



## **De la desaparición del modelo gerencial al deseo**

Francisco Cárceles Guardia  
*Jefe de Departamento de Atención al Usuario  
y Prestaciones. IB-SALUT  
Ex-gerente de hospital*

Hablaba con un amigo y colega en las lides de la gestión sanitaria sobre las diferentes visiones que cohabitan y a veces tan dispares, dependiendo siempre del prisma interpuesto para su valoración, no podemos olvidar que el ser humano tiene tendencia a quedarse con la información que más le interesa, ignorando y rechazando todo aquello que va en contra de su idea preconcebida.

Por la tanto, bajo mi punto de vista parcial y sesgado, soy consciente, considero y estoy convencido que las dos últimas décadas han supuesto un profundo proceso de transformación macro del Sistema Nacional de Salud, que va desde la aprobación de la Ley General de Sanidad 14/1986 con la universalización y gratuidad de la asistencia para todos los ciudadanos, sin olvidar nuestra Carta Magna y la base de la descentralización de la Sanidad, transfiriendo y aproximando la misma a la Comunidades Autónomas con la culminación del proceso, a falta de Ceuta y Melilla a las 17 Comunidades del Estado en enero del año 2002, ofreciendo un resultado final no desdeñable para establecer un punto de partida.

Pero también a nivel micro, en los diferentes Servicios de Salud y centros proveedores han sido años de búsquedas de modelos en pro de la mejora de la eficacia y eficiencia de los mismos, desde la implementación de la reforma en atención primaria, a la introducción en la red de hospitales de asistencia hospitalaria en ámbitos comarcales, huyendo del capital-centrismo, con la consiguiente mejora que esto ha supuesto, en la accesibilidad para el ciudadano en ambos niveles asistenciales; la separación, en las funciones de financiación, compra y provisión de servicios, facilitando esta última la introducción de nuevos modelos de gestión, en el nivel hospitalario que nos ocupa y en los centros de más reciente implantación sobre todo.

Cambios propuestos y elaborados en la mayoría de los casos, desde las cúpulas de la organización como planificación estratégica de los servicios, pero que a veces se han llevado a cabo de una forma que ha podido pecar de determinista al ir dirigidos a un objetivo primordialmente, mejorar la relación coste-eficacia o contención en el ritmo de crecimiento en gasto sanitario en un escenario de incorporación de avances y nuevas tecnologías. Utilizan-

do un referente mayoritariamente, la adaptación de modelos de gestión empresarial a la gestión pública, como contrapunto a un modelo burocrático jerarquizado y centralizado que de ninguna de las maneras estaba ofreciendo incentivos para el establecimiento de una cultura de producción y consumo acorde con las necesidades reales; donde el consumidor ha ido incrementado su nivel de exigencia, modificándose la relación de agencia paternalista por la necesidad de participación y aproximación de la asimetría de la información y donde los profesionales disponían y disponen de un amplio margen en la asignación de recursos productivos sin una idea consciente del coste y el beneficio extraíble, lo que ha facilitado incorporar nuevas técnicas "avances" no siempre testados en un sistema absolutamente sensible y permeable a toda las innovaciones ofertadas por el mercado y que han supuesto la puesta en marcha de mecanismos de control que llevan asociados un elevado coste, dada la especificidad del conocimiento y no siempre conseguido el objetivo perseguido.

Por lo tanto, me atrevería a clasificar mi experiencia como un período especialmente activo en intercambio de propuestas, posibles modelos, referentes y búsqueda, donde se identificaba la necesidad de cambios necesarios, sensación que sigue existiendo, cambios que a veces han quedado bloqueados al no poderse avanzar en la dirección deseada ya que el producto que se ofrece y genera "mejora de salud" o "no avance de enfermedad", es difícil, pero no imposible de cuantificar o medir resultados-beneficios, pero no es menos cierto que el concepto salud tampoco cuenta con una definición única y útil para todos, por lo tanto suponer que el mero cambio de determinadas reglas del juego, que en ocasiones hemos vivido, produciría cam-

bios en el comportamiento de los diferentes actores no deja de ser una visión parcial a veces clasificada por los diferentes interlocutores de reformas meramente administrativas, al no contar siempre con la participación proactiva de los principales agentes, usuarios y profesionales que hemos dado por supuesta, o no hemos sabido atraer. En conjunto la tarea no ha sido nada fácil, (tampoco es esta la cuestión) al gestionar un entorno de elevada incertidumbre, donde se deben adoptar medidas frente a un problema, para su solución en el aquí y ahora y al menor coste, la mayoría de las veces al nivel individual y no poblacional, aderezado todo ello en un entorno cambiante y en constante evolución, en unos servicios que como apuntábamos antes por su propia naturaleza y la trascendencia de los resultados, no siempre se adaptan a propuestas deterministas que obvian la complejidad de la realidad del entorno.

