



Sobre el modelo gerencial

José Luis Díaz Fernández
Hospital Universitario Reina Sofía
Director Gerente

En la historia de los hospitales, públicos o privados, con o sin ánimo de lucro, se han dado básicamente dos modelos de organización de la cúpula directiva: el bicefálico y el unipersonal. Durante muchas décadas, de forma casi generalizada, imperó el modelo bicefálico. Solo al final de siglo, curiosamente más en hospitales públicos y sin duda en España, se pasó a implantar progresivamente lo que se ha dado en llamar modelo gerencial.

El respeto casi reverencial de la sociedad hacia la profesión médica y todo lo que conlleva, que ha durado desde la segunda mitad del siglo XIX hasta prácticamente la crisis económica mundial de los años 70 del siglo XX, también afectó a la gestión de los hospitales. Ámbito desconocido y enigmático fue considerado vedado a los gestores empresariales que ya a partir de los años 20 habían comenzado a sustituir a los ingenieros, inventores y técnicos en la dirección de las empresas medianamente importantes y complejas. Siendo por otra parte imprescindible la aportación de alguien experto en manejo tanto de finanzas como de aspectos logísticos múltiples (hostelería, limpieza, contratación de personal) y no solo actuando como

asesor sino con capacidad de, al menos, veto (“lo que usted propone no es viable y no se puede hacer”) surgió la figura del administrador, intendente o nominación similar junto a la del director, médico responsable de la plantilla, del producto, de la identidad y del marketing. Esta doble figura ha perdurado a lo largo de un siglo, de manera muy nítida en hospitales y clínicas privados pero también en los hospitales públicos, conllevando una situación de dualidad de poder: si bien nominalmente el administrador estaba a las órdenes del director en la práctica la situación era de cohabitación, reparto de funciones y necesario acuerdo ante discrepancias límites.

Causa o efecto de lo anterior, probablemente simple reflejo de una realidad, la gestión hospitalaria permaneció alejada años luz de la gestión que se estaba introduciendo en el resto de organizaciones a lo largo de la mayor parte del siglo pasado. A pesar de tratarse de organizaciones importantes, las mayores de su entorno en muchos casos, los hospitales funcionaban sin estrategias, objetivos, información para la toma de decisiones sobre productos y clientes, sobre costes, precios y márgenes, sobre posiciona-

miento, calidades y tendencias del mercado.

Y en esto llegó la luz. Crisis "del petróleo", crecimiento galopante del gasto sanitario, dudas razonables en cuanto al beneficio aportado por dicho crecimiento, cobertura universal, necesidad imperiosa de gestionar la sanidad con criterios de eficiencia, el nuevo panorama de finales de los 70 obligó a plantear en profundidad todo un sector que ya comenzaba a acaparar cerca del 10% de la riqueza de los países más avanzados. Entre otras muchas propuestas y soluciones se consideró cuestión prioritaria profesionalizar la gestión hospitalaria. Así, de acuerdo con el resto del mundo y el sentido común, comenzó a extenderse el modelo de un responsable máximo unipersonal con un equipo de dirección colegiado pero con responsabilidades concretas individuales. El sistema público español, INSA-LUD a la sazón, lo implantó en toda la red. Se generó una nueva denominación en el sector para el nuevo puesto: Gerente o Director Gerente. Se definieron una serie de líneas con sus directores correspondientes para completar el equipo.

Tal vez el avance mayor fue dotar de efectivos a los equipos directivos. De un director, un administrador y una jefa de enfermeras a los nuevos equipos con varios directores y subdirectores media un abismo en recursos. La mayor parte de los directores de hospital existentes pasaron a ser gerentes o dicho de otra forma los puestos de gerentes se cubrieron con las mismas personas o perfiles similares a los de los directores previos y así sigue siendo. De hecho hoy, después de casi veinte años, un buen número de gerentes ya fue director en aquella época y otro buen número ha accedido al puesto por mecanismos similares a los de antaño (básicamente confianza y

valoración subjetiva positiva de quien tiene capacidad de nombrar o contratar). Tal vez la práctica haya demostrado que quizás los valores innatos y sin duda la experiencia (en el sentido de conocimiento del medio más que de experiencia directiva) sean más importantes que los conocimientos específicos, que la formación en management. De hecho los mejores directivos hospitalarios jóvenes habitualmente provienen de la asistencia, en el caso de profesiones sanitarias, o de la propia administración en puestos intermedios y no de las escuelas de negocios.

Se debate sobre si el modelo gerencial está caduco. Primero habría que definir lo tan pomposamente llamado modelo gerencial. Si se trata de una estructura organizativa que culmina en un responsable individual máximo estamos hablando de algo muy habitual antes, ahora y después en todas las organizaciones y bastante razonable para el sentido común (¿imaginan un equipo de fútbol con dos entrenadores o un comité de entrenadores, eso sí en número impar para evitar el empate en las decisiones?) Si se trata de una arcana estructura organizativa, complejísima por sus múltiples leyes y variables interrelacionadas, solo entendida por iniciados, profesionales con título acreditativo otorgado por ellos mismos, organizados en agrupaciones gremiales y corporativas, incluso en un Real Colegio con patentes de curso, estamos hablando de otra cosa, algo que las organizaciones donde la gente se juega su dinero no suelen admitir pues los propietarios tienden a elegir a los que piensan que son mejores para sus intereses aunque tampoco siempre sea así.

