



## ¿Hacia la desaparición del modelo gerencial?

Domingo Coronado Romero  
*Hospital José María Morales Messeguer*  
Director Gerente

Desde la perspectiva actual de inicio del siglo XXI, recién culminado el proceso de transferencias sanitarias a las 17 CC.AA. del territorio español, no sería justo analizar el modelo de gestión sanitaria, sin indicar antes, que el Sistema Sanitario Público Español está considerado de los mejores del mundo, no siendo en este sentido relevante ser los quintos o los novenos. En la consecución de los indicadores que nos han llevado a esta situación, todos los actores tienen su parte de protagonismo, los ciudadanos (pacientes, usuarios, clientes), los profesionales (de todas las categorías) y los políticos, que de alguna manera han sido capaces de posicionar los recursos suficientes para llevarnos a este estado de cosas.

Los ciudadanos han ido modulando sus peticiones en materia de protección de su salud, de manera que una vez superados los problemas relacionados con la salud pública de siglos anteriores, han pasado de la petición colectiva a la petición individual, de manera que el incremento de las expectativas de vida, la aparición de patologías crónicas por el envejecimiento de la población, y la fe en las nuevas tecnologías, han moldeado un

cuerpo de peticiones de prestaciones sanitarias, que han dado lugar a la aparición del R.D. 63/95, de 20 de enero, sobre ordenación de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. La pregunta que ahora dejaríamos en el aire sería ¿qué posibilidades tenemos en cada uno de los Servicios de Salud Regionales de gestionar de manera viable todas las prestaciones que nos demandan los ciudadanos?

Los profesionales sanitarios también han evolucionado, tanto en número, como lo que es más importante, en formación, en conocimientos y por supuesto en expectativas. La normativa básica que regula su relación con la Administración Sanitaria no ha corrido paralela en su adaptación, ni a los cambios del colectivo sanitario, ni tampoco a los cambios generales de la sociedad. Los médicos, por ejemplo, todavía conservan entre sus bases legales el R.D. 3.160/1966, que aprobaba el Estatuto Jurídico del Personal Médico de la Seguridad Social. Tampoco la Ley 3/87, que aprueba el régimen retributivo del personal estatutario parece esté adecuada a los tiempos actuales, pese a que se le puede sacar bastante más partido del que actualmente se le saca.

Los políticos llevan reformando el Sistema Sanitario, tal y como lo conocemos en la actualidad, desde antes de la aparición de la Ley General de Sanidad de abril de 1986. En realidad la Ley, lo que pretendía era reestructurar las reformas aparecidas con la Constitución Española, tras la cual se producía la necesidad de adecuación de las estructuras sanitarias al nuevo ordenamiento jurídico. Pero el desarrollo sanitario siempre ha estado condicionado, desde del punto de vista político, a la situación económica mundial. A partir de la II Guerra Mundial, la expansión del gasto sanitario se convierte en una preocupación fundamental de todos los gobiernos de los llamados países desarrollados, especialmente a partir de la crisis de 1974. Esto inicia una serie de políticas de contención de costes, que aunque han tenido efectividad variable, no han dejado de sucederse en todos los países de nuestro entorno. La eficiencia económica se sitúa en el centro de la escena y se producen los primeros avances, a tientas, para combinar lo mejor de los tres mecanismos alternativos de asignación de recursos; mercado, voto e instituciones.

También se constata la existencia de problemas comunes en los Sistemas Sanitarios de los países desarrollados;

1. Falta de información sobre la efectividad y costes de muchos servicios sanitarios. Grandes diferencias no explicadas en tasas de frecuentación, tasas quirúrgicas, calidad, costes, rendimientos y otros indicadores de utilización y productividad, lo que sugiere espacios considerables de mejora.
2. Abundancia de incentivos perversos en el sentido de que no conducen a la preocupación por la eficiencia en ninguno de los actores del sistema sanitario.

3. La prevención se predica mucho más que se practica y la Atención Primaria está poco desarrollada. En general los recursos asignados a las diferentes familias de grupos de riesgo (biología, estilos de vida, medio ambiente y servicios sanitarios) no guardan correspondencia con la mortalidad, morbilidad e incapacidad atribuida a los mismos.
4. La influencia de la industria farmacéutica, que previene a los gobiernos de una regulación sanitariamente más efectiva.
5. Cambios de énfasis desde la necesidad técnicamente definida por epidemiólogos y médicos a la necesidad expresada por la población. Los gobiernos intentan tener a la población satisfecha, sabiendo que las expectativas de ésta han experimentado un crecimiento mayor que la mejora en el comportamiento del sistema. En cualquier caso los votos dependen de la satisfacción... lo que explica que en España, Australia, Italia, Alemania, Estados Unidos... se hable de reforma sanitaria; calma la ansiedad de los votantes. El problema es que detallar reformas tiene importantes costes políticos... lo que explica que en los países antes mencionados las reformas se aplacen.

En este contexto de reforma continuada, con las necesidades de la población en materia de salud permanentemente insatisfechas; con los profesionales encorsetados por las leyes, los políticos y los sindicatos y con los políticos atentos además a la contención del gasto sanitario, la aparición de la figura de los Gerentes Sanitarios, hay que enmarcarla más en la necesidad de transmitir una imagen parecida a la del mundo industrial o a la del resto de servicios no públicos, que al intento real de introducir en el Sistema Sanitario profesionales

conocedores del sector, preparados para trabajar con criterios de autonomía e incentivados. De hecho, lo normal era primar más al más ineficiente en detrimento del más eficiente.

