



¿Hacia la desaparición del modelo gerencial hospitalario? Balance y líneas de futuro

Francisco de Paula Rodríguez Perera
Hospital General Universitario Gregorio Marañón
Director Gerente

No acierto a imaginar un hospital, cualquiera que fuera su dependencia patrimonial, tamaño y grado de autonomía de gestión, sin la figura de una persona en su vértice estratégico asumiendo la responsabilidad última de su funcionamiento y de sus resultados. En España, en el sector público y hasta donde yo se, también en el sector privado, todos los hospitales tienen una posición al frente de la organización. Lo mismo ocurre en los hospitales de nuestro entorno más inmediato de la Unión Europea y en América.

La denominación de este puesto sí que ofrece diferentes opciones, más o menos ligadas a las posibles particularidades del mismo: Director Gerente, Gerente, Director, Director General, Director Médico, Coordinador, Presidente, Consejero Delegado, etc. Pero en ningún caso esa denominación alteraría de manera relevante la conveniencia y necesidad organizativa última de disponer de una persona al frente de un hospital, que es una organización donde la intensidad en las relaciones humanas es elevada, la complejidad de los procesos, enorme y la combinación necesaria de factores para su producción, muy complicada.

Por lo tanto, no parece cuestionable la existencia de un gerente (o como se le quiera llamar) dirigiendo un hospital; desde esa perspectiva, no veo riesgo de que desaparezca.

Asunto bien distinto es la desaparición del "modelo gerencial", hacia la cual plantea un interrogante el título de este artículo. Para responder, habría primero que definir qué entendemos por "modelo gerencial", analizar luego cuál ha sido su impacto en el desarrollo de los hospitales españoles y finalmente tratar de aventurar el diseño de los cambios que debería experimentar, si los necesitara, cuestiones todas complejas y condicionadas en parte por la subjetividad de quien las encara.

Tengo la sensación de que por "modelo gerencial hospitalario" muchos lectores entenderíamos la manera en que han sido dirigidos los hospitales públicos españoles después de la reforma contenida en la Ley General de Sanidad y con la publicación del Real Decreto 521/87 de 15 de abril, modelo que básicamente tendría las siguientes características:

- 1) estructura organizativa uniforme para todos los hospitales

- 2) aparato productivo asistencial, docente e investigador muy profesionalizado y altamente cualificado
- 3) aparato directivo poco profesionalizado
- 4) centralización y burocratización
- 5) muy limitada capacidad en la gestión de recursos humanos, en aspectos como selección e incentiviación.

Este “modelo”, a pesar de venir definido por características en cierto modo restrictivas, ha permitido un enorme desarrollo en la asistencia hospitalaria española en sus quince años de existencia, encajando la universalización del derecho a la asistencia hospitalaria, la integración de múltiples redes asistenciales públicas en un sistema nacional único y ofreciendo unas prestaciones de un alto nivel científico y tecnológico, como así reconocen instituciones supranacionales y nosotros mismos, cuando tenemos ocasión de visitar otros países y compararnos. Y además, todo ello ha sido posible manteniendo un crecimiento del gasto sanitario dentro de los márgenes de sostenibilidad exigibles para hacer el modelo viable a medio y largo plazo, y con cierto margen aun de crecimiento en términos de porcentaje de PIB.

No parece un mal balance, aunque el trayecto no ha estado exento de tensiones, algunas de ellas realmente fuertes.

Si esto es así, por qué entonces cuestionar el “modelo gerencial hospitalario”, situándolo en una pendiente de deslizamiento hacia su eventual desaparición, en la forma en la que lo conocemos.

En mi opinión, se han producido (y se seguirán produciendo) cambios en la sociedad española y también en el sec-

tor hospitalario que hacen que el modelo gerencial tradicional empiece a “hacer agua” y poco a poco vaya mostrando cierto grado de decadencia y obsolescencia para hacer frente a los retos del hospital español del siglo XXI.

El *ciudadano español* tiene un nivel de exigencia ante los servicios públicos que se va incrementando lógicamente y afortunadamente. Está mucho mejor informado, quiere participar en las decisiones que afectan a su asistencia y tolera mal las demoras. Espera que la asistencia que le presten sea personalizada y respetuosa con sus particularidades. Además dispone de menos tiempo para ir al hospital, porque trabaja, como su pareja. Está poco dispuesto a asumir un incremento de presión fiscal, si no es a cambio de una mejora relevante y tangible de los servicios que recibe. Entiende mal que su padre, que ya es pensionista, no tenga un centro de convalecencia público y gratuito, donde acabar de recuperarse de una intervención, y deba ser atendido en casa, donde no disponen de tiempo, medios y metros cuadrados para ello.

