



Cuatro comentarios sobre el modelo gerencial

Josep M. Pomar
Hospital Son Llàtzer
Director Gerente

Uno: Una confesión

Empiezo con una confidencia. Hasta mi reciente asistencia a una de las mesas de las VI Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios, sobre el balance del modelo gerencial, desconocía absolutamente la existencia de un Real Decreto que regula la estructura organizativa de los hospitales españoles, el R.D. 521/87, y que tan fuertemente parece haber impactado en la cultura organizacional de nuestros hospitales. Tal ignorancia puedo intentar justificarla con tres argumentos:

A.- He intentado aplicarme en adquirir algunos conocimientos en el terreno de la gestión sanitaria, a través de actividades formativas, estudio y lecturas, pero nunca hasta ahora había atribuido una importancia tan relevante, en la gestión del cambio, a la reglamentación sobre las estructuras de dirección de los centros asistenciales.

B.- Mi experiencia directiva y gerencial fue durante casi nueve años exclusivamente en el nivel de Atención Primaria, donde probablemente debe existir alguna norma parecida, aunque dudo que de rango similar.

No obstante, la gran virtud del importante desarrollo organizacional y de los avances en gestión que tuvo lugar en los años noventa, pudo ser probablemente en gran parte gracias a la escasez de normas, y la permisividad en la práctica, sobre la organización interna de las estructuras de las gerencias.

C.- Mi incorporación a la gestión hospitalaria se ha producido en un centro de nueva planta gestionado por una fórmula de Fundación, por lo que a pesar de que en la penúltima versión de los estatutos diseñados por el Insalud, parece perseguirse con saña, una fórmula organizativa que minimice las diferencias con el modelo tradicional, cuenta con capacidad suficiente para huir del corsé uniformista y adaptarse a sus necesidades.

Dos: Una estupidez

En lugar de consultar algunos artículos de las carpetas de mi archivador tituladas "Organización y Dirección" y "Fórmulas de Gestión" o de hojear algunos libros que recogen artículos de expertos sobre la materia, he optado por realizar una búsqueda bibliográfica en internet. No he optado sin embargo

por el Medline u otros buscadores especializados, sino que lo he hecho en una de esas publicaciones de noticias del mundo sanitario. La respuesta a los términos "gerentes de hospital" y "modelo gerencial" ha dado lugar a cuatro titulares por este orden:

"El Consejero ordena a los gerentes de hospitales que no hagan más declaraciones".

"Médicos y gerentes, condenados a entenderse".

"No queremos gerentes sin experiencia al frente de los grandes centros españoles".

"Gerentes de AP y AE valoran el contrato de gestión".

He dado vueltas a estos cuatro titulares, que han dado pie a que por mi cabeza transcurrieran cuatro entretenidos motivos de reflexión:

Primera: complicada la relación entre políticos y gestores en el sistema público. La instrumentalización con fines políticos de algunas cuestiones sanitarias (listas de espera, modelos de gestión...), las frecuentes dificultades de los primeros para separar funciones y no instrumentalizar, la prudencia excesiva y la sensibilidad a las presiones, son vividas por los gestores como indefiniciones, ante las que cabe adaptarse para sobrevivir.

En un reciente artículo Andreu Segura se pregunta al analizar las relaciones entre lo político y lo técnico en salud pública: ¿Rehenes o cómplices? Para acabar apuntando que son necesarios espacios en los que analizar conjuntamente las dimensiones políticas y técnicas de las decisiones.

En cualquier caso la referencia permite apuntar a que el modelo gerencial

es también un reflejo de voluntades políticas y que cabe interaccionar a partir de esta coexistencia.

Segunda: si el poder informal, en este caso poder real, sobre decisiones que atañen a la intensidad en el uso de recursos, corresponde a los médicos, que dominan el conocimiento sobre los probables resultados de las intervenciones, la solución no puede ser más que la complicidad. Este ha sido el *leit motiv* de toda la parafernalia de instrumentos que se han ensayado en los últimos tiempos, contratos de gestión, políticas de incentivos, gestión clínica... La solución mágica parece pasar por la asunción por parte de los clínicos de mayores cuotas de responsabilidad, al tiempo que se "aplanan" los organigramas. El éxito va a depender sin duda de la transferencia de responsabilidades y riesgos, de la formación, de la proximidad y el contraste y sobre todo del tiempo: los cambios de chip no se producen espontáneamente.

Tercera: puede sonar a manifestación corporativa en la boca de un directivo de una sociedad de directivos. No obstante el submundo de la gestión sanitaria tiene mucho de *dejà vu* con pequeños retoques. El volver a empezar ha sido una constante en nuestros centros y los espectadores, que son los que han visto ya la película varias veces, no atienden a la representación, si es que no silban.

Cuarta: los hospitales son gigantes endogámicos que interpretan el mundo exterior. Cuando descubramos que los hospitales tienen menor importancia en el conjunto del sistema de la que se les atribuye y se identifique con facilidad a los clientes, será más sencillo rehacer modelos.

Tres: vuelta a los clásicos

Ésta es siempre la solución clásica

propiamente dicha y que raramente decepciona. La pequeña selección podría incluir:

“¿Hay realmente habilidades nuevas para los directivos de las organizaciones sanitarias? No lo sé con seguridad. Sin embargo, quisiera resumir diciendo que las habilidades técnicas son necesarias pero no suficientes. Lo que realmente es importante es la visión personal, la responsabilidad social y la aceptación fundamental de la interdependencia” Pauline L. Meurs, Dep. de Política y Gestión Sanitaria; Univ. Erasmus Rotterdam.

“Pese a su corta experiencia, el radicalismo gerencial sin duda ha aumentado la transparencia. Ha ahorrado ineficiencia y ha disminuido actividades duplicadas o innecesarias. Pero ha reducido esfuerzo en las dimensiones menos verificables y ha aumentado quizás excesivamente la rotación y la movilidad de los empleados públicos, determinando cierta pérdida de memoria institucional” (comentarios referidos a las reformas operadas en Nueva Zelanda. J. M. González Páramo, Catedrático de Hacienda Pública; Univ. Complutense.

“Los gerentes de los centros sanitarios están prácticamente sin derechos residuales de decisión y control importantes (selección de personal, sistema retributivo, régimen disciplinario...). Por otra parte, la incompatibilidad existente entre la delegación formal de derechos residuales, realizada en los gerentes y la detentación efectiva por los mismos médicos, obliga a establecer fórmulas de gestión con nuevas reglas del juego (J. Martín Martín, 1994).

“...Una organización con vocación de corredor de fondo para crear valor en el largo plazo que va más allá de la acción política especulativa, situándo-

la en un estatus de problema de estado, lo que obliga a ciclos gerenciales de más largo recorrido y no sujetos a los vaivenes de la filias y fobias de turno” Francesc Moreu, CHC Consultoría i Gestió.

“Dirigir mediante valores es consustancial al espíritu empresarial y al liderazgo en su más pura esencia. Hacen falta líderes en su más pura esencia, capaces de legitimar valores, mediante la coherencia entre lo que se dice y lo que se hace, y con capacidad de comunicar de forma persuasiva, no solo desde su propia perspectiva, sino poniéndose en el lugar de sus colaboradores” Salvador García, Profesor de Psicología Social; Univ. de Barcelona.

“En el caso de la gestión sanitaria, cuesta definir conocimientos, habilidades y actitudes deseables. Aunque ésta se base en la experiencia en los contactos, en las intuiciones, cada vez más se precisa del conocimiento” Vicente Ortún, Departamento de Economía y Empresa; UPF.

Cuatro: algo de cosecha propia

La supuesta crisis del modelo gerencial, tiene ingredientes propios de la crisis de aislamiento que padece el mundo de los servicios sanitarios, que ignora tozudamente los cambios que se producen en la sociedad. El contraste entre esta visión conservadora y el de profesionales que no hacen más que asomarse a lo último del mundo empresarial, es explosivo y frustrante para todos.

Los equipos de dirección de los hospitales, no solo deberían sufrir transformaciones en su configuración, incorporando de forma progresiva (aunque prudente) a los niveles con conocimiento del producto clínico,

sino sobre todo en su capacidad para mirar al exterior y establecer puentes estables de cooperación y acuerdo con los elementos del sistema y de la sociedad.

Los directivos con experiencia acaban descubriendo con el tiempo lo mismo: los instrumentos son necesarios, los conocimientos ayudan, pero al final hay algo más que resulta trascendente. Dirigir personas requiere el de-

sarrollo de habilidades de comunicación y de liderazgo.

El marco es importante. Aun cuando desde el Informe Abril se ha ido optando por introducir elementos propios de la gestión empresarial, con escasa modificación de los sistemas de control, el atrevimiento ha sido escaso. El marco postransferencial que vivimos, vuelve a convertirse en una oportunidad importante.