



## **Transferencias sanitarias. ¿Un antes y un después del modelo directivo?**

Fernando Uribe Ladrón de Cegama  
*Director General de Desarrollo Sanitario  
Consejería de Sanidad y Bienestar Social  
Junta de Castilla y León  
Ex-gerente de hospital*

### **Introducción**

Quince años después de ser promulgada la Ley General de Sanidad puede darse por concluido el escenario de transferencias de la sanidad a las Comunidades Autónomas, con la salvedad de Ceuta y Melilla. El Sistema Nacional de Salud queda configurado como el conjunto de los Servicios de Salud de cada autonomía, siendo ya imprescindible una norma que regule las relaciones entre Comunidades Autónomas iguales en sus competencias sanitarias. La ausencia de una norma de estas características dará lugar a su sustitución por una serie de pactos entre distintas Comunidades con el riesgo de la asimetría en las relaciones.

Pero las transferencias sanