



Pocos cambios en el horizonte

Pedro Molina Coll
Complejo Hospitalario
"Arquitecto Marcide-Profesor Novoa Santos"
Director Gerente

Siendo el título de este monográfico, ¿hacia la desaparición del modelo gerencial?, se supone que a partir de mi experiencia como gerente (1 de septiembre de 1996) y trabajador del sistema sanitario público español (desde 1974 y siempre en exclusiva), debo exponer mis ideas, opiniones, deseos y esperanzas sobre el futuro de la figura del Director Gerente como responsable de la gestión en nuestros hospitales.

El problema es, como abordar este artículo sin repetir ideas que sin duda otros compañeros expondrán desde su amplio conocimiento y visión de futuro. Por ello, he planteado este artículo basándome en la siguiente hipótesis: si revisamos el último monográfico en el que los responsables de los distintos servicios de salud han definido los proyectos de asistencia sanitaria previstos en sus comunidades, podré deducir si mantienen o no el actual modelo gerencial, si existen cambios y en que dirección, y a través del escenario propuesto definir las habilidades que deberán poseer los futuros gerentes.

1. Los protagonistas

La mayoría de los autores no definen

que modelos organizativos llevarán adelante sus propuestas, en otras palabras no hacen referencia a los gerentes ni a sus funciones, perfil, retribuciones o grado de responsabilidad por lo que supondremos que inicialmente mantienen el modelo heredado del INSALUD y por tanto NO desaparecerá el modelo gerencial actual. Solo en un caso apunta la intención de crear gerencias de área que faciliten la gestión de los procesos.

Todos sitúan al ciudadano como eje del sistema, con un compromiso de mejora de la accesibilidad mediante la fijación de tiempos límites en las esperas, mejora así mismo de la confortabilidad y fomento de la participación social.

En cuanto a nuestras organizaciones algunos de ellos incorporan la gestión clínica, definen una política de personal centrada básicamente en los facultativos (carrera profesional, incompatibilidades y sistema de incentivos) e incluso en un caso, se proponen aumentar las plantillas.

La autonomía de gestión de los centros, la implantación de las denominadas nuevas formas de gestión (funda-

ciones, empresas públicas etc.), la separación de las funciones de compra y provisión o la libre elección de médico y/o hospital también aparecen aunque de forma mínima.

En resumen, y excepto en un caso, se mantendrá el modelo actual con diferenciación de niveles (primaria y especializada), y por tanto dos gerencias. Seguirán siendo las listas de espera el objetivo prioritario a alcanzar por los equipos directivos (accesibilidad), que deberán convivir con situaciones de obras y remodelaciones (confortabilidad) y entre otras habilidades deberán poseer (o aprender) las relacionadas con la dirección de grupos de trabajo y mejora (gestión clínica) y de participación social.

Para finalizar no parece que los futuros gerentes vayan a pasar estrecheces (capítulo II) o problemas en la gestión de recursos humanos (capítulo I), ya que solo en un caso se hace referencia explícita a las dificultades financieras.

2. La experiencia

Todos los autores desgranar en sus artículos las metas alcanzadas y el camino recorrido y al igual que en el grupo anterior no hacen mención al papel jugado por los equipos directivos durante esos años, por ello y dado que en estas Comunidades Autónomas se mantiene un organigrama clásico, con la figura del Director Gerente en el vértice de la pirámide, podemos presuponer que esta figura tampoco esta cuestionada y por tanto NO desaparecerá el modelo gerencial actual. En un caso se plantea la intención de iniciar experiencias basadas en la Gerencia Única.

Todas ellas manifiestan su intención de articular medidas de mejora de la accesibilidad mediante la fijación de

tiempos máximos de espera. También todas apuestan por el desarrollo de la gestión clínica, aunque solo dos se muestran partidarias de profundizar en la autonomía de gestión y en la implantación de las nuevas formas de gestión y todos apuestan firmemente por el desarrollo de los sistemas de información mediante herramientas informáticas y de la telemedicina.

Dos de los autores tienen en cuenta ya la próxima oferta pública para la consolidación del empleo y hacen referencia a la estabilidad de los profesionales y el desarrollo de la carrera profesional.

En resumen, y excepto en un caso, se mantendrá el modelo actual con diferenciación de niveles (primaria y especializada), y por tanto dos gerencias. Seguirán siendo las listas de espera el objetivo prioritario a alcanzar por los equipos directivos (accesibilidad) y entre otras habilidades deberán poseer (o aprender) las relacionadas con la dirección de grupos de trabajo y mejora (gestión clínica) y de análisis de la información con un importante control de los resultados.

Para finalizar no parece que los actuales gerentes vayan a pasar estrecheces (capítulo II) o problemas en la gestión de recursos humanos (capítulo I), ya que no se hace referencia explícita a las dificultades financieras.

3. Las opiniones

Llama la atención que los más críticos con los pasos dados sean los autores de este grupo, cuya característica básica es haber tenido importantes responsabilidades en el sistema sanitario público y actualmente estar alejados de este sector, incluso al ilustre autor de la introducción podríamos incorporarlo a este grupo.

Para ellos el desarrollo de las nuevas fórmulas de gestión está en retroceso y el modelo tradicional (¿burocrático?) se generaliza.

Los objetivos que alimentaron la reforma de la Atención Primaria no se han alcanzado, sigue existiendo un troceamiento desorganizado y despersonalizado del proceso asistencial y se mantiene (sino se ha incrementado), la demanda injustificada de A. Especializada desde A. Primaria y la capacidad de la A. Especializada de autogenerar actividad inapropiada.

La introducción de la gestión clínica ha sido parcial y tímida y la separación entre compra y provisión más formal que real, no se ha afrontado el modelo de gestión de recursos humanos.

El proceso de transferencia se fundamentaba en la creencia de que la descentralización favorecería los cambios necesarios para afrontar los nuevos retos, la realidad es que estos cambios no se han producido creándose nuevas estructuras "centralistas". Se ha sustituido la planificación por la improvisación con disminución de la calidad, el gasto farmacéutico ya es la cuarta parte del presupuesto, no se ha desarrollado una política de personal ni retributiva, no existe una verdadera política de directivos y la información es poco fiable.

Por no seguir con las críticas solo mencionar tres importantes amenazas según estos autores: la carencia de una visión de sistema en el Sistema Nacional de Salud, el importante incremento del gasto farmacéutico que pone en peligro la viabilidad del sistema y la aparición del fenómeno de la

inmigración que está generando un incremento de la demanda y la presencia de patologías hasta ahora no tratadas por el sistema.

Conclusión

Contestando las tres preguntas del esquema general, basándome en las opiniones de los actuales responsables de los servicios de salud y en la opinión de aquellos que tuvieron importantes responsabilidades podemos concluir:

- a) ¿Desaparecerá el modelo gerencial?, la respuesta unánime es NO.
- b) ¿Qué balance hace del modelo gerencial? El balance es positivo ya que ha permitido a las comunidades transferidas alcanzar sus objetivos y las recientemente transferidas no tienen intención de cambiarlo.
- c) ¿Hacia dónde deben ir los modelos de dirección de hospitales? Ésta es sin duda la pregunta más difícil de contestar, deberán mejorar la accesibilidad y el confort, introducir y desarrollar la gestión clínica en sus centros bajo la atenta mirada de los ciudadanos que participaran en forma aún no definida en su supervisión, todo ello en un marco supraorganizativo controlador y poco dado a introducir cambios y experimentos, con su financiación en peligro debido a su incapacidad para gestionar los procesos de forma global eliminando todo aquello que no aporta valor añadido y al incremento paulatino del gasto farmacéutico.

