



## ¿Está en crisis el modelo gerencial?

María Álvarez-Quiñones Sanz  
Hospital de Sierrallana  
Directora Gerente

La introducción de la figura del gerente en los centros hospitalarios españoles durante la década de los ochenta, supuso un importante cambio en el modelo directivo que, históricamente, se había basado más bien en la mera *administración*, que en la gestión y ordenación racional de los recursos. Hasta ese momento, la actividad y la organización de los hospitales eran liderados por los jefes médicos, y puede decirse que la labor directiva (*administradora*, en este caso) se orientaba a materializar los proyectos diseñados por los líderes clínicos.

Sin embargo, al iniciarse en los años ochenta, los distintos factores que condicionaron el incremento exponencial del gasto sanitario (y que continúan aún haciéndolo hoy), unidos a la coyuntura económica motivada por la crisis del petróleo, generaron un freno inevitable a la etapa expansionista que se había prolongado durante más de dos décadas, durante la que se crearon y dotaron la mayoría de los grandes hospitales españoles, caracterizados entonces por un alto nivel tecnológico y científico.

Un hecho evidente es que la supervivencia y la mejora de la prestación

sanitaria pública solamente son posibles armonizando el crecimiento del gasto sanitario al de PIB. En un escenario con perspectivas expansionistas, como el que caracterizaba a aquella etapa llamada *hospitalcentrista*, resultaba del todo imposible disponer de *más recursos, en todos los lugares y para todos*.

En tales circunstancias, la implantación de la figura del gerente hospitalario formaba parte de un paquete de medidas orientadas a la contención del gasto y al uso racional y eficiente de los recursos.

La introducción del modelo directivo gerencial proporcionaba, además, un enfoque del *hospital como empresa* que, aunque todavía alejado de la moderna orientación hacia el cliente, entendía como centro de su actuación *el proceso productivo*.

Obviamente, la creación de las gerencias en los centros hospitalarios no fue, en absoluto, bien aceptada por los líderes clínicos de los hospitales, quienes interpretaron la nueva figura como un verdadero freno al desarrollo de sus proyectos (por entonces casi siempre expansionistas), y un sensible menoscabo a su auto-

ridad (ya que detentarla correspondería, desde entonces al gerente).

Por otra parte, el inicio de las actuaciones de los gerentes en los hospitales estuvo marcado por dos aspectos importantes, que no contribuyeron a la mejor asimilación de la nueva figura en el paisaje hospitalario: Una situación de partida caracterizada por el desarrollo casi inexistente de instrumentos y métodos de gestión, y un estilo directivo de corte *taylorista*, orientado a incrementar la producción, y con un concepto singular de ésta. Ambas situaciones comprometían no solo el conocimiento de las organizaciones y la toma de decisiones, sino también la necesaria alianza entre la *línea que dirige* y la *línea que produce* (entonces nítidamente separadas por distancias no pocas veces consideradas infranqueables).

Por lo tanto, si cabe hablar de *crisis del modelo gerencial* debiéramos plantear que, tal vez, ésta haya existido desde su introducción (hecho que, desde luego, no comparte quien escribe).

Al menos desde nuestro punto de vista, desde el momento de su implantación asta la fecha, el modelo gerencial ha madurado y se ha consolidado en el sistema sanitario público español.

El gerente no solo ostenta la representación del hospital sino que, como responsable global de la institución, integra los principios de autoridad y organización, diseña y desarrolla proyectos, planes y estrategias, conforma equipos, evalúa resultados y, en resumen, *marca la pauta*.

El modelo de gerencia supone entender el hospital como empresa, integrado bajo la misma perspectiva la actividad (producción), la calidad, la efectividad, etc. (la forma de producir, en suma), y los costes (eficiencia y equilibrio financiero).

En párrafos anteriores habíamos mencionado la separación entre el nivel gerencial y el que elabora la *línea de producto* (es decir, atiende al paciente). Las dificultades para una adecuada gestión sin las necesarias alianzas y el compromiso o pacto entre gestores y profesionales, son evidentes. Sin embargo, esta connivencia, expresada como alianza o pacto, ha de ir necesariamente más allá del mero acuerdo en la forma de hacer, incorporando fórmulas que permitan la formación y actuación de verdaderos gestores clínicos que compartan la responsabilidad gerencial.

La organización de los hospitales españoles se sustenta en una arquitectura de excesiva verticalidad, con comportamientos largamente estancos. Esta estructura es, quizá, lo que sí ha entrado en crisis (entendida como cambio): La natural evolución de este modelo directivo y de la atención sanitaria, está comportando un acercamiento progresivo de los niveles directivo y asistencial o, incluso (y más allá de esto) una imbricación creciente de ambos.

Sin embargo, es probable que, en esta tendencia al equilibrio, nunca llegue a cristalizarse una organización de suficiente autonomía y de estructura menos piramidal que integre funciones, oriente intereses, y establezca corresponsabilidades. La razón es que no ha existido una política verdaderamente eficaz para dotar de flexibilidad y autonomía a los hospitales, en lo que se refiere a la gestión de los recursos humanos, financieros, etc...

Además, el peso *histórico* de la organización tradicional de los hospitales constituye otro condicionante difícil de romper.

En este estado de cosas, resulta aún más improbable imaginar un nuevo

escenario en el que, si no cierta autonomía de gestión en las unidades de provisión (servicios y unidades asistenciales), sí exista una implicación profunda del ámbito clínico en desarrollar una gestión adecuada, coste-efectiva, eficiente y basada en criterios de necesidad y de calidad. Sin embargo, y aún en esta nueva situación, la figura del gerente sería absolutamente necesaria.

La permanente necesidad de satisfacer la demanda de servicios sanitarios de los ciudadanos en condiciones crecientes de calidad, garantizando al mismo tiempo la continuidad del sistema y su estabilidad financiera, podrían situar el modelo directivo gerencial en una situación de crisis aparente, si es que no asumimos que, por razones expuestas anteriormente, ésta no haya existido desde siempre. No obstante, bien pudiera existir un motivo más probable de crisis de la gerencia como forma de dirigir: La pérdida de autonomía en la gestión de cada centro, condicionada por sucesos de índole administrativa, que conllevaría un retroceso, tras avances históricos, en la provisión de servicios sanitarios.

Si enfrentamos la circunstancia de pérdida de autonomía en la gestión con la creciente demanda de un sector cada vez más exigente, el modelo gerencial sí podría entrar en crisis, retomando a los planteamientos que caracterizaron la etapa previa a su introducción.

No hay, hasta ahora, alternativas sólidas a este modelo gerencial que permitan atender las necesidades de la gestión de los centros desde una perspectiva integral e integradora ni, mucho menos, liderar cambios, diseñar proyectos, implantarlos, y obtener resultados y mejoras.

Por lo tanto, si hemos de contestar la pregunta que constituye el título de este texto, la respuesta (al menos desde mi punto de vista) es que no solo no existe crisis en el modelo gerencial, sino que le auguramos larga vida, y excelentes posibilidades, si se introducen cambios sustanciales en nuestro hospitales, y la labor directiva se entiende en su adecuado contexto, tanto por parte de los poderes públicos, como por quienes la observan como de los que tenemos el privilegio de ejercerla.