La experiencia vivida no deja de ser enriquecedora y no limitada, independientemente de determinados corsés como la insuficiente descentralización administrativa micro alcanzada, una financiación no ligada a resultados, el no contar siempre con resultados contrastados a medio largo plazo y la aplicación de políticas de contención del crecimiento del gasto a corto plazo (no siempre exitosas) sin pararnos demasiado a pensar si a medio largo plazo, supondrán un mayor gasto, pero orientado y bajo el principio de beneficencia en pro de la recuperación de la salud, con unos sistemas de información en constante afinamiento en la búsqueda de un medidor del efecto de los servicios sanitarios, en resultados de salud de forma cuantificable y tangible.

Independientemente, de todas las pegadas que podamos efectuar de forma crítica pero constructiva, no invali-

da importantes progresos realizados en la introducción de la cultura de gestión en nuestros centros, insisto, a veces con algún éxito en el nivel de decisión clínica, no podemos olvidar que en el corto período transcurrido de 25 años de existencia del Insalud como órgano gestor de la compra/provisión de servicios asistenciales y los diferentes servicios de salud transferidos, que han ido asumiendo competencias en materia sanitaria, se han realizado esfuerzos para la introducción de instrumentos de gestión de los recursos existentes y también limitados, en pro de la priorización, que van desde la introducción de los contratos programas, simulados en un primer momento para pasar a una vinculación de la actividad y cartera de servicio al presupuesto, con el consiguiente desarrollo de indicadores de actividad, tanto de productos intermedios puros, como ajustados por casuística o los orientados a la agrupación de determinados resultados comparables, entre diferentes centros a través de su case-mix, posibilitando el poder contar con un avance en los sistemas de información sanitaria, y la puesta en marcha de mecanismos introductores para la evaluación de la calidad asistencial dando un paso más en el desarrollo del contrato programa hacia un contrato de gestión, con repercusión en la incentivación añadida desde el año 95 al emolumento de los profesionales sobre la consecución de los objetivos, un intento más, de vincular costes y producción a niveles de centros hospitalarios, pese a que su desarrollo no fue homogéneo.

Todo esto no deja de ser una parte de un todo, más complejo y solo los primeros pasos en la corresponsabilidad de los diferentes actores, sin dejar de constatar que de momento débiles, para la atracción de los actores fundamentales, responsables directos de la asignación del 70% aproximadamente de los recur-

sos sanitarios, los profesionales sanitarios, pero también es de justicia reconocer una mejora en la eficiencia del sistema, aunque sean partes, como casos de reducción en el coste de la producción, mejora de la satisfacción global con los servicios por parte de los usuarios, reducciones en el modulador de la demanda en los sistemas públicos o pago en nuestro caso, listas de espera, mejora en la accesibilidad y propuestas de cambios organizativos orientados a la mejora de la productividad y la orientación al usuario, como experiencias en gestión clínica o la instauración de la gestión por procesos, eso si acompañada la mayoría de las veces de ruidos de fondo repetidos y territorialmente diferentes, con interferencias de "poderes políticos y/o grupos de poder" en la orientación de las decisiones, por otro lado un fenómeno nada ajeno, dado los posibles beneficios políticos derivados de un servicio sanitario.

Por todo ello no me atrevería a vaticinar o suscribir la desaparición del modelo gerencial, no conozco empresa, que a veces hemos querido emular, que carezcan de dirección y sí desearía pensar, que existe la necesidad del mantenimiento de un mínimo continuo en el desarrollo de los instrumentos e iniciativas ya iniciadas y más que la desaparición, la obligación de redefinir el papel de los directivos a directivos profesionalizados (no se duda de la profesionalidad, ni tampoco que no hallan existido o no existan, más bien como concepto a interiorizar para todos), que les permita su incardinación con el conjunto de la realidad en el día a día cotidiano del proceso asistencial, sin distracciones telefónicas que artefacten su principal misión, evitando distanciamientos ya sufridos con los agentes principales, el usuario y el propio profesional.

