



## **El gerente ha muerto ¡viva el gerente!**

Francesc Moreu Orobitg  
*Experto en Gestión Sanitaria  
Ex-gerente de hospital*

### **Introducción**

La figura gerencial es relativamente reciente en el sector sanitario. En Catalunya aparecieron a principios de los años 80 y rápidamente se extendieron al resto del Estado.

Su aparición fue acompañada de una viva contestación y el término economicista relativo a su forma de gestionar hizo rápidamente fortuna con el propósito de desacreditar (algunas veces con razón) su función.

Excepto en Catalunya en que se acordó en aquellas incorporaciones pioneras a profesionales de la gestión de éxito probado en otras ramas de actividad, se hizo de estos puestos directivos "cargos de confianza" que se cubrieron a falta de profesionales formados con profesionales sanitarios comprometidos con la ideología política dominante. Este criterio, salvo en contadas ocasiones o lugares, ha seguido vigente hasta hoy pese a contarse veinte años después de aquella decisión trascendente con un notable stock de profesionales de la gestión sanitaria con una experiencia más que razonable. Sin embargo este activo sistemáticamente se dilapida cada vez

que hay un cambio político que lleva a sustituir los "tirios por los troyanos", lo que implica que para evitar subvertir el "movimiento" desde la gerencia de cualquier hospital comarcal se acuda sistemáticamente a "los nuestros" en vez de a los "capaces".

Pese a todo su contribución a la mejora de la equidad, la eficacia y la eficiencia del sector a lo largo de todos estos años no puede calificarse más que de positiva y si hoy estamos en condiciones de replantearnos la razón de ser de esta figura es nada más ni nada menos debido al éxito de su actuación.

### **Una ojeada a otras burocracias profesionales**

Las organizaciones del conocimiento, las burocracias profesionales, tiene como común denominador el estar constituidas por profesionales de alto nivel que pueden trabajar con una elevadísima autonomía y que admiten muy mal la jerarquía incluso por sus propios compañeros. Este modelo es el que corresponde a los dispositivos hospitalarios cuyo "hard core" es el curar y el cuidar.

Si revisamos las organizaciones del conocimiento de otros ámbitos de actividad nos encontramos que en la mayoría de ellas (Universidad, Periódicos, etc.) la máxima responsabilidad de la organización recae en un profesional del núcleo duro del negocio mientras que la figura gerencial es la que se ocupa, supeditada al Rector o al Director del Periódico de las utilities (metales y humanos) precisos para facilitar el trabajo al conjunto de profesionales que subviene la razón de ser de la organización que en nuestro caso y como ya hemos dicho es el curar y cuidar.

Tal vez sea este un buen patrón de referencia para el futuro de nuestras organizaciones y más cuando el trabajo gerencial convencional ha contribuido de forma decisiva a transformar positivamente unas instituciones tan complejas como los hospitales. Una transformación que va desde contribuir a crear la cultura empresarial hasta la empresarización de las rutinas (administración, economía y finanzas, gestión de pacientes, ingeniería, hotelería, materials management, etc.), lo que se ha traducido en una mejora de la eficiencia importante y contrastable.

### Un modelo agotado

En mi opinión este modelo ya ha dado de sí todo lo que podía dar. Ha sido el catalizador de un cambio de gran trascendencia pero ha agotado su vigencia. Ello no quiere decir que estaban equivocados quienes lo promovieron sino que simplemente sentadas las bases de la empresarización de primera generación el ganar el futuro nos exige instrumentos de segunda generación que actúen en la línea de flotación del paradigma asistencial que resta incólume desde hace 30 años.

Los hospitales de hoy son iguales que los de 30 años atrás. El hospital hoy es

hijo de la jerarquización, el programa MIR y el paso de ATS a DUE. Nada más se ha aportado de nuevo en lo esencial desde entonces. Se ha cambiado la anatomía pero no la fisiología y a lo sumo los cambios habidos, todos ellos predecibles lo han sido en una línea de suave evolución que ha reproducido y fortalecido el paradigma de partida.

La aparición de los gerentes y la incorporación de los consiguientes criterios de gestión han sido tal vez el último cambio sustantivo al modelo de partida que ya tiene 20 años y que ha dado de sí como ya hemos comentado todo lo que podía dar.

Todos estos pilares sobre los que se asienta la concepción del hospital de hoy están en revisión. La jerarquización convencional está muerta. Del adjunto debemos pasar al socio y el programa MIR se ha escorado demasiado peligrosamente hacia la superespecialización cuando ahora nos damos cuenta de que debemos volver a una visión generalista como paraguas holístico de la profundización en los conocimientos no desde la exclusividad y la monotemática visión del especialista sino desde la óptica del experto que es capaz de ubicar las partes en el contexto del todo.

La propia enfermería debe revisar los contenidos de su profesión, afortunadamente hoy con total carta de identidad a partir de su espacio propio (el cuidar) bien diferenciado del curar. Ello no obsta para una vez ganado este espacio incorporarlo de forma cooperativa (el producto propio de enfermería) a uno multidisciplinar (curar y cuidar) construido desde el respeto a lo diferencial pero sujeto al *primum inter pares* que es generalmente el curar.

Incluso desde la estricta óptica de la eficiencia que para algunos es la única

razón de ser de la función gerencial su contribución a la misma ha casi tocado techo al haberse logrado en buena medida la que razonablemente era posible desde la periferia del proceso asistencial precisándose ahora entrar en este como única forma de avance en el futuro.

## ¿Y ahora qué?

La revisión de la figura gerencial y por extensión y en buena medida la de todos los directivos en el sentido amplio en el ámbito hospitalario debe situarse en el contexto de la necesaria reinversión del hospital para adecuarse a las nuevas demandas sociales y a los condicionantes del progreso técnico y científico.

La única salida para mejorar la implicación y el compromiso de los profesionales en su institución y por ende mejorar la efectividad y la eficiencia de sus prestaciones pasa por potenciar el protagonismo de los que curan y cuidan en sus organizaciones.

Una lectura superficial de este aserto podría concluir que ya era hora que este se hiciese, que rectificasen los que contumazmente se lo habían laminado y que este planteo no es más que la confesión del fracaso de la línea gerencial seguida estos últimos años.

Nada más lejos de la realidad. El reclamo de este protagonismo no es para enmendar los errores del pasado si no para ganar un futuro que es posible porque la estrategia gerencial convencional ha puesto las bases para por ejemplo invertir el organigrama sin riesgo, no solo porque las rutinas de soporte están establecidas y funcionan, sino porque la inmensa mayoría de los profesionales han mudado su discurso tradicional de "déjeme

elegir a mi el qué, el cómo, el cuándo y con quién, pero no me pida cuentas de cuánto cuesta" por el "déjeme asumir las responsabilidades integrales de mi trabajo diario y de su traducción en términos económicos pues mi código deontológico incorpora la valoración del coste a la hora de la decisión clínica y acepto por tanto sustituir como norte de mi conducta profesional el principio de justicia por el de propiciar la equidad".

Esto que es un mérito de los profesionales conscientes de su responsabilidad social permite jugar contra la confianza, plantear un modelo de "pídame perdón pero no permiso" y por lo tanto trastocar todo el modelo organizativo y jerárquico de los hospitales.

Paralelo a ello los Jefes de Servicio pieza clave en el modelo evolucionan insensiblemente hacia un rol parecido al de Product Manager asumiendo tanto responsabilidades sobre mercado (¿quiénes son nuestros clientes? ¿qué problemas tienen?), producto (¿cómo debo atenderles?: cartera de servicios, guías y protocolos) y cliente (necesidades y expectativas) como en lo que respecta a la cuenta de explotación de su servicio. También entienden que sus colaboradores no son adjuntos si no "socios" de su negocio y esto debe facilitar la implicación y compromiso de los mismos en él. En esta misma línea de conducta la supervisión de enfermería convencional abandona la gestión de las utilities (hostelería, ingeniería, recursos humanos, logística) y se centra en la gestión clínica de los cuidados de enfermería.

A tenor de ello los hospitales adoptan explícita o implícitamente un modelo de hospital "Mall", lo que se traduce siguiendo en la utilización de este símil en un "centro comercial" (el hospital) constituido por una serie de negocios (servicios, unidades de gestión

clínica, Institutos, etc.) formado por un conjunto de socios (médicos y enfermería básicamente) dirigidos por un Product Manager que responde de la cuenta de explotación de su negocio y que compra unos servicios corporativos al mall.

Esto obliga a la revisión de la figura gerencial ubicándola en una nueva dimensión. Ha cumplido su misión histórica y debe reconocérsela, pero ahora toca otra cosa. El gerente ha muerto ¡viva el gerente!

### El director, una figura emergente

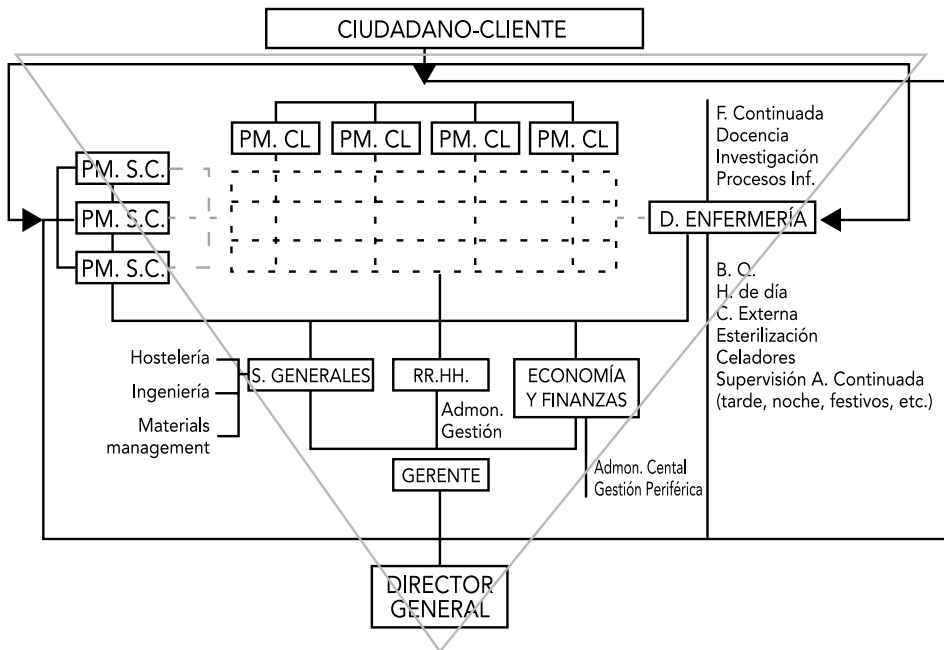
En los hospitales del futuro la máxima figura de los mismos será la del Director que deberá recaer en algún profesional del curar o el cuidar, que como hemos dicho repetidamente constitu-

ye la razón de ser de la empresa sanitaria.

De él y en consonancia con la filosofía del "hospital mall" dependerán los Product Manager de las unidades clínicas y de las unidades de soporte o centrales que se interrelacionará entre ellas por procesos (los institutos no son más que alianzas formalizadas con el criterio de consorcios), por relaciones comprador-proveedor o por los intereses derivados de las "ventas cruzadas", etc.

Ello implica una reubicación de la Dirección de Enfermería dado que la enfermería cuando se incorpora a un "negocio" depende de su responsable pasando la Dirección de Enfermería a responsabilizarse del nivel de capacitación del colectivo y a la gestión directa de las unidades productivas cuyo ritmo de producción lo marque

Figura 1.



la enfermería (Bloque Quirúrgico, hospital de día, consulta externa, etc).

Desde esta óptica los responsables del "mall" y de sus diferentes negocios precisan de alguien que les lleve las "cuentas" (economía y finanzas), les gestione el flujo de pacientes (admisión versión "comercialización"), les facilite la hostelería y la ingeniería, les provea de bienes y servicios (Materials Mangement) y les proporcione los RR.HH. cuyas competencias se correspondan con el perfil de los puestos. Todas estas actividades, que al límite podrían ser externalizadas, son las que recaerán bajo la responsabilidad (al igual que en la Universidad y los periódicos) del Gerente que dependerá del Director y al que proporcionará soporte en su gestión (por ejemplo la conta-

bilidad general y presupuestaria la trabajarán para el Director) pero que básicamente se orientarán a dar soporte a los Products Managers (la contabilidad analítica la trabajarán para estos) (figura1).