No obstante lo anterior, el esfuerzo de los profesionales dedicados a la Gestión Sanitaria, en un escenario permanentemente hostil, tanto desde el punto de vista político como desde el punto de vista de los profesionales que trabajan en el Sistema, ha conseguido importantes logros, sobre todo en la definición de necesidades prioritarias del Sistema, la primera de las cuales ha pasado durante mucho tiempo por "conocer el producto sanitario". En torno al conocimiento de ese producto se han desarrollado sistemas de información cada vez más adaptados a las necesidades de los usuarios y se ha podido hacer transparente la actividad de todas las instituciones sanitarias.

El establecimiento de los Contratos Programa, los Contratos de Gestión, ha permitido a los Gerentes poder instaurar la Dirección por Objetivos en los Centros Sanitarios, evaluar rendimientos de los profesionales, tener criterios para la distribución de recursos en función de las necesidades de los pacientes atendidos en el Sistema, poder hablar de rendimientos y actividad profesional utilizando la Medicina Basada en las Pruebas, desarrollar protocolos y vías clínicas, iniciar un acercamiento paulatino hacia el paciente como eje del Sistema y diseñar programas de continuidad asistencial entre Atención Primaria y Atención Especializada, etc.; en definitiva, desarrollar un proceso de descentralización en las decisiones tendente a conseguir que la toma de decisiones pudiese ser realizada con el mayor conocimiento de causa por el agente que la realiza, sea este médico, enfermera, gerente, etc.

¿Qué le ha faltado al modelo gerencial para conseguir la satisfacción de los Gerentes? **Autonomía.** Desde las gerencias se ha contribuido a dar seriedad al Sistema, a dar imagen, a establecer criterios... pero la apuesta ha sido en la mayor parte de los casos "una decisión personal del elegido". Porque en pocas ocasiones ha podido incentivar como quería, pocas veces ha podido decidir con un criterio sostenible en el tiempo (ahora no hago esto para ahorrar y poder invertir en otra cuestión prioritaria, pero a continuación hago lo contrario porque en el ámbito político es vital tener contento a este profesional, etc.). Los gerentes, en raras ocasiones han tenido a su disposición un presupuesto real, con lo cual hubiesen tenido en sus manos una potente herramienta de gestión. Lo que han tenido es una referencia, además sobre la base de que desde el principio se sabía que era imposible cumplirla.

Podríamos decir, que como todas las reformas, la evolución de la figura del Gerente y del modelo que representa, ha sido una evolución positiva, que no obstante tiene oportunidades de mejora, que se substanciarán cuando alguien cuestione el modelo y se pregunte ¿y ahora qué?

Enrique Costas Lombardía escribía hace años lo siguiente: "La vía de apertura de la reforma –la ruptura del "status quo"– más directa y resuelta, es a mi juicio la transferencia de las competencias sanitarias a todas las CC.AA. Me parece el mecanismo de mayor eficacia. En el marco concreto de cada región, los objetivos sanitarios pueden ser más precisos y controlables, las responsabilidades se hacen más visibles, la asistencia adquiere la forma más adecuada a la sociedad y a la historia comunitaria, los recursos se cuentan mejor y el Sistema puede cobrar un impulso renovador. Después

de las transferencias, la sanidad es obviamente distinta en Cataluña y en el País Vasco, y ha comenzado a cambiar en Navarra, en Andalucía, en Valencia y en Galicia.

Las competencias sanitarias de cada región han de estar, claro es, sostenidas por la justicia distributiva en la financiación, capaz de borrar las desigualdades en salud entre las comunidades españolas, y por un Consejo Interterritorial vigorizado en sus funciones”.

El escrito es del año 1992, después del Informe Abril. No tengo claro si las transferencias ya realizadas son una amenaza para la viabilidad del Sistema Sanitario o una oportunidad para mejorar la equidad, dependerá de muchos factores. De todas formas, si en algún momento los gestores, en su nivel de mesogestión, consiguen la autonomía suficiente comenzará el reto real de toda la Sanidad, **acercar las decisiones a los clínicos y posibilitar que éstos las tomen con criterio**. Parece ser que en esta cuestión sí estamos de acuerdo todos los actores del Sistema, aunque la participación social sigue siendo un gran déficit del mismo y por tanto hemos de conseguir articularla. Por tan-

to la figura del Gerente y de todos los equipos directivos han de apuntar a convertirse en agentes facilitadores de los que verdaderamente mandan, los clínicos. Ellos son los verdaderos gestores y los que más tendrían que decir sobre esta cuestión.

En síntesis, el modelo gerencial en Sanidad servirá y podrá evaluarse con criterios más claros que los actuales (ahora hay muchas cortinas de humo de por medio), cuando desde una autonomía real sean capaces de delegar, con unas reglas de juego transparentes, no su responsabilidad sobre el Centro, si no la posibilidad de que cada uno de los diferentes niveles de responsabilidad del Centro (Jefes de Servicio, Sección, Supervisores, Directores...) tengan participación activa sobre la ordenación de los recursos humanos, físicos y financieros del hospital mediante la programación, dirección, control y evaluación de su funcionamiento.

Porque gestionar no es sino conseguir unos resultados de actividad con unos recursos humanos y materiales y un sistema de organización de los mismos. Y eso seguirá siendo necesario en el futuro.