



Hacia un nuevo modelo organizativo basado en la autonomía profesional, la calidad y el servicio al ciudadano

Enrique González Fernández
Hospital Universitario San Cecilio
Director Gerente

Si la pregunta que da título al número monográfico de la revista se hace a un gerente en activo, la respuesta ha de ser negativa, no desaparecerá el modelo gerencial. Ciertamente, desde la autodisolución de las Cortes del régimen político anterior, no hay en la moderna historia española un ejemplo de auto-inmolación masiva, y los gerentes de hospitales no vamos a emular a los diputados en las cortes franquistas.

Sin embargo, el tiempo transcurrido desde la instauración del modelo organizativo de los hospitales públicos españoles, incluido el modelo directivo, conocido como modelo gerencial, obliga a una reflexión profunda. La sociedad ha evolucionado de forma muy significativa, la exigencia del usuario y del contribuyente es mayor, los profesionales continúan demandando más presencia en la toma de decisiones. Del mismo modo, las comunicaciones, las nuevas tecnologías, introducen de forma sutil importantes modificaciones en los hábitos sociales y profesionales.

El modelo de organización vigente en los hospitales españoles se caracteriza por un fuerte componente divisional,

una marcada influencia de la norma administrativa y la presencia de una dirección que aglutina funciones de organización, planificación, gestión de recursos e interlocución con el entorno.

En los años ochenta, el necesario criterio de centralización y control para articular de forma armónica el Sistema Nacional de Salud, unido a una política económica marcada por la crisis de diferentes sectores y la obligada adecuación del aparato productivo, para facilitar la entrada en la Comunidad Europea, producen un refuerzo de la función gerencial que tiene, entre otros, el efecto de distanciar a los profesionales del ámbito de decisión, lo que trae consigo una desvinculación de los objetivos estratégicos del hospital.

Paralelamente, se produce un movimiento de desarrollo del colectivo de enfermería, impulsado desde instancias políticas y sindicales y avalado por la inclusión como diplomatura universitaria, con el fin de equilibrar la presencia y el poder de los facultativos. El resultado es una doble fractura, la ya señalada entre la dirección y los profesionales, especialmente los

facultativos, produciéndose una segunda fractura entre los propios sanitarios, entre los médicos especialistas y los enfermeros.

Un elemento que ha marcado el desarrollo de los hospitales en cuanto a organización interna y valores es su vinculación a la Administración y, por tanto, su capacidad para ocupar espacio en la vida política. La constante presencia en medios de comunicación, de asuntos relacionados con los hospitales enfocados desde la óptica de la acción política, tanto desde los gobiernos como desde los grupos de oposición, genera una distorsión importante en la toma de decisiones, muchas veces condicionadas por elementos de entorno político.

La rígida estructura divisional ha fortalecido la presencia de grupos corporativos en los hospitales. Este hecho se revela como un importante freno a los avances en materia de organización y gestión, en la medida que se pueda alterar el equilibrio entre los grupos de poder. Por otro lado, el propio entorno político condiciona el desarrollo de cambios internos a los ritmos propios; los tiempos políticos son demasiado cortos y los cambios en las organizaciones se producen siempre en plazos más largos.

El modelo de organización de los hospitales públicos hace años que entró en crisis. Los indicadores de actividad y eficiencia son claramente mejorables, las decisiones económicas distan de estar correctamente ajustadas a los objetivos de gestión y eficiencia en el gasto público. Los profesionales se han alejado de las decisiones estratégicas, se han desvinculado emocionalmente de la evolución de su hospital. El diagnóstico ya es antiguo. Las soluciones no han llegado, seguramente por los dos aspectos mencionados en el párrafo anterior.

Sin embargo, en los últimos años avanza la idea de la gestión clínica, de la articulación de núcleos de profesionales con mayor capacidad de decisión para organizarse. Aunque adoptando diferentes formas y denominaciones, en todos los ámbitos públicos se incorpora paulatinamente la gestión clínica. Finalmente parece que es posible el avance.

