



## **Estilos de gestión y modelos de organización**

Jesús Martino Sánchez Martínez  
*Hospital de Albacete*  
*Director Gerente*

Han transcurrido más de 15 años desde la instauración del llamado modelo gerencial en nuestros Hospitales. En 1985 se contempla por primera vez la figura del Director Gerente en la estructura de dirección. Ese mismo año se efectúa por empresas externas al Sistema el proceso de selección de los profesionales más adecuados, de acuerdo a un perfil determinado, con los que construir los Equipos de Gestión. Seis años después (1991) un amplio comité de expertos, de dentro y fuera del Sistema Sanitario, elaboraron el llamado "Informe Abril" tras un detenido análisis y evaluación del Sistema Sanitario Público. En él se dedica la correspondiente atención al sistema de gestión de los Hospitales y valora los resultados hasta aquel momento.

Es ahora la Fundación Signo, quien a través de este monográfico, nos invita a reflexionar y hacer balance del sistema de gestión de nuestros Hospitales en los últimos años y que irremisiblemente va ligado a los resultados globales de nuestro Sistema Sanitario.

¿Desaparición del modelo gerencial?: Por supuesto que no. Un respeto al pasado y sus logros.

Otra cosa muy distinta y absolutamente necesaria es que cambie, se adapte y propicie el cambio de modelo de Organización que nuestros Hospitales necesitan. Al tiempo que se valore la incorporación de fórmulas y modelos de gestión más ágiles y operativos, que hagan recuperar la confianza de todos los profesionales en la capacidad resolutoria de su Organización.

### **Características de la situación en el momento de su implantación**

La llegada de los nuevos equipos gerenciales a nuestros Hospitales se produce en unos momentos en que está consolidándose en nuestro país un cambio político y social que prioriza el estado de bienestar donde la Salud es considerado un bien esencial y preferente. Al mismo tiempo impera una gran preocupación por el crecimiento del Gasto que ocasionan los servicios sanitarios. Preocupación que afecta y comparten de igual manera todos los países europeos donde el estado de bienestar es considerado un pilar de su modelo de sociedad, pero que afecta de manera similar a todos los Sistemas Sanitarios del mundo. Por otra parte en nuestro medio se piensa

en extender la cobertura de la Atención Sanitaria a todos los sectores de la población con tendencia a la Universalización. Principio que termina consolidándose junto a los de Solidaridad y Financiación Pública de los Servicios Sanitarios. Nos encontramos pues con una política de Contención de Costes como medida para afrontar el Incremento del Gasto por una parte y por otra con un aumento de población con derecho a ser atendida.

Las Instituciones Sanitarias a gestionar son un conjunto de Servicios Asistenciales, con un mínimo apoyo logístico que conforma su estructura de Administración, que producen sin previsión ni planificación y carentes de conciencia de Organización global ni mucho menos de Empresa y herméticamente cerradas al exterior: otros niveles de Atención, otros profesionales y usuarios. Los profesionales médicos, sobre todo los Jefes de Servicio y de éstos los más prestigiosos o carismáticos, son los que marcan el ritmo y sentido de desarrollo de los Hospitales. Y por supuesto desconfían, o cuando menos se muestran escépticos, ante la nueva figura gerencial, sus fórmulas y su preparación para dirigir un **hospital** "que nunca debe ser considerado como una **empresa**".

A este medio y con el entorno social y económico descrito llegan los equipos gerenciales: con el objetivo de aplicar una política de contención de costes, impuesta por la realidad internacional; dotar de estructura organizativa a los Hospitales y planificar su actividad con el fin de dar respuesta al aumento de demanda previsto; introducir como guías de trabajo la Efectividad, Eficiencia y Equidad pensando en el usuario.

Las herramientas con las que cuentan estos nuevos equipos gerenciales son: Un Real Decreto sobre estructura, or-

ganización y funcionamiento; el mismo modelo de financiación y asignación presupuestaria: anualmente y siempre por debajo del gasto real del ejercicio anterior (con el fin de garantizar sistemáticamente el deslizamiento correspondiente); y una mezcla de curiosidad, ilusión y confianza en el Sistema Público a la vez que aceptar el desafío que suponía una nueva forma de trabajo que obligaba al aprendizaje y el estudio de nuevas artes que seguro ayudarían a solventar esta difícil ecuación: con lo mismo o creciendo poco hay que hacer más y mejor.