A riesgo de pecar de personalismo me atreveré a exponer algunas enseñanzas aprendidas en veinte años de gestión hospitalaria, en general verda-

des de Pero Grullo y aún así relativas ya que las verdades absolutas, caso de existir, no se busquen en el mundo de la organización y la gestión de proyectos y recursos:

1. Tanto los éxitos como los fracasos de las organizaciones no dependen tanto de los gestores como de aquellos que detentan el poder de la propiedad o de la delegación política en el caso público, dicho de una manera gráfica aunque poco elegante: los amos. Entre otras cosas porque los amos son quienes contratan y despiden (nombran y cesan) a los gestores. Así pues no magnifiquemos más allá de lo razonable el papel de los gestores.
2. Probablemente la cualidad más importante en un gestor hospitalario (o de cualquier otro ámbito), aparte de la honestidad y el trabajo, sea el sentido común seguido del conocimiento del medio (su cultura organizacional, la concatenación de sus procesos claves en la estructuración del servicio final).
3. Aunque resulte heterodoxo cada día creo más en las actitudes y aptitudes que en la llamada experiencia gestora para el desempeño de puestos directivos hospitalarios. De hecho se sigue comprobando a diario cómo se incorporan excelentes nuevos profesionales cuya única experiencia consistía en ser excelentes profesionales sanitarios con toneladas de sentido común, honestidad, disposición y trato con las personas consideradas como tales.
4. Ciertamente existen una serie de reglas instrumentales básicas y existe la experiencia y el conocimiento en toda una serie de temas (finanzas, suministros, hostelería, logística, prestación sanitaria, planificación, obras y dotaciones,...). Cu-

riosamente parece como si el gerente hospitalario moderno tuviera que saber de todo ello menos de cómo atender a los enfermos que sería cosa de médicos y enfermeras. Podría responderse que también hay economistas, contables, ingenieros, arquitectos, expertos en logística, derecho,... para responsabilizarse de áreas concretas y/o asesorar al gerente al igual que el director médico y los propios profesionales médicos se responsabilizan de sus parcelas y asesoran al gerente. Es muy humano caer en la tentación de magnificar aquello más alejado y que peor conocemos despreciando la importancia de lo próximo y conocido. No olvidemos que lo diferencial del servicio hospitalario no es la logística de suministros u hostelería ni las relaciones laborales, con toda su importancia y volumen, sino la prestación de servicios sanitarios, con un mercado, clientelas, productos, agentes productivos,... muy específicos y diferenciados frente a la mayoría del resto de sectores y tal vez sea ese aspecto diferencial ligado a la esencia de su producto y agentes lo que hace este mundo tan diferente y tan complejo.

5. El hospital moderno es una organización no solo compleja y gigantesca sino, tal vez en parte por ello, con una extraordinaria inercia, máxime si se trata de una institución de la red sanitaria pública. Sus señas de identidad, su mercado, su cartera de servicios, su posicionamiento, su plantilla, sus formas de hacer, sus calidades, sus claves de poder,... prácticamente no varían o lo hacen muy tenuemente a lo largo de los años. Solo cuando se producen cambios externos de gran calado en breve espacio de tiempo (ampliación masiva de sus instalaciones, construcción de un nuevo

hospital, renovación muy significativa de la plantilla), algo que no sucede más de una vez en treinta años, se produce un viraje llamativo. No existen riesgos, la clientela está asegurada, el trabajo también, la jerarquía médica de los servicios se mantiene durante décadas, solo cambian los directivos, la presión de la tecnología y el conocimiento (de la mano de las grandes corporaciones proveedoras) y la reciente presión, aún incipiente y poco exigente, de la clientela, de los ciudadanos. Es importante no perder ésto de vista. Algunos directivos, inexpertos, piensan que ellos sí que van a solucionar lo que los anteriores han sido incapaces de hacer. Mis recomendaciones serían: primero no hacer daño, no estropear lo que funciona bien; segundo contar con la gente, con los profesionales tanto sanitarios como de soporte; tercero atacar los problemas o proyectos importantes uno detrás de otro. Un compañero con más de treinta años de experiencia gusta decir que el salchichón se come a rodajas; las prioridades como su propia palabra indica se desgranar una a una. Como cuarta recomendación no creer que el hospital es del gerente ni del equipo directivo; el hospital tiene vida propia más

rica, importante, llena de soluciones aportadas a diario por cientos de profesionales, de lo que ninguna persona individual, ni siquiera directivo, puede llegar a conocer, planificar o gestionar.

6. A modo de conclusión. La organización es y debe ser un instrumento nunca un fin en sí. Ésto tan obvio lo olvidamos frecuentemente. Situaciones diferentes agradecen soluciones organizativas diferentes. Cada día parece más cierto (incluso en lo equipos de fútbol) que las tácticas (las estructuras y funcionamiento organizativos) deben adaptarse a las personas con las que se cuenta y no tratar de forzar lo contrario. Dependiendo del perfil de algunos directivos clave en un momento concreto tanto la selección de puestos a incorporar como el reparto de responsabilidades y la propia estructura organizativa deben ser los que se adapten de manera flexible. Lo que importa es conseguir los fines, no hacer ejercicios de planificación (necesarios sin duda en su justa medida para conseguir los fines). Audacia aliada a fuertes dosis de sentido común (no son cualidades antagónicas a pesar de lo que pueda aparentar a primera vista) parece una buena receta.