Si damos por bueno el modelo de organización basado en la gestión clínica, estaremos aceptando una organización en la que la agrupación de profesionales con alto nivel de decisión en materia de organización interna, en aspectos de organización de la asistencia, en definición de prioridades y necesidades, en gestión de recursos... ¿podrían estar desvinculados administrativamente del propio hospital?

Un hospital con todas sus áreas asistenciales organizadas en equipos profesionales autónomos tendrá que configurar una estructura de dirección que incorpore funciones diferentes y entre las que ocupará menor espacio la gestión de recursos clásica.

¿Qué funciones habrá de desarrollar la dirección del hospital?

La primera función, definir la financiación de cada una de las unidades de gestión asistencial y hacer, lógicamente, el adecuado seguimiento de su aplicación. Hablar de financiación implica destinar recursos, pero, de manera especial, establecer criterios de asignación coherentes con los fines de la organización. Mientras sigamos hablando de un hospital público, integrado en una red como el Sistema Nacional de Salud, los criterios de asignación de recursos responderán al interés general, al que deberán ajustarse las unidades asistenciales autónomas.

Segunda función, asegurar los derechos de los ciudadanos a una asistencia sanitaria de calidad, con criterios de accesibilidad, de eficacia y de efectividad. Es decir, la dirección del hospital deberá garantizar que los ciudadanos susceptibles de cobertura sanitaria sean atendidos adecuadamente, sin discriminación de ningún tipo, en un tiempo de respuesta óptimo, velando igualmente por la intimidad y la confidencialidad en todas las actuaciones, de acuerdo con la normativa en vigor.

Tercera función, la gestión de los servicios de apoyo. Los servicios generales, administrativos, tecnologías de información y comunicación, ocupan un importante tiempo de directivo. La gestión de estas áreas se vuelve más exigente cuando los resultados generales del centro inciden en el balance final de las unidades asistenciales. Ello implica una atención permanente a estas áreas para mejorar el balance general del hospital, maximizando los recursos disponibles para las unidades asistenciales.

Cuarto aspecto, la coordinación interna y externa. El funcionamiento autónomo de unidades de gestión asistencial debe respetar el marco general del hospital, manteniendo la coherencia con los fines generales del centro. Por otro lado, los servicios asistenciales centrales integrarán la demanda de servicios generada por el resto de unidades que funcionarán como clientes exigentes en calidad de atención y tiempo de respuesta. La estructura de dirección deberá dedicar importantes esfuerzos a coordinar el funcionamiento de las diferentes unidades estableciendo normas básicas comunes y definiendo criterios mínimos en la relación entre unidades, de forma que se garantice el adecuado servicio al usuario. Igualmente las relaciones de las unidades asistenciales con centros y

unidades externas al hospital, sean de atención primaria o de otros centros, deberán cumplir unos requisitos mínimos y contar con estructuras de soporte, siendo ambos aspectos cometidos que debe abordar la dirección del centro.

Quinto, la gestión de la calidad. La década actual será la de la calidad y la excelencia en los servicios públicos. Son cada vez más frecuentes las estrategias orientadas a la calidad en todos los ámbitos del sector servicios, también el sanitario. El nivel de calidad global del centro no podrá responder a un sumatorio de actuaciones de las diferentes unidades; más bien será la dirección del centro quien impulse planes de calidad para el conjunto exigiendo su aplicación en los acuerdos de regulación internos con las diferentes unidades. El desarrollo de una estrategia de calidad total implicará una estructura de soporte y unos criterios cuya definición corresponderá en ambos casos a la dirección.

Y sexto, las relaciones institucionales, importante función directiva, continuarán correspondiendo a la dirección del centro. La relación con el resto de centros de la red, con la dirección corporativa, con otras instituciones y asociaciones, es un área de actuación que permite la inserción del hospital en su entorno, siendo necesario definir también en este aspecto las líneas y objetivos a alcanzar para el conjunto, sin detrimento de acciones específicas de las áreas clínicas, siempre dentro de un marco genérico.

