



Gerente sí o gerente no, ¿ésta es la cuestión?

Paloma Alonso Cuesta
*Subd. Gral. de Relaciones Internacionales
Ministerio de Sanidad y Consumo*

Comenzaré esta exposición con un decálogo sobre las razones que justifican la existencia de un gerente. Esta figura permite:

- Despachar con un único representante institucional.
 - Inculpar a un solo individuo de todos los males que padece el hospital.
 - Dificultar la toma de decisiones mediante movimiento asambleario.
 - Servir de chivo expiatorio en situaciones de crisis.
 - Prescindir de sus servicios sin dar explicaciones.
 - Apagar fuegos generados en otro sitio.
 - Contar con un todo-terreno, "abierto hasta el amanecer".
 - Adaptarse a frecuentes cambios en un tiempo récord.
 - Interpretar lenguajes plagados de acrónimos.
- Estar agradecido y satisfecho de ser gerente, sin saber porqué.

Me he permitido la licencia de comenzar con esta boutarde para afirmar que considero improbable cualquier riesgo de desaparición del modelo gerencial. ¿Quién asumiría todas estas funciones si no existieran los gerentes?

Otra cuestión distinta es que el modelo gerencial en general, y el hospitalario en particular hayan sufrido sucesivas transformaciones en las dos últimas décadas. En España, este cambio ha sido aún mayor que en otros países, como consecuencia de múltiples factores. Entre ellos destacan los siguientes: la instauración de la democracia, la entrada en la Unión Europea, las reformas de la administración pública y de los cuerpos funcionariales del Estado, la introducción de los contratos programa en distintos ámbitos de la gestión pública, las mejoras en las redes de comunicación y en las tecnologías de la información.

La renovación, que estos aspectos han producido en la sociedad española, ha conllevado repercusiones en el sector sanitario. Baste recordar que la

Ley General de Sanidad, amparándose en el constitucionalmente reconocido derecho a la protección de la salud, creó el Sistema Nacional de Salud. Dicha ley establecía la figura del Gerente del Área de Salud. No obstante, 16 años después de promulgada dicha norma, son escasos los directivos sanitarios con esta denominación. A pesar de ello resulta previsible que en el futuro vaya incrementándose el número de gerentes de área de salud, siempre y cuando los contratos de gestión se establezcan por áreas de salud (incluyendo el sector sociosanitario) y con financiación capitativa.

Hasta ahora, las circunstancias citadas anteriormente han producido modificaciones en el estilo de dirección hospitalaria. Hemos evolucionado desde posiciones de "orden y mando" impositivas y controladoras, tachadas de tailoristas, a posiciones más participativas, con organigramas menos jerárquicos y mayor descentralización de la gestión. A los gerentes actuales se les reconoce la "autoritas" que no la "potestas". Es decir, pueden condicionar la conducta de las personas a su cargo, en virtud de que su autoridad o fuerza moral sea reconocida y no mediante la imposición de su parecer por medios coactivos. El gerente actual precisa de una alta capacidad de influencia para inducir determinados comportamientos éticos en las personas de su organización con el fin de dar respuesta a las expectativas sanitarias de los ciudadanos y alcanzar los resultados previamente establecidos.

Es preciso señalar cual ha sido la evolución del concepto de la ética en el campo de la salud. Actualmente el personal sanitario no justifica moralmente su actuación únicamente por los principios de beneficencia y no maleficencia, sino que ha de considerar también las opciones del paciente (principio de autonomía) y los recur-

sos disponibles (principio de justicia). En este sentido, el reto que deben afrontar los gerentes consiste en implicar a toda la organización para que el paciente esté bien informado, se respete su decisión respecto al tratamiento que desea recibir, se le garantice su intimidad y se evite el empleo inapropiado, inadecuado, excesivo o irreflexivo de los recursos.

Para asumir este desafío los gerentes precisan estar bien formados, contar con habilidades negociadoras, tener liderazgo y mostrar capacidad de comunicación.

Con respecto al primer punto es preciso señalar que la gestión hospitalaria se ha profesionalizado en los últimos años como consecuencia de:

- la realización por los directivos de cursos específicos de este tema,
- la permanencia en estos puestos de personas con varios años de experiencia en su haber,
- la introducción de los contratos programas y la evaluación anual de su consecución.

Sin embargo se podrían introducir determinadas medidas en aras de conseguir mayor especialización, tales como:

1. La modificación de los programas de formación para directivos hospitalarios, que en la actualidad adolecen de exceso de teoría y falta de práctica. Deberían de incluir un período obligatorio de residencia junto a un gestor experimentado, previamente acreditado para impartir docencia (Gerente Interno Residente).
2. La posibilidad de arbitrar medidas que garanticen la capacitación continuada en gestión. Sería preceptivo que los directivos participaran en

foros nacionales e internacionales, publicaran alguna experiencia gestora del hospital, solicitaran proyectos de investigación en este campo, presentaran candidaturas a reconocimientos científicos y a premios, visitarán otros centros o servicios con experiencias innovadoras. Por tanto, se trataría de compartir e intercambiar experiencias con otros directivos, al menos una vez al año.

