



La reforma hospitalaria en el contexto de la gestión pública

José Manuel Fontsaré Ojeado
Hospital Clínico Universitario de Valladolid
Director Gerente

El análisis de la estructura hospitalaria y de las posibilidades que la misma ofrece para dar satisfacción a la creciente demanda de la sociedad en cuanto a la prestación del más importante servicio público, requiere una breve reseña histórica.

Hasta la década de los ochenta, se encontraban al frente de los hospitales de la red de la Seguridad Social, un Director y un Administrador y, dependiendo directamente de aquél, la Jefatura de Enfermería.

Con motivo de la entrada en vigor de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en cuyo articulado se prevé la adaptación de la estructura y funciones del Instituto Nacional de la Salud a los principios establecidos en la misma y su aplicación paulatina para conseguir un funcionamiento integrado de los servicios sanitarios, se publica el Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, más conocido como reglamento de hospitales.

Mediante este reglamento, se potencia tanto la gestión hospitalaria, en cuanto refleja el interés general sanitario, social y económico del hospital, como la calidad de la asistencia, que

justifica su existencia y funcionamiento, razón por la cual surgen los equipos directivos, vertebrados por la figura del Director Gerente, máximo responsable y representante de la institución, compuestos por la Dirección Médica, Dirección de Gestión y Dirección de Enfermería.

La implantación de este modelo introdujo un importante cambio en la gestión de los hospitales. Fue necesario definir objetivos tanto asistenciales como económicos, crear una infraestructura de información homologada e introducir el parámetro de control de calidad, lo que supuso la definitiva orientación del hospital hacia el paciente. Se inicia así, la cultura de gestión, la mentalidad del trabajo en equipo y la aplicación de una dirección por objetivos, dotando a los centros de un cierto grado de autonomía.

El tránsito de una cultura administrativa a una de gestión supuso un indudable cambio cualitativo de trascendencia histórica. Significó el desarrollo de medidas encaminadas a la mejora de la eficiencia a través del aumento de la productividad en los hospitales, la introducción de mecanismos de competencia y la separación entre la

provisión de servicios y la financiación. Aparece así, la figura del Contrato-Programa como herramienta de relación contractual entre el hospital-proveedor y la entidad compradora de servicios.

Sin embargo, aunque desde una perspectiva formal se establece una separación de funciones, en realidad persiste su integración vertical en cuanto a la financiación, compra y provisión, de manera que, al difuminarse los límites entre unas y otras, se dificulta la evaluación de actuaciones y resultados atribuibles a la Gerencia como tal.

En los últimos años, se ha producido un incremento constante en la actividad, en el contexto de unos recursos también crecientes, lo que viene compensando los mayores costes.

Pero debe tenerse en cuenta que la gestión hospitalaria continúa desarrollándose en el marco de la rigidez organizativa y gestora propia del sistema sanitario, que forma parte de la Administración Pública, lo que condiciona dos de sus aspectos claves: la política y gestión de personal y la gestión económica.

En este sentido, distintos expertos y gestores sanitarios, se inclinan por la adopción de nuevas técnicas de gestión en los hospitales, que, por haber tenido éxito en los sectores empresariales, deben obtener idénticos resultados en la actividad sanitaria pública.

Como no podía ser de otro modo, no son pocos los expertos que opinan que las empresas privadas cuentan con una estructura, organización y formas de dirección adaptadas al cumplimiento de sus fines, claramente diferentes a los que constituyen el objeto de los hospitales de una red sanitaria pública. La aplicación de estrictos criterios de mercado, con los mecanismos de ges-

ción que ello implica, no resulta adecuada para la consecución de los objetivos de un servicio público, universal y equitativo. Por otra parte, la discriminación de los procedimientos asistenciales, el previsible desequilibrio territorial y la concurrencia de factores ajenos a los propiamente sanitarios, son elementos suficientemente perturbadores como para rechazar esta opción.

La sociedad plantea, en este sentido, una actitud ambivalente, cuando no claramente antagónica. La salud se ha convertido en un bien irrenunciable del estado del bienestar y, por tanto, se exige al sistema sanitario en general y al hospitalario en particular, una prestación asistencial cada vez mayor en cantidad y calidad, con satisfacción de usuarios y profesionales, en un contexto de alto grado de paz social y a un coste contenido y asumible. En buena lógica, tal pretensión debería acompañarse de la posibilidad de utilizar los medios de gestión adecuados a las necesidades, lo que, hasta ahora, no ha sucedido.

La normativa que regula la actividad de los hospitales, en los dos aspectos antes reseñados, no ha sufrido cambio cualitativo alguno, y los intentos que han podido producirse, no han conseguido realmente cambiarla, sino obviarla.

Con el argumento de que no son actividades asistenciales, se externaliza la gestión de determinadas tareas, como la vigilancia, la limpieza, la hostelería, el mantenimiento de equipos, etc., pero también se contratan otras, de naturaleza claramente asistencial, como pruebas de laboratorio, diagnóstico por imagen e, incluso, intervenciones quirúrgicas. Parece que el objetivo perseguido es evitar la gestión del personal que debe realizar estos cometidos, encomendándosela a empresas privadas que, libres de las

servidumbres a que se encuentra sometida la función pública, pueden desarrollar tales funciones con una mayor eficiencia.