Fruto de esta situación es la gran preocupación de los equipos gerenciales:

- Por calcular capacidad de producción y medir los resultados.
- Por incidir en los consumos y sobre todo de recursos humanos.
- **"Optimizar"** es la palabra dorada.

Para lo cual no hay más remedio que, contando con lo que tenemos:

- Mantener el centralismo como modelo de Organización.
- Reforzar la estructura jerarquizada como vía de comunicación y polea de transmisión.
- Aprovechar al máximo lo que dé de sí la rigidez administrativa a que estamos sometidos.
- Hacer malabarismos con las escasas oportunidades de incentivación y motivación de que disponemos. (No pasará mucho tiempo en que se ponga de manifiesto lo desfasado incluso del modelo retributivo básico).

Aún en estas condiciones y tras una primera etapa de trabajo de estos equipos gerenciales es preciso reco-

nocerles unos logros que aún hoy perviven y han propiciado el desarrollo de sistemas y herramientas de gestión más precisos. Estoy haciendo referencia a:

- La instauración en los Hospitales de los Servicios de Admisión, Documentación Clínica y Atención al Paciente. Que han permitido el desarrollo de:
- Los sistemas de Información de los Hospitales, Cuadros de Mando, CMBD: previo para los sistemas de agrupación de pacientes.
- Sistemas de gestión de pacientes en todos sus ámbitos: de camas, consultas y Servicios Centrales, C.M.A., Hospital de día; registro de Listas de Espera.
- Preocupación por la opinión de los usuarios, su canalización y resolución.
- Preocupación por la seguridad, mantenimiento y hostelería como forma de abordar y mejorar la Calidad Total.
- Desarrollo, en el Área Económica de sistemas que mejoran desde las compras a la gestión de stocks y sobre todo desarrollo de sistemas de información sobre consumos relacionándolos con la actividad asistencial: primeras piedras del desarrollo de la Contabilidad de costes por Servicios.

### Primera evaluación

Seis años después y a cargo de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud constituida con este fin y con el de hacer propuestas de mejora. La Comisión valora las condiciones descritas anteriormente como negativas: tanto el modelo de

organización como la falta o lo inadecuado de las herramientas de gestión del modelo en un Sistema Sanitario como el actual (crecimiento de la demanda, nuevas tecnologías que siguen encareciendo las prestaciones, imposibilidad de dar respuesta a las inquietudes de desarrollo de los profesionales...) y que sigue generando bolsas de ineficiencia.

Sus recomendaciones en grandes líneas indican la conveniencia de separar financiación de provisión, asignación de presupuestos más reales para los Hospitales, dotar a los gestores de herramientas más ágiles que permitan autonomía y persigan mayor calidad y eficiencia, participación de los profesionales y conciencia de costes.

En los años siguientes termina por instaurarse la separación de financiación, provisión de servicios y comprador; dentro de un modelo integrado. Se buscan fórmulas para asignar presupuestos más realistas a los hospitales: se clasifican según tamaño y niveles de complejidad. Se intenta establecer unidades de medida del producto sanitario (U.P.A.) a las que se asigna un peso y un precio determinado con el fin de dimensionar las cantidades que como "ingresos" deberían recibir los Hospitales según tipo y cantidad de UPAS generadas. Una aproximación más a lo razonable y real. Los hospitales tienen que pactar con la "entidad compradora" una cantidad de actividad a realizar que a un precio determinado le garantiza unos ingresos que suponen la mayor parte de su presupuesto. Dos elementos novedosos: La **UPA** como sistema de medida para dimensionar la financiación y el **Contrato de Gestión** como compromiso y elemento motivador para los equipos gerenciales que les obliga a unas formas de trabajo en las que deben desarrollar herramientas y fórmulas con las que aprovechar la in-

mensa cantidad de datos que ya generan los sistemas de información de los Hospitales, donde se sigue trabajando en la aproximación al coste por Servicio y por GDR. (En los últimos años ya se ha explotado la información de los distintos Hospitales y Servicios aprovechando este sistema de clasificación y agrupación de pacientes).

A los resultados de este sistema de gestión y mínimos cambios consiguiendo en la Organización, se asocia la contención del crecimiento que experimentó el Gasto Sanitario a mediados de los 90.

¿Han sido estos últimos los mejores años del llamado gerencialismo?

¿Está el modelo gerencial agotado?

Lo que claramente no funciona y está agotándose es el modelo de Organización de nuestros Hospitales. Los profesionales demandan algo distinto que les permita un desarrollo más acorde con sus habilidades e inquietudes. La sociedad y sus valores también ha cambiado y demandan más y mejor.