3. La necesidad de evaluar periódicamente el desempeño de su función es absolutamente imprescindible si se quiere profesionalizar estos puestos. Es preciso que los contratos de los gerentes incluyan una cláusula anual de revisión de modo que, la continuidad en el cargo o la rescisión de su contrato dependa de la obtención o no de una cuenta de resultados favorables. La dificultad estriba en la localización de un método objetivo de valoración. El cumplimiento del contrato de gestión en todos sus términos, tanto asistenciales como económicos, podría ser el instrumento de evaluación, siempre y cuando exista transparencia y objetividad en los criterios de negociación, fijación de objetivos y asignación de recursos. La utilización de factores subjetivos o de otra índole en el nombramiento o el cese del gerente repercute negativamente y menoscaba la credibilidad de esta profesión.

En lo relativo a la negociación, el gerente, diariamente, tiene que desarrollar esta habilidad ante múltiples interlocutores: compradores de servicios, suministradores de bienes y servicios, representantes laborales, responsables de unidades o de áreas clínicas, autoridades locales... Ahora bien, es preciso añadir que en muchos casos no ha existido transferencia real de riesgo. Sin ir más lejos, los acuerdos salariales y sindicales se han centrali-

zados en los compradores de servicios sin intervención alguna de los gerentes, marcando la pauta de la acción gerencial.

Para llevar a cabo con éxito este aspecto, se requiere disponer de un sistema de información adecuado que evite la asimetría y el riesgo moral en las negociaciones. Dicho sistema recogería la información clínica, económica, de gestión de calidad, de condiciones laborales y medioambientales, de compras y contratación, tanto de la propia institución como de organizaciones similares, con el fin de establecer comparaciones.

El liderazgo es un concepto difícil de definir dadas las diferentes acepciones que tiene el término. ¿Cómo medir si un gerente posee esta cualidad? ¿Qué requerimientos serían necesarios para ser un líder?

El modelo de excelencia de la "European Foundation for Quality Management" define el liderazgo en su criterio 1 como *"el modo en que los directivos y mandos intermedios desarrollan y facilitan la consecución de la misión y de los valores necesarios para alcanzar el éxito a largo plazo e implantan todo ello en la organización mediante las acciones y los comportamientos adecuados, implicándose personalmente para conseguir que el sistema de gestión de la organización se desarrolle e implante"*.

Fundamentándose en este concepto, un estudio (feedback 360 grados) en el que participaron más de siete mil personas pertenecientes a cincuenta empresas españolas analizaron la capacidad de liderazgo de los directivos. Para ello se utilizaba un cuestionario "hecho a medida" que recogía las características del líder ideal para el entorno de una determinada empresa. Posteriormente, se solicitaba la cum-

plimentación del mismo al propio directivo (con el fin de medir su auto-percepción o autoevaluación de su estilo de dirección), a sus colegas (mismo rango), a sus colaboradores (personal dependiente de él) y a su inmediato superior. Con las puntuaciones dadas a cada variable se elaboró un promedio.

De los resultados obtenidos se desprende que las cualidades positivas del directivo español son: la honestidad y ética de sus actuaciones, el comportamiento respetuoso y su capacidad para comprometerse con los objetivos de la empresa. Por el contrario, los aspectos en los que necesita mejorar son: su capacidad para delegar tareas, el tiempo que dedica a sus colaboradores y la capacidad para facultar a los demás en la asunción de responsabilidades y la toma de decisiones. En cuanto al sexo, la imagen que la mujer tiene de sí misma es inferior a como la ven los demás (se infravalora); lo contrario sucede en el caso de los hombres (se sobrevalora).

No se ha efectuado un estudio similar específico en el sector sanitario. No obstante, de las autoevaluaciones con el modelo de excelencia EFQM llevadas a cabo en hospitales se desprenden conclusiones similares. Las puntuaciones más altas se alcanzaban en el criterio 9, resultados clave para la organización, totalmente relacionados con el cumplimiento de los contratos de gestión. Por el contrario, los criterios con menores puntuaciones fueron los correspondientes a personas, resultados en personas y los sub-criterios de liderazgo relacionados con el "empowerment" (capacidad para facultar al personal a la hora de asumir responsabilidades y tomar decisiones en su área, es decir delegación de funciones).

De dichos estudios se desprende que el directivo es participativo pero se re-

siste a delegar funciones que podrían desempeñar eficazmente otros miembros de la organización. El miedo a los errores, la falta de confianza o la idea de que él puede hacerlo mejor, condicionan su intención de delegar.

