



Gestión Engañosa

Enrique Costas Lombardía
Vicepresidente de la Comisión de Análisis y Evaluación
del SNS ("Comisión Abril", 1991)

En el Sistema Nacional de Salud, la gestión es hoy por hoy una tarea de escaso alcance envuelta en retórica y oropel. Insignia de la modernización de la sanidad pública, eje de los discursos oficiales con promesas de reforma, germen de empleos administrativos y sustento de numerosas consultorías y cursos de moda bien pagados y no siempre justificados, la gestión sanitaria ha creado una red de intereses políticos, económicos, laborales y profesionales que abri llantan su apariencia y encubren su corta capacidad de acción en el Sistema. En nuestra sanidad pública la gestión es virtual más que real. Se predica, estudia, debate y explota mucho su concepto, pero se practica poco. Más aún, la estructura y las pautas de funcionamiento del Sistema la ahogan de tal modo que alrededor del 86% del gasto sanitario público no se gestiona o se gestiona muy mal; los dos capítulos principales de gasto, personal (el 53%, más o menos, en 2000) y consumo farmacéutico (33% en el mismo año), se mantienen atados a la insensatez y el despilfarro:

1. El Sistema Nacional de Salud es, en términos empresariales, una compañía

de servicios de mano de obra intensiva y especializada; los sueldos, los salarios y complementos absorben, como he dicho, más de la mitad de sus fondos. Además, los médicos tienen ligado a su competencia técnica concedida por la sociedad el poder económico efectivo de la empresa: las decisiones clínicas determinan la mayor parte de los gastos. Son los médicos, y no los gestores o administradores, quienes realmente asignan los recursos de la entidad. Es obvio, por tanto, que cualquier proyecto de mejora o la simple marcha normal del Sistema depende de una adecuada actitud del personal sanitario. Sin embargo, pasmosamente, el Sistema desatiende a su personal. Carece de mecanismos de motivación e incentiación, no ofrece una carrera profesional, paga mal a todos los trabajadores e igual al preparado que al incompetente, y considera del mismo modo al que se entrega a su función y estudia a diario que al indiferente y desfasado. No distingue entre ambos. El Sistema Nacional de Salud es, sin duda, una empresa laboralmente perversa: estimula la mediocridad y la indolencia de sus empleados y expulsa el esfuerzo, el mérito y la excelencia. Situación injusta y ridícula que, aparte de degradar progresivamente la cali-

dad de la asistencia (o sea, desmejorar el producto de la empresa), manifiesta una ineficiencia enorme y sin disculpa¹.

2. En 2000, el consumo farmacéutico público total (en farmacias y hospitales) ascendió a más de 1 billón 435.000 millones de pesetas, unos 8.625 millones de euros, la tercera parte (33%) de los recursos financieros del Sistema, resultado de un crecimiento constante y desmedido. En 1991, el gasto en farmacias suponía el 19,86% del gasto sanitario, y el gasto farmacéutico total (farmacias y hospitales, repito), el 22,24%. Diez años después, en 2000, suben a 25,88 y 33 los porcentajes respectivos (los más altos, con diferencia, del mundo industrializado). En una década, el gasto en farmacias amplió su cuota financiera en el Sistema en 6,02 puntos y en 10,76 puntos el gasto farmacéutico total. Naturalmente, aumentó también el coste de oportunidad de la prestación farmacéutica, es decir, lo que el creciente gasto en fármacos obliga a desatender en otros servicios del Sistema (atención primaria, asistencia hospitalaria, prevención, etc.). Frente a un gasto tan desordenado que horada el futuro de la sanidad pública y está fuera de lugar (resulta inverosímil en los restantes países avanzados), el Gobierno aplica una contumaz política de entretenimiento haciendo que hace con medidas de contención solo nominales, desvirtuadas, cuando no son contraproducen-

tes (pactos con la industria que atan las manos al Gobierno; genéricos maltratados desde su nacimiento; precios de referencia restringidos a una estrecha franja del mercado, el 10%, y que dañan a los genéricos, etc.) mientras elude con descaro la aplicación de aquellas otras con eficacia probada en distintas naciones, como el estudio coste/efectividad (que filtra y evalúa el turbio torrente de nuevos y pseudo-nuevos productos), precios de referencia sustanciales (que abarcan una porción considerable del mercado; por ejemplo, en Alemania, el 60% o en Holanda el 90%), genéricos vigorosos (de rápido registro y precios que aviven su naturaleza competitiva), presupuestos global e indicativo, etc. Todo esto que efectivamente modera se omite en el Sistema. El cuantioso despilfarro consentido en el consumo de medicamentos es patente.