### ¿No es ésto el viejo modelo del director y el administrador?

Evidentemente no. Las bases conceptuales e instrumentales del hospital reinventado no tienen nada que ver con el de antaño tal como puede verse en la figura 2, por lo que y en consonancia con ello los roles directivos adquieren una nueva dimensión.

Los valores compartidos por ejemplo giran como ya hemos dicho alrededor

Francesc Moreu Orobitg. El gerente ha muerto ¡viva el gerente!

**Figura 2.**

HOSPITAL HOY			HOSPITAL REINVENTADO		
Cliente Interno			Cliente Externo		
Marketing Producto			Marketing Cliente		
Jefe de Servicio			Product Manager		
DPO			Marketing Mix		
Asistencia	Docencia	Investigación	Mercado	Producto	Cliente
Administración			Gestión		
Cumplir Presupuesto			Cuenta Explotación = Ingresos-Gastos		

**Figura 3.**

1. Hospital=Empresa de Servicios (cliente, valor, resultados, excelencia en la calidad, servicio...).
2. Hospital mall.
3. Al frente de cada "negocio" un Product Manager que tiene socios y no adjuntos.
4. Inversión de la pirámide jerárquica. "Confianza" porque compartimos valores.
5. Gerente supeditado al Director. Aplanamiento del organigrama. Democratización del Servicio.
6. ¿Fabrico o compro?
7. Alianzas y cooperación, entre servicios, entre hospitales, con la Atención Primaria y los dispositivos de Atención a la Dependencia.
8. Nuevos métodos de atención (CMA, ODCL, H. de Día, Hospital de Semana, Conversión de camas de MI en paliativos, convalecencia, subagudos, home care...).
9. Contrato – DPO – Gestión clínica (todos los clínicos).
10. e.hospital.

La experiencia

de la equidad y no únicamente de la justicia. El servicio, célula fundamental de la organización se ha democratizado y se ha diluido en un marco organizativo que tal como sugiere el modelo se ha centrado en el paciente y no en los intereses de los profesionales. Estos como una corporación de socios distribuyen el gobierno y la estrategia entre el liderazgo gestor y del conocimiento y en su desarrollo el hospital incorpora nuevas estrategias (figura 3) que tratan de operativizar de una vez lo que hace más de diez años venimos diciendo que hay que hacer.

### **Lo importante no es decirlo, es hacerlo**

Seguro que de lo dicho hasta ahora hay pocas cosas nuevas. Lo trágico es que hace demasiado tiempo que nos lo venimos diciendo pero hasta ahora no hemos sido, salvo en contadas ocasiones, capaces de ponerlo en práctica.

Hace unos pocos años parecía que las bases de un nuevo modelo de gestión hospitalaria pasaba única e inequívocamente por un cambio de

marco jurídico. Es obvio que esto facilitaría las cosas desde lo instrumental (paso en todos los órdenes de la sujeción del derecho público al derecho privado) pero mucho me temo como han demostrado las experiencias que al hilo de esta línea argumental se han puesto en marcha sirviese de muy poco al dejar intacto el marco conceptual, lo que a la postre las invalida pues una vez más, operan tan solo en la anatomía dejando incólume la fisiología.

Un nuevo modelo de hospital es posible en el marco del sector público. Se trata simplemente de empresarializarlo de verdad y sin complejos. La única forma de legitimar el sector público en la sociedad es hacerlo eficiente para así asegurar la pervivencia de su rol de garante de la equidad. En todos los órdenes la legitimidad institucional ya no basta. Se precisan evidencias y en organizaciones del conocimiento esto solo es posible lograrlo con los profesionales. Los gerentes con su trabajo han hecho posible este nuevo paso pero como en casi todas las órdenes de la vida los que hacen posible un cambio casi nunca son los más idóneos para llevarlo a cabo.