El *profesional*, que al llegar al hospital le regala a éste 10 años de motivación probablemente no correspondida, está dispuesto a aumentar su nivel de compromiso, a cambio de reconocimiento en dinero o en tiempo para su familia o para el mantenimiento actualizado de sus conocimientos. Le desmotiva mucho ser tratado exactamente igual que el que muestra desinterés. Valora mucho cierta autonomía en su cometido diario, aunque ésta vaya aparejada con más responsabilidad sobre los resultados que se le piden. Es capaz de entender, compartir y pelear por administrar eficientemente la “limitación de los recursos”. A los 10 años de trabajo en el hospital algunos descubren la comodidad del discurso sobre “lo que yo podría hacer si me

dieran..." frente al más implicado de "lo que puedo hacer con lo que tengo". En ese momento, que suele coincidir con un período crítico de su vida personal, comienza a mirar alrededor del hospital, donde suele encontrar alguna alternativa, estimulante aunque solo sea en el plano económico, en la iniciativa privada.

El *gestor del hospital público español* es un titulado universitario que está poco profesionalizado en la gestión hospitalaria. No ha pasado por un proceso específico de capacitación reglada que estuviera tutelado por la administración para la que trabaja y que lo acreditara para el ejercicio. Sus habilidades y conocimientos han sido adquiridos en la experiencia previa que pueda haber tenido en puestos intermedios, que le sirvieron de "trampolín" y en los cursos que voluntariamente haya querido y podido hacer, con o sin financiación de soporte para ello. Su acceso al puesto de gestor está relacionado casi siempre con un cambio en la esfera política, una promoción del anterior, que deja libre el puesto a su "segundo de abordo" o también con una crisis interna sufrida por su predecesor. No es frecuente acceder a un puesto de gestor porque el anterior incumpliera reiteradamente y de manera inexplicable, los objetivos que le fueron asignados. El acceso al puesto se produjo sin un procedimiento medianamente reglado de selección, o en función del tipo de objetivos que el hospital debería alcanzar. Generalmente su "estancia media" en un hospital es corta y su relevo del puesto suele responder a causas muy similares a las que le permitieron el acceso al mismo.

No obstante lo anterior, yo pienso que el nivel general de capacitación directiva actual en los hospitales públicos españoles es buena o muy buena, en función de la experiencia acumulada

durante estos últimos quince años y de la creciente sensibilización sobre la ineludible necesidad de conocer y dominar el contenido doctrinal de la alta dirección de empresas y de hospitales.

En mi opinión, es precisamente en ese nivel del gerente del hospital donde confluyen dos fuerzas opuestas, de difícil armonización:

- por un lado: **las demandas de flexibilidad**

- las nuevas exigencias planteadas por el ciudadano en el hospital, que alcanzan directamente al profesional, que las traslada al directivo, cuando no le llegan a él directamente
- la sensación de desmotivación del profesional que no se ve correspondido en sus deseos de ser más dueño de lo que hace a cambio de responder con riesgo, de sus resultados

- por otro: **la rigidez normativa**

- la administración general, preocupada por la observancia de procedimientos administrativos que no necesariamente añaden valor a los resultados, y que todavía conserva algunos "tics" centralizadores y controladores
- la administración sanitaria, sujeta a las regulaciones laborales y de normalización organizativa, muy presionada por los agentes sociales, alérgicos a medidas que resten regulación aunque garanticen la participación

No debería deducirse de la dialéctica anterior la opinión del autor de que en el escenario hay "buenos" (los hospitales bienhechores, ávidos de cambios

imprescindibles que aseguran mejora inmediata) y "malos" (la administración, impenetrable a concesiones que frenan el desarrollo) ni mucho menos. Solo a efectos de síntesis expositiva, se ha dibujado una cierta polaridad, que en la realidad no es tan nítida ni mucho menos, creo yo. Gracias al rigor y profesionalidad de la administración, en el más amplio sentido del término, con la ineludible colaboración de los agentes sociales, y otros agentes, en España disponemos de un sólido, ordenado, transparente y muy bien aceptado sistema de salud, que engloba también a los hospitales. De esa manera hemos ido transitando por esos últimos quince años, y ningún tropiezo, que los ha habido, nos ha impedido levantarnos y continuar por el camino correcto, a un ritmo adecuado.

