



La rotación de directivos en el marco INSALUD

Antonio Arbelo López de Letona
Hospital de Guadarrama
Director Gerente

Hace escasas semanas asistí a una comida de confraternidad con motivo de la celebración del veinticinco aniversario de un hospital del que fui Director Gerente durante dos años hace ya casi una década. Hablando con el "incombustible" Director de Gestión del mismo me comentó que había sido uno de los que más había durado pues superaba claramente el promedio de los otros dieciséis (?!). Los gerentes en cuestión proporcionábamos una "estancia media" de un año y algo menos de cinco meses.

Valga este preámbulo como introducción a la realidad generacional y profesional que nos ha tocado vivir en el sector sanitario. Puede que un botón no valga como muestra pero el alto índice de rotación de los directivos sanitarios es un hecho evidente al menos durante el modelo gerencial vigente desde 1987 en INSALUD hasta su reciente extinción.

Muchos de nosotros llegados al mismo desde la asistencia, defendemos por lógica la profesionalización de estos cargos de responsabilidad. La complejidad de los centros proveedores de servicios sanitarios, su volumen y cualificación de los recursos humanos y ma-

teriales, así como su cuantiosa financiación pública debiera exigirlo.

El cambio frecuente de los equipos directivos hace imposible muchas veces aunar planificación y objetivos a medio o largo plazo. Su formación y experiencia no parece considerarse por quienes debían hacerlo, constituyendo muchos de los cambios una finalidad personal o partidista hecho que en nada favorece la credibilidad del modelo.

Cabría pensar que los directores de libre designación ejercen pues una dirección coyuntural por acontecimientos lejos de la gestión planificada participativa y por objetivos que debiera ejercerse.

No obstante todo lo anterior resulta indudable que desde la aparición del Nuevo Modelo de Gestión en 1984 se ha avanzado muy significativamente. No cabe duda que desde una administración burocrática y centralizada (digna casi del siglo XIX), hasta desembocar en 1993 en los Contratos Programa o de Gestión o los Planes de Actuación Sanitaria actuales se han dado pasos muy importantes que han transformado la cultura organizativa.

Los sistemas de información y la implantación informática han sido pilares fundamentales de todo ello.

Fijar objetivos y compromisos supone ciertamente un hito pero la capacidad operativa del modelo creemos que sigue siendo escasa. ¿Hemos trabajado poco los directivos o es que no nos desenvolvemos en el marco adecuado? Exponemos algunas dudas razonables al respecto.

Los objetivos institucionales raramente son conocidos por todos los colectivos de trabajadores. ¿Son en la actualidad los Jefes de Servicio y de Sección auténticos "product managers" capaces de introducir la verdadera gestión clínica? Nos preguntamos si están formados y motivados para ello, y si nuestros profesionales desarrollan su labor en equipos centrados en el usuario → cliente.

El cambio positivo habido ha estado y sigue lastrado por una serie de condicionantes importantes:

El igualitarismo a ultranza puede ser auténticamente injusto. El intento de discriminación positiva a través de la productividad variable ha sido tímido y a veces claramente contraproducente. Un antiguo ejemplo de la estrecha tabla salarial: ¿es mantenible que una enfermera de UVI o quirófano tenga un salario igual a la de consultas?

La dedicación exclusiva tampoco se ha desarrollado racional e inteligentemente, creando agravios innecesarios dada su fórmula de implantación.

La endogamia debida a la escasa movilidad laboral crea compartimentos estancos y es otra constante que no favorece el normal desarrollo progresivo de los centros. Una cosa es la estabilidad laboral y otra la inmovilidad a lo largo de una carrera profesional de cuarenta años.

La relación contractual vitalicia del personal promueve en determinados casos una flagrante ineficiencia digna de ser abordada, al igual que el absentismo pues llegan a alcanzar cotas no despreciables. Aunque conceptualmente el régimen laboral resulte más atractivo, la característica estatutaria pseudofuncionarial plantea dudas frente al mismo al existir convenios que de hecho acaban funcionarizando lo laboral.

La promoción a través de lo que ha venido en denominarse carrera profesional ha de ser equilibrada al margen de la antigüedad incluyendo como no, la gestión clínica activa medida por resultados, amén de la docencia e investigación. La introducción de la economía de la salud y de la gestión sanitaria en los estudios básicos de medicina y enfermería constituye ya una necesidad.

En este mismo sentido defendemos la introducción generalizada de la factura sombra al ciudadano con costes reales de los servicios prestados. Entre otras virtudes sensibilizaría a la población del coste público del sistema y concienciaría también a los propios trabajadores sanitarios en el buen uso de los recursos.

Las autoridades sanitarias deben continuar el impulso descentralizador, asumiendo toda la cadena de mandos mayores cotas de autogestión y responsabilidad. Es de esperar que las recientes transferencias finalizadas ayuden a hacer sentir el sistema como algo más propio que debe necesariamente ser cuidado por todos.

La histórica descoordinación Atención Especializada-Atención Primaria por su desarrollo asincrónico sigue siendo una realidad. Buen avance será cuantificar las listas de espera diagnósticas pero hará falta algo más que coordinación

para lograr agilizar los procesos incluyendo a los hospitales de convalecencia y residencias sociosanitarias que garanticen la asistencia adecuada al nivel más idóneo logrando su continuidad al margen de los hospitales de agudos o a través de la reordenación parcial de estos últimos. Quizá una gerencia unificada de área sanitaria más reducida sea una fórmula digna de ensayo, como ha propuesto IMSALUD recientemente y han desarrollado otras Comunidades.

La calidad debe ser refrendada mediante la acreditación impulsando la filosofía de la mejora continua a través de autoevaluaciones periódicas.

Por mucha cultura de gestión que desarrollemos, mientras el marco vigente sea el actual mucho me temo que los avances siempre serán limitados y en dependencia de las voluntades.

Sin entrar en disquisiciones jurídico-administrativas, la ampliación de los modelos de gestión a través de fundaciones públicas, consorcios, empresas públicas y concesiones administrativas, deben dar luz al próximo futuro. Todavía sin tiempo útil para valorar resultados, éstos habrán de ser evaluados objetivamente de forma transparente y en profundidad.

Cambiarán las formas de dirección y organización, por procesos o más matricial o como dicte el estado de las ciencias del momento, pero siempre habrá responsables intermedios y finales que de alguna forma habrán de dinamizar al sector para que, continúe avanzando de manera más eficiente. Los profesionales habrán de ser más gestores y los directivos más sensibles a la buena asistencia y cuidados de nuestros ciudadanos.