Concretamente, en nuestro ámbito actual del Sistema Nacional de Salud,

se dan diecisiete realidades distintas con un fin idéntico la asistencia sanitaria, esta aproximación de las decisiones macro y micro a la ciudadanía, añade un interés más, que debe ser aprovechado para una mejora de los resultados, entre otros, el interés político en la obtención de buenos resultados para los ciudadanos, que esperan una correcta gestión de lo que financian con parte de sus impuestos, a su vez demanda en la contraportada, servicio excelente cuando actúa como usuario.

Tampoco podemos obviar que toda ventaja, puede ser una debilidad si se encorsetan determinados planteamientos de gestión, que dependerá de las condiciones que puedan establecerse, por parte del poder político, cuando de la delegación del control de las prestaciones en los servicios sanitarios públicos estemos hablando, y el perfil demandado de los mandos sea "ayudante de" o en forma de títulos de recompensa, como contraportada al de directivos, con una clara definición del desempeño de la función de su cargo y la consiguiente exigencia de responsabilidad.

No deja de ser un momento irrepetible para el desarrollo de la gestión sanitaria, que debería ser asumida por cada uno de los interlocutores en juego, para llegar a buen puerto, reconociendo de entrada que no será posible la consecución de todos los objetivos, en un intervalo de tiempo medido en legislaturas, debiéndose priorizar los resultados en salud de la población sobre los intereses particulares, si esto es así el modelo gerencial deberá definirse atendiendo a la contribución que debe realizar al éxito más amplio de los objetivos establecidos, ser considerado una pieza clave de la organización que desarrolla, ejecutando las decisiones con competencia real, al ser

las mismas de gran calado y precisar una responsabilidad más que asumida, sin olvidar que es una parte más de la organización que debe implicar en el proceso de gestión a los profesionales sanitarios. Siendo preciso contar con una descentralización real de las decisiones ajustadas al marco establecido previamente, otorgándosele un grado real de autonomía con incentivación por su competitividad o desincentivación por su incompetencia, desligándolo de toda mediación que no sea la obtención de objetivos de racionalidad clínica y económica acordadas sin caer en el tópico de las llamadas "empresas excelentes".

La obligatoriedad de tener en cuenta externalidades negativas posibles, derivadas del comportamiento de su gestión, más si tenemos en cuenta la necesidad de la transversalidad de la asistencia, si tratamos al usuario con necesidades multidisciplinares, no debemos olvidar y lo apuntábamos con anterioridad que no siempre se obtienen resultados a corto plazo en gestión, "en una legislatura", pero lo es aun menos en meses, no existe empresa que se precie de contar con un alto índice de rotación de sus directivos, sin embargo los directivos sanitarios públicos están sometidos a una elevada rotación, en ocasiones derivadas de la falta de "confianza" y no de la medida del resultado, lo cual resta credibilidad a todo planteamiento estratégico que intente implicar a los profesionales, debiendo ser otra particularidad a tener en cuenta, cierta estabilidad en el tiempo en función de los objetivos a rendir y no a la lealtad, ya que debe ser contratado para un desempeño específico.

Si de modelo gerencial global y no de cargo gerencial hablamos, la literatura contiene innumerables maneras de estructurar la organización, pero que

duda cabe que en sanidad se hace necesaria la aplanación de la estructura e incorporar de manera real a los responsables directos de la provisión de los servicios sanitarios, en la estructura directiva, porque el énfasis de coste-eficacia debe persistir o rentabilidad de la asistencia sanitaria, pero debe ir acompañado de la disminución de trabas administrativas, que

imposibiliten la atención vista desde la cultura profesional de la atención al usuario integral, reforzando la autonomía profesional mediante el trabajo en equipo con responsabilidad compartida y participación informada del usuario, éste, debe no solo ser el protagonista de la obra, también debe escribir una parte importante del guión.

