a los indicadores de evaluación de resultados se encuentran en desarrollo en algunos grupos, pero por lo general están en fases embrionarias con la dificultad añadida de la dificultad para obtener estándares de comparación.

Es imperativo para el desarrollo del GC, el impulso de los sistemas de información que permitan analizar todos los componentes del proceso clínico (demanda, pertinencia, calidad técnica, resultado).

Resumen a través de las frases

RMH. Los ciudadanos demandan cada vez más servicios y de mejor calidad en tiempo y forma, y esta exigencia está cada vez menos mediada por ideologías.

LRI. Hay evidencia más que probada que la mayor eficiencia de las organizaciones sanitarias está vinculada a la buena práctica médica y para producir buena práctica médica, el entorno organizativo debe ser de una determinada manera.

LRI. Los clínicos que se han metido en esto lo han entendido a la primera por-



Francisco Fernández, Luis Rodríguez y Dolores Ruiz

que tienen la coherencia del proceso clínico.

LRP. La dificultad es que al componente de buena práctica clínica, se añaden en la actualidad los problemas de la enorme variabilidad en dicha práctica (explicable e inexplicable), la elevación de los costes y la preocupación por el componente de la calidad.

SS. Se ha recorrido un difícil camino de reorganización, basado en una GC centrada en el paciente y el rediseño de los procesos, con el esfuerzo de cambio cultural (y laboral) de todos los implicados (clínicos, enfermeras, fisioterapeutas, camilleros, etc.), en tal forma que creo que realmente hemos sido pioneros.

FFA. El respeto clínico entre el líder y el resto de los miembros del grupo es

esencial como lo debe ser el del concertino hacia los violinistas.

LRI. No se ha producido como en otros países una sinergia o alineamiento entre una política institucional integrada de GC, junto con las líneas de gestión y la práctica clínica.

FFA. Teniendo en cuenta el grado de implicación de los responsables políticos en el desarrollo de GC, se produce un divorcio entre la teoría (doctrina) y la práctica (toma de decisiones) que origina una sensación de colaboracionismo en los clínicos respecto a las estructuras de gestión.

RB. Lo que sí ocurre es que la administración no consigue acompañar sus ritmos de desarrollo al de los clínicos.

CMM. Por lo general, los gestores no

transfieren a los clínicos la capacidad de decisión sino los problemas, que anteriormente ellos mismos no habían podido resolver.

FFA. Obtienes más recursos si dispones de una lista de espera “peligrosa” que si gestionas bien tu unidad (que es tu obligación). De hecho, para el gestor resultas un problema.

RMH. En tanto en cuanto lo que se ponga en marcha sean “enjuagues” internos para mejorar únicamente la organización, la GC fracasará.

SS. Algunas experiencias no trascienden la GC mas allá de un cambio de imagen o estructural, por lo que algunos piensan que lo único que se hace es cambiar de título.

RB. El discurso de los unos y los otros (por clínicos contra gestores) en la responsabilidad de la falta de desarrollo de la GC está pasado de fecha.

LRP. Esta situación debe contemplarse como la angustia de los pioneros. Sin ser la panacea, la GC está aquí para quedarse y aparte de exigir la voluntad

de los políticos deberíamos mantener la tensión de nuestra actividad.

RB. La GC no puede considerarse ya como una opción. No parece existir una alternativa, ni siquiera mantenerse en él, no hacer nada. O te metes en la GC o desapareces.

LRI. La normativa actual dispone de mucho más margen de actuación de lo que se le atribuye, permite hacer más cosas de las que se hacen y no se debe utilizar como disculpa para no iniciar la GC.

SS. Cada grupo, unidad, instituto o persona debe organizarse en libertad teniendo en cuenta su entorno, sin rigideces de organización ni normativas (no por decreto).

RB. Entre los puntos críticos que requieren abordaje normativo están el modelo retributivo y la gestión de los Recursos Humanos.

LRI. Es fundamental que los incentivos no signifiquen el trueque para suplir un salario inadecuado.