Simultáneamente, se han ensayado otras fórmulas, como los Institutos o Áreas Funcionales, en los que una serie de servicios y especialidades se agrupan en una única unidad de gestión, estructurada en función de criterios homogéneos de asistencia, y orientados a un tipo específico de procesos. Aunque han mostrado su eficacia desde el punto de vista asistencial, fundamentalmente por el voluntarismo de los profesionales que los integran, no puede afirmarse lo mismo en cuanto al análisis de costes. Presentan importantes limitaciones derivadas de su carácter insular en el contexto global de la estructura hospitalaria, requieren el consenso previo de un mínimo de profesionales, no aportan cambios significativos en la política de personal, y la teórica asunción de riesgo es más ficticia que real, lo que, inevitablemente, conduce a la laxitud presupuestaria y a un escaso compromiso en el control de los diferentes tipos de gastos.

Otra de las opciones legalmente establecidas en la gestión hospitalaria, son las Fundaciones Públicas, nacidas con unas condiciones y características determinadas, y cuyos resultados económicos y asistenciales habrá que evaluar a medio plazo.

Son numerosos los obstáculos a la hora de abordar la reforma del sector público, alguno proveniente de las reticencias de la propia administración, y otros de la resistencia de los poderes fácticos, o de las presiones sindicales y corporativas, por lo que se acude a la privatización con el mercado como telón de fondo, cuando lo que realmente hay que hacer es modernizar la administración, reformar el sector sanita-

rio para que, manteniendo su papel de garante de la equidad en el acceso a las prestaciones, sea capaz de gestionar con eficacia y eficiencia los centros hospitalarios.

Para ello, no es preciso acudir a figuras ajenas al derecho público, porque lo que se trata de gestionar es un servicio público y porque en algún momento de ese tránsito, se pondrían en peligro, sin duda, alguno de los principios que conforman el modelo sanitario por el que se ha optado.

La Administración Pública cuenta con las herramientas adecuadas, dentro de su ámbito normativo, para acometer la reforma que se postula, cuyo primer paso no sería otro que agilizar los procedimientos ya existentes, sin perjuicio de la introducción paulatina de distintas medidas específicas que requiere la singularidad de una organización hospitalaria.

Aun a riesgo de caer en el simplismo, no parece ocioso partir del reconocimiento, como evidencia, de que la organización, actividad y gestión de un centro hospitalario, son radicalmente distintas de las de cualquier otro servicio público, con las plausibles consecuencias que ello conlleva en orden a la política de compras, de personal y de gestión económica.

Desde el convencimiento de que la Administración Pública dispone de los instrumentos necesarios, en el seno de su normativa, para reformar el sector sanitario, y de los elementos oportunos para ejercer el control a que todo servicio público debe estar sujeto, habrán de adoptarse una serie de medidas aplicables al conjunto de la población hospitalaria de la red pública. Medidas que han de sustentarse en la sabia y prudente incorporación de mecanismos de gestión que, manteniendo el carácter público de la Insti-

tución, incluyan una modernización organizativa que permita alcanzar cotas de eficiencia comparables a las conseguidas por el sistema de gestión privado.

En este sentido, parece obvio que la competencia del órgano gerencial, debe incluir la capacidad para definir la estructura de las plantillas en función de las necesidades reales y no como consecuencia de pesadas herencias, así como la posibilidad de vincular sustancialmente las retribuciones a la consecución de objetivos, tal como tímidamente se apuntó con la reforma del sistema retributivo operada por el Real Decreto Ley 3/1987. Para ello debe desarrollarse una normativa que permita la aplicación ágil y efectiva de medidas tanto correctivas como incentivadoras.

Por otra parte, pero no independientemente de lo antedicho, debe acometerse una no menos importante modificación en la política de gestión económica. Resulta necesario establecer presupuestos de financiación reales, acomodados a la actividad realizada y no al contrario, esto es, el ajuste del precio de la actividad al presupuesto teórico asignado. Para ello resulta ineludible el máximo desarrollo de la contabilidad analítica que permita determinar, con aceptables márgenes de error, dónde se concentran las bolsas de gasto ineficiente y establecer precios razonables en función del mercado.

Establecida esta primera premisa, debería garantizarse el incremento de financiación derivado de todo aumento en la prestación de servicios inclui-

dos en la nómina de intereses de las respectivas políticas sanitarias. Así la Gerencia podría proponer, sobre la base de balances reales de ingresos y gastos, la oportunidad de ofertar acciones, por encima de las básicas exigibles a su nivel de referencia, que solventen necesidades sanitarias emergentes o insuficientemente cubiertas tanto en su ámbito de influencia como en aquellos otros que lo requiriesen. Esta captación de atípicos, provenientes bien del propio sistema, o bien de entidades ajenas, vendría a reforzar la dotación presupuestaria del centro y a paliar las posibles desviaciones presupuestarias derivadas de actividades más ineficientes, o emprender acciones inicialmente no contempladas en el presupuesto base.

Simultáneamente debe procurarse mayor flexibilidad en el manejo interno de los capítulos presupuestarios, de manera que puedan afrontarse las contingencias más relevantes del momento. Dicha flexibilidad debería atender, incluso, la posibilidad de establecer convenios con otras entidades proveedoras, públicas o privadas, cuando ello resulte más rentable o necesario por eventuales circunstancias coyunturales.

En definitiva, es preciso acometer importantes reformas que refuercen el contenido ejecutivo de las Gerencias hospitalarias, manteniendo el necesario control por las estructuras institucionales suprahospitalarias, de manera que se asegure la eficiencia en la provisión de servicios por una parte, y el cumplimiento de los objetivos socio-sanitarios que le son propios a un sistema sanitario público.