En el campo sanitario, la descentralización de las decisiones de los compradores de servicios a los gestores hospitalarios y de éstos a los responsables de unidades, áreas clínicas o institutos ha mejorado ostensiblemente en los últimos tiempos con el impulso de la gestión clínica. A pesar del aplanamiento de los organigramas, de los resultados de la autoevaluación con el modelo de excelencia EFQM se desprende que ese despliegue no ha sido completo. No ha alcanzado al personal situado por debajo de los mandos intermedios.

Para mejorar este aspecto sería recomendable que todas las personas con puestos de responsabilidad siguieran las recomendaciones del modelo de excelencia EFQM referente al cliente interno de la organización hospitalaria: reconocimiento profesional, política de incentivos (no solo mediante retribuciones económicas sino también mediante formación continuada e inversión en equipamiento), realización de encuestas de clima laboral que permitan conocer el grado de satisfacción percibida por el personal, el "empowerment" (o delegación) y motivación.

En una sociedad mediática como la actual, en la que los medios de comunicación tienen un fuerte impacto en la opinión pública, el gerente debe estar dotado de capacidad de comunicación. En las encuestas y sondeos de opinión sobre la imagen que la población tiene sobre los servicios sanitarios públicos se comprueba que los ciudadanos que contactan frecuentemente con los mismos, mues-

tran una satisfacción mucho mayor que aquellos que nunca han sido atendidos en ellos. Este hecho solo puede ser atribuible a una escasa o inexistente política de comunicación.

La comunicación externa llevada a cabo por los gerentes hospitalarios, se ha efectuado, en la mayor parte de los casos, por crisis y sobresaltos. El director ha actuado con posterioridad a la publicación o emisión de una noticia negativa con respecto a su hospital. En contrapartida, las situaciones favorables o positivas que a menudo se producen en los hospitales, no son difundidas a los medios. Son pocas las ocasiones en las que los gerentes han desarrollado e implantado un plan de comunicación que conlleve una política activa y continua de transmisión de información a los medios de comunicación y de participación en los mismos.

Tan deficitaria como la externa es la comunicación interna vertical y horizontal. Los gerentes suelen recurrir a los cauces de comunicación formal que representan los mandos intermedios. Esta forma de comunicación es indispensable, pero requiere ser complementada con otra serie de actuaciones entre las que se encuentran: la comprobación de que el mensaje ha sido interpretado correctamente y que ha descendido a todos los destinatarios, la utilización de otras alternativas y canales informales y la implantación de medidas que garanticen la retroalimentación informativa.

A este respecto, es recomendable que el gerente abandone el despacho, recorra el hospital, acuda a las sesiones clínicas y reuniones periódicas de los servicios y órganos de participación, haga uso de la intranet y las nuevas tecnologías como la videoconferencia, en definitiva, que el ente virtual se troque en real.

Para finalizar, contestando a la pregunta inicial, espero haber disipado mediante esta exposición la duda existencial sobre la figura del gerente. Este cargo no es una especie en vía de extinción que necesite ser protegida. La cuestión radica en saber adaptarse a los nuevos requerimientos de un entorno cambiante, implicando a toda la organización en la satisfacción de las expectativas de los ciudadanos. El modelo de excelencia EFQM puede ser un buen referente, no solo para llevar a cabo una gestión de calidad sino también para obtener calidad de la gestión.

Bibliografía consultada:

- Alonso, P. Ponencia "el papel de los gerentes en el hospital actual". X Congreso Nacional de Hospitales. Sevilla. 1997.
- Castells, M. La sociedad red. Vol. I. Alianza Editorial. 1998.
- European Foundation for Quality Management. Evaluar la Excelencia-Guía Práctica para la Autoevaluación. Madrid: Club Gestión de Calidad, 1999.
- European Foundation for Quality Management Modelo Efqm de Excelencia- Sector Público y Organizaciones del Voluntariado. Madrid: Club Gestión de Calidad, 1999.
- Sánchez, E.; Darpón, J.; Villar. F.; Letona, J.; Martínez Conde, A.; González-Llinares, R. De la Gestión de la calidad hacia la Excelencia en la Gestión a través del modelo de autoevaluación de la EFQM en una red pública de centros sanitarios. Rev. Calidad Asistencial 2000; 15:177-183.
- Williams, M.; Marin, C.; Byrne. J. Ca-

pacidad de liderazgo del directivo español. The Washington Quality Group (documento interno). Madrid, 2000.

– Alonso, P.; Rodríguez J. M. Ética y variabilidad de la práctica médica.

Revista de la Administración Sanitaria 2000; 13: 17-27.

– García Pelayo, M. Idea de la política y otros escritos. Centro de estudios constitucionales. Madrid, 1983.