Lo que si puede deducirse es que, en mi opinión, esa tensión de las fuerzas opuestas de la que hablaba más arriba, ya ha alcanzado el grado necesario para producir una crisis y transición hasta un nivel superior de equilibrio, que será, como todos los equilibrios en la vida, también inestable, pero de mejor calidad que el anterior. Eso pasa siempre cuando se quiere evolucionar.

Hay movimientos claros en el sector que apuntan, me parece que inequívocamente, en el sentido de cambio, y que han sido y están siendo protagonizados por la administración, lo que demuestra su sensibilidad en la resolución de la tensión expuesta.

Muy recientemente hemos asistido al nacimiento de Leyes autonómicas de ordenación sanitaria que diferencian claramente entre las funciones de financiación y aseguramiento, compra y finalmente provisión, que expresamente hablan de "competencia regulada". Este posicionamiento no puede mantenernos indiferentes, ya que para materializar el derecho del ciuda-

dano a elegir habrá que ofertar al proveedor la posibilidad de diferenciarse, lo que exige cierto grado de flexibilidad regulada en la oferta.

Con un nivel de aceptación variable, en función de factores que escapan al contenido de este artículo, la realidad es que existen ya Hospitales en España que se gestionan bajo la fórmula de Fundación o de Sociedad Anónima Pública y existe la posibilidad normativa de convertir en Fundación Pública Sanitaria al hospital con modelo tradicional que así lo desee. Ya está ensayado el modelo de concesión administrativa con pago capitativo público para la asistencia hospitalaria de un área de salud.

De puertas para adentro, en el hospital existe la posibilidad de gestionar la investigación a través de Fundaciones o de crear institutos que agrupen áreas de conocimiento médico afines para presentar al paciente una cara única. Bien es cierto que los resultados de estas experiencias son aun poco conocidos y existe escasa evidencia disponible de su utilidad real.

Finalmente la Gestión Clínica de un servicio o sección está calando claramente en la organización productiva de los hospitales, y nadie duda de la utilidad potencial de esta herramienta en la búsqueda de la efectividad y la calidad del servicio (eficiencia) así como en aumentar la motivación de los profesionales.

No obstante todo lo anterior, yo creo que la gran asignatura pendiente para el grueso de los hospitales públicos españoles sigue siendo la inexistente dirección y gestión de Recursos Humanos frente a la actual y raquítica "administración" de personal. Aspectos tan nucleares de esta dirección y gestión, como son la selección recíproca (hospital elige profesional y pro-

fesional elige hospital), la incentiva-
ción objetiva positiva o negativa por
resultados y la flexibilidad horaria, si-
guen siendo cuestiones poco aborda-
bles, que despiertan aun muchos re-
celos en todos (profesionales, admi-
nistración y sindicatos), por más que
todos seamos capaces de entender la
necesidad perentoria y objetiva cuan-
do tomamos distancia.

En mi opinión, éste de los Recursos
Humanos es el núcleo duro de la deca-
dencia y obsolescencia del modelo ge-
rencial hospitalario español, mucho
más constrictor que la personalidad ju-
rídica del hospital o cualquier otra nue-
va fórmula de gestión que ideemos.

En el camino de la reforma en la direc-
ción y gestión de recursos humanos
dos han de ser los principios que pre-
sidan los cambios: transparencia y con-
fianza.

- Transparencia, que asegure la
adopción de decisiones con crite-
rios objetivos y científicamente

probados, basadas en datos, he-
chos y cifras, bien alejados de las
emociones y las percepciones. Es-
tas decisiones deberán ser todo lo
participadas que se quiera pero
deberán ser posibles.

- Confianza en la legitimidad, profe-
sionalidad y rigor de las actuacio-
nes que lleven a cabo los agentes
implicados en la gestión y direc-
ción de los recursos humanos invo-
lucrados en el funcionamiento de
los hospitales.

Yo creo que el freno a esas reformas
ha radicado en el recelo a una gestión
poco transparente y en la falta de con-
fianza que se tiene en los actores que
la protagonizarían. Pero también me
parece que está ya próximo el mo-
mento en el que la madurez democrá-
tica de España permita generar un cli-
ma de transparencia y confianza que
posibilite la transición a un nuevo mo-
delo, basado en la autonomía y la res-
ponsabilidad.

??????????

Los protagonistas