Tan extensos capítulos (personal y farmacia) de negligencia y derroche dejan, claro está, muy poco lugar para el ejercicio de una gestión eficiente: no más del restante 14% del gasto sanitario. Un espacio tan angosto que los posibles beneficios de la eficiencia serían despreciables. En el Sistema no cabe más que una gestión engañosa.

La situación no es mejor en los hospitales públicos, aunque ciertos métodos y medios (contrato-programa, registros contables más afinados, programas informáticos), algunas experiencias de procedimientos nuevos, la presencia de un presupuesto, el control del mismo y la figura del gerente los barnicen de entidades cuasiempresariales.

Pero es fácilmente visible que también en ellos la capacidad de gestión real es casi irrelevante: el porcentaje del presupuesto absorbido por el coste inflexible del personal hospitalario es del 70% (superior al del conjunto del

¹ Hace años que la sanidad pública española está siendo minada por esta desviación. En 1991, el informe de la Comisión de Análisis y Evaluación del SNS (Informe Abril) hacía las siguientes y desoídas consideraciones (números 18, 19, 20 y 22): "debería estimularse el desarrollo de la carrera profesional", "establecerse mecanismos de incentivación", "relacionarse los planes de estudio a las diferentes profesiones sanitarias con las necesidades de desarrollo del Sistema" e "impulsarse los procesos de formación continua y la actualización de la competencia profesional".

Sistema) y buena parte de ello, sino todo, del 30% remanente está comprometido por los gastos del día a día (diagnóstico, farmacia, servicios auxiliares, material diverso, etc.).

Por otra parte, la centralización de muchas decisiones y la politización de otras², la vetusta intransigencia de los sindicatos y, sobre todo, la rigidez del marco legal (Ley de Contratos de las Administraciones Públicas, Estatuto del personal, etc.) han rebajado de hecho la labor de los gestores a la de simples administradores. El gerente de un hospital no puede acometer la mayoría de las funciones básicas de dirección de una empresa, tales como las de elegir o al menos preelegir los objetivos y políticas, definir las responsabilidades (organigrama), organizar los medios, gobernar el personal (seleccionar y promover a los trabajadores, premiar y sancionar, reprimir el absentismo), estimular la eficiencia técnica³, operar con la tesorería, negociar con los proveedores, reponer el equipamiento o restaurar el inmueble. El gerente de un hospital no gestiona; solo tramita y formaliza, administra. Sus funciones en la realidad son cortas: vigilar que no se exceda el

gasto previsto (cumplir el presupuesto), cuidar la calma laboral, no demorar los apuntes contables y estadísticos, silenciar el eco de los posibles incidentes clínico-asistenciales (pasar desapercibido en los medios de comunicación) y seguir las consignas, a menudo improcedentes, de las autoridades político-sanitarias que lo nombran y destituyen (incluso, en ocasiones, lo hacen subordinando los valores personales y la competencia del gerente a las conveniencias partidarias o gubernamentales del momento).

Son admirables el afán por la formación, la fe en la profesión, el trabajo entusiasta y el deseo sincero de contribuir a la mejora de la sanidad pública que muestran muchos gerentes. Ésto, sin embargo, no modifica el esquema de la actual gestión en los hospitales del Sistema: el gerente trabaja maniatado a un presupuesto dado, ya asignado, sin espacio ni libertad ni autoridad para gestionar y sometido a los vaivenes políticos o quizá a los caprichos de los políticos. ¿Vamos hacia la desaparición del llamado "modelo gerencial"? Lo dudo: el entramado de intereses que lo blinda es muy tupido. Pero si desapareciera no habría por qué lamentarlo. La verdadera gestión de la sanidad pública, tan necesaria, sería entonces posible.

2 La estructura descentralizada del Sistema Nacional de Salud multiplica paradójicamente la centralización y la intervención política en los hospitales. El diría, nuevo centralismo autonómico tiende a acaparar la gestión. Las herramientas informáticas, que debieran favorecer la independencia y responsabilidad de los gestores, la proximidad regional de los centros y el vacío existente entre el poder político y la gerencia de los hospitales (ausencia de un consejo u otro organismo similar al "board" de los centros británicos) animan la intrusión de las autoridades sanitarias incluso en el día a día. Los hospitales pudieran llegar a ser terminales de una gestión centralizada en manos políticas.

3 Eficiencia del acto médico, cuya trascendencia es bien sabida: quizá la tarea más importante y difícil (del gerente) sea la de proyectar mecanismos de pago que incentiven a los médicos en el uso eficiente de los recursos (J. L. Asley y C. K. Lisk, *Health Affairs*, 11.2: 135-147. 1992).

