



Agotamiento del modelo y nuevas tendencias

José Cuervo

*Segundo Teniente de Alcalde del Ayuntamiento de Barcelona y Presidente del IMAS
Ex-gerente de hospital*

Cualquier modelo, por importante que haya sido, con el tiempo tiende a ser superado, bien sea por agotamiento o por consecución de sus objetivos. El modelo gerencial de gobierno de las instituciones sanitarias no escapa de esta regla general. Este trabajo revisa las aportaciones más destacables del modelo, las razones por las que muestra señales claras de estancamiento y, finalmente, qué tendencias se apuntan para el nuevo modelo emergente basado en el gobierno clínico.

Aportaciones del modelo gerencial a lo largo de los últimos años

En los años 80 el modelo gerencial representó la superación del modelo administrativo tradicional, y consiguió aportar grandes beneficios en capacidad de innovación en el gobierno de los centros sanitarios, en un contexto de escasos recursos económicos y de una administración pública fuertemente burocratizada. La consolidación de estructuras empresariales en los hospitales, con aplicación intensiva de elementos de gestión económica, de dirección de recursos humanos, de externalización de servicios hoteleros y generales, de instrumentos de aten-

ción al público; han ido consolidando un haber que ha conseguido envolver el modelo gerencial de una área de prestigio y transparencia.

El fruto de esta época ha sido la modernización y el desarrollo global del sistema con la aparición de unos centros hospitalarios que han mejorado sustancialmente en estructuras, producción, calidad y satisfacción. Para ser justos, cualquier analista de este período debería aceptar que el modelo gerencial ha contado con algunas sinergias de otras tendencias que han coexistido, como serían la universalización de las prestaciones sanitarias, las inversiones en nuevas infraestructuras y, la más importante, el formidable desarrollo profesional de las especialidades médicas y de la enfermería.

Agotamiento del modelo gerencial

Una de las limitaciones, no implícitas al propio modelo gerencial, ha sido su implantación dispersa en el territorio, con escasas iniciativas para el conjunto del sistema sanitario y con un papel irregular en las distintas comunidades autónomas. Es un hecho que cuando

los impulsores de las reformas actúan con poca convicción y voluntad de cambio, éstas tienden al agotamiento temprano, cuando no a elaborar meros discursos vacíos de contenido. De esta forma se ven diluirse iniciativas políticas que tienden a niveles de confusión insoportables. Así se puede observar, como bajo discursos de empresa, mercados y competencia, se esconden influencias, intereses y lobbies.

La sinergia a la que hacía referencia anteriormente, entre desarrollo médico y modelo gerencial, en ningún caso fue de cooperación. Como consecuencia de ello, se ha abierto una brecha entre médicos y gestores, difícil de sostener hoy en día, al confrontar un modelo gerencial, rígido y uniformista, con un modelo clínico, flexible y orientado a resultados. Pero esta crisis del modelo gerencial, causada por el desencuentro entre médicos y gestores, si bien está en el núcleo del problema, no es el único factor que incide en el denominado agotamiento del modelo. El desarrollo de sistemas de información altamente eficaces, la continua aparición de nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas que hacen caducas las pautas vigentes, el desarrollo de modalidades de sustitución de cuidados; han producido unas necesidades de gestión sanitaria radicalmente nuevas.

Ante todas estas tensiones, el modelo gerencial ha mostrado sus debilidades, superado en muchos casos por los factores ya descritos, por las necesidades emergentes, e incluso para algunos, por el agotamiento generacional. En resumen, el modelo gerencial, que representó un gran salto respecto la burocracia administrativa tradicional, se ha visto sorprendido por la aparición de nuevas necesidades de cooperación con los clínicos y por unos ciudadanos más y mejor informados, en un momento evolutivo de declive del propio modelo.

Tendencias del nuevo modelo de gobierno clínico

El organigrama desarrollado bajo el modelo gerencial es de tipo piramidal, basado en el conocimiento académico, en su parte médica; pero poniendo un gran énfasis en su parte administrativa, económica y de infraestructuras. Las tendencias que marca la crisis comentada anteriormente, se expresan tensionando este organigrama jerárquico, con la aparición de reivindicaciones de nuevos liderazgos en base a equipos multidisciplinares que tienen por objetivo la mejora continua de los resultados de los procesos asistenciales. Así pues, en este nuevo modelo de gobierno clínico de las instituciones sanitarias, se requieren nuevas competencias y actitudes en los profesionales de la gestión, más sensibilizados con la innovación tecnológica, más cercanos a las necesidades de la comunidad –sanitarias y sociales– y articulando alianzas con los profesionales asistenciales, más abiertos a la experimentación, a la evaluación y a los análisis de las mejoras.

Esta necesidad de cooperación interna se articula con el fomento de la mayor participación social a diversos niveles, en los consejos de administración, en la definición de modalidades de atención y en las condiciones de prestación de la atención a pacientes. Se trata de transitar desde hospitales orientados al internamiento y al cuidado de enfermos graves y jóvenes, hacia hospitales abiertos, sensibles a la satisfacción del paciente y al soporte a la atención próxima al domicilio del paciente, orientados a las necesidades específicas de salud de su población, de su edad, de su cultura –autóctona o foránea–, de la conservación de su salud.

Para transitar desde una organización jerárquica y por especialidades médi-

cas a una organización como la que expresa el modelo clínico, no solo es imprescindible la nueva sensibilidad entre profesionales de la asistencia y la gestión; también se vislumbra la necesidad de incorporar sistemas de financiación específicos para los nuevos productos asistenciales. Hospitales orientados a la población y a la asistencia cercana a sus ciudadanos, deberán ser financiados en base a sistemas más soportados en la captación y a los planes de cuidados.

Estos nuevos sistemas de atención gestionada e integrada deberían redefinir el papel del hospital, siguiendo a los nuevos modelos organizativos y financieros, y superando el hospital tradicional soportado en el modelo gerencial. Sería deseable que en un futuro no lejano, los profesionales clínicos y de la gestión se vieran abocados a compartir (en parte) un cierto

riesgo financiero, con incentivos vinculados a resultados de salud de las comunidades que atienden. Para ello, los hospitales del sistema sanitario público deberían evaluar resultados, procesos y eficiencia en sus actuaciones, y se deberían desarrollar sistemas de acreditación del gobierno clínico de las instituciones sanitarias.

En resumen, el sistema sanitario se enfrenta al reto de una transformación radical, que requiere de nuevas herramientas y orientaciones, que representa una nueva situación de cercanía y de orientación al paciente, pero sin perder atención a las innovaciones y al desarrollo y a la participación profesional. Como siempre estas transformaciones requerirán de un fuerte liderazgo político, una amplia participación profesional y social y unas buenas dosis de persistencia y tenacidad.