Posiblemente si somos capaces de rediseñar nuestras organizaciones ajustándonos a las demandas de la realidad actual: Orientadas a las necesidades y criterios de nuestros clientes y pensando en los profesionales que tienen que prestar los servicios, conseguiremos simultáneamente la adaptación y conversión de las formas de gestión.

### **Momento actual y Rediseño de la Organización Sanitaria**

Acaba de cerrarse el proceso de transferencias en materia de Sanidad a todas las CC.AA., lo que garantiza la

autonomía de gestión de los distintos Sistemas Regionales de Salud y la estructura Organizativa más adecuada a la realidad y posibilidades de cada territorio en busca de un mejor servicio a sus ciudadanos. Por otra parte se estrena un sistema de financiación para hacer frente a estas responsabilidades y al parecer ventajoso en estos primeros 4-5 años.

Autonomía de gestión: que garantiza más proximidad a la realidad y por tanto más eficacia y equidad frente al centralismo. Mejores posibilidades de financiación a los proveedores de servicios con los que habrá que contratar la cantidad y nivel de complejidad según su capacidad y con la unidad de medida de producto más adecuada.

¿Qué hacer mientras en los Hospitales?

Seguir la evolución del Sistema "macro" y continuarlo a nivel de Centros. Reconozcamos que el actual modelo de Organización y de gestión están agotados. Aprovechemos las inquietudes actuales y las teorías emergentes: Descentralización y participación. Coordinación de Niveles. Y gestión de lo Esencial, gestión del Conocimiento.

Por un lado una atención de Calidad (Eficiente y Efectiva) debe hacerse desde la Evidencia más actual, como forma de afrontar la evolución constante de las distintas tecnologías sanitarias; apoyarse además en la elaboración de Vías Clínicas que intenten neutralizar los efectos adversos de la variabilidad clínica y garanticen la continuidad de la atención a expensas de un abordaje multidisciplinar y coordinado con la Atención Primaria. Esto solo es posible desde Unidades Funcionales que fomenten y aprovechen las habilidades y ciencia de los profesionales, es decir su conocimiento; gestionadas con autonomía pero to-

talmente integradas en la Organización y sintiéndose partícipes de la misión de la misma. Unidades de Gestión Clínica que, como células del conjunto, pueden garantizar la Calidad y la Excelencia de una Organización que centrada en lo mejor para sus clientes es a la vez capaz de motivar y dar participación a sus profesionales. Sin olvidar que el Hospital como Empresa y Organización está siempre por delante de cualquier Unidad Funcional y éstas por delante de los intereses personales de cualquier profesional.

Por el lado de los estilos de dirección:

- Autonomía, delegación, y participación progresivas frente al centralismo y jerarquización vertical de arriba abajo del gerencialismo tradicional.
- Frente a la rigidez administrativa, buscar fórmulas que permitan una gestión más ágil. Por qué no volver a plantearse nuevas fórmulas, que dentro del abanico jurídico y normativo en vigor, nos permitan salir del encorsetamiento que nos demandan tanto el mercado como las necesidades de incentivación.

Por último pero de vital importancia en el diseño de la nueva organización y entre las prioridades de los equipos gerenciales: la preocupación por la formación continua y la investigación. Sin ellas no hay evidencia científica, ni habilidades actualizadas: no habrá

conocimiento que gestionar ni servicios de calidad que prestar.

### **Bibliografía consultada:**

1. Informe SESPAS 2000. La Salud Pública ante los desafíos de un nuevo Siglo: IV El Sistema de Atención de Salud; V La Investigación el Desarrollo y otros objetivos. Carlos Álvarez Darder, Salvador Peiro. Escuela Andaluza de Salud Pública.
2. El Sistema Sanitario Español: Informe de una década. G. López y Casanovas, V. Ortún, C. Murillo Fort. Fundación BBVA.
3. Cambios y Reformas en los Sistemas y Servicios Sanitarios. Curso de Experto Universitario en Gestión de Unidades Clínicas. José Ramón Repullo Labrador. U.N.E.D. Escuela Nacional de Sanidad.
4. Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. Julio 1991.
5. Gestión Clínica: Gestión de lo esencial como una estrategia de reforma en el Sistema Nacional de Salud. F. Sevilla Pérez. Rev. Adm. Sanitaria.
6. Las 4Cs de la Gestión del Conocimiento: Comunicación, Cultura, Conocimiento y Capital Intelectual. Andrés Caballero Quintana. CEF-GESTIÓN. Mayo 2001.