Todo lo anterior, considerado en términos generales para un centro público del SNS, es igualmente válido en su conjunto para un centro privado, si me apuran, algunos aspectos cobran más relevancia aún en un centro privado; los accionistas tendrían algo que decir en el momento que el hospital

se desviase de la senda de los beneficios, lo que obligará a mantener en todo momento una fuerte estructura de gestión.

Se deduce de todo lo anterior que el hospital del futuro contará con una estructura de dirección fuerte, orientada más a la coordinación general, a la garantía de los derechos de los usuarios y al desarrollo de programas transversales y políticas de calidad total. El nuevo balance de actividades directivas obligará a desarrollar una estructura diferente, donde la función gerencial se centre en la coordinación general de la gestión de las unidades asistenciales y de los servicios generales, así como en las relaciones institucionales. Por el contrario, las funciones transversales, desarrollo de programas de salud y políticas de calidad fundamentalmente, estarán situadas en un ámbito directivo más técnico, con poca incidencia directa en la gestión de los recursos. La coordinación general y la coherencia de la organización necesitarán de un importante dispositivo en materia de sistemas de información que habrá de facilitar conocimiento para la gestión asistencial, para la gestión de las unidades, para el desarrollo de la función gerencial y para alimentar los sistemas generales de la red sanitaria.

El nuevo modelo de hospital sí necesitará un importante cambio en las funciones de dirección médica y dirección de enfermería clásicas. La gestión de los recursos profesionales corresponderá a las unidades, lo que implica que el papel de estas dos direcciones se ve claramente disminuido en este aspecto. Sin embargo, el desarrollo de líneas asistenciales nuevas, de líneas de coordinación entre unidades, de programas de continuidad, requiere el papel de la dirección asistencial para definir acciones y desarrollar su aplicación en el conjunto del hospital. Pero el papel más relevante estará en las

acciones de calidad del servicio y, de forma muy significativa, en el desarrollo y aplicación de guías de práctica clínica y planes de cuidados relacionados con las vías clínicas.

La extensión de las unidades de gestión asistencial autónomas implica la incorporación de nuevas formas de desarrollar la actividad asistencial, donde el papel coordinado de los diferentes profesionales que intervienen en un proceso clínico es el concepto fundamental, primando la integración de actuaciones sobre la posición de actividades aisladamente consideradas de cada uno. Este nuevo enfoque de la actividad ayudará a superar una organización divisional y permitirá avanzar en la línea de mayor coordinación interna y orientación hacia la gestión por líneas de producto.

En resumen, la configuración de los nuevos hospitales llevará a un modelo de dirección menos vinculado a la gestión directa de recursos y orientado nítidamente hacia la coordinación interna, la garantía de derechos de los usuarios y la calidad, manteniendo la eficiencia como instrumento crítico para la supervivencia de la organización. Así, en los nuevos equipos directivos se incluirán figuras cuya función sea más técnica y de coordinación, frente a la estructura divisional con direcciones de línea por estamento.

Como todo cambio, aún habrá matices y discusiones, pero parece que finalmente hemos encontrado una posibilidad de cambio en nuestras organizaciones. Los gerentes debemos asumir el papel de motor del cambio y fomentar la aparición de liderazgos profesionales que asuman la gestión de las unidades.

Una última reflexión: la evolución de la función gerencial será mucho más exigente; ya no bastará con cuadrar

las cuentas y la lista de espera. Las unidades asistenciales serán un potente grupo de masa crítica dentro del hospital que impulsará la mejora de la

organización y será necesario saber interpretar sus propuestas. ¿Sabremos hacerlo después de tantos años gestionando la contingencia?

Enrique González Fernández. Hacia un nuevo modelo organizativo basado en la autonomía profesional, la calidad y el servicio al ciudadano

Los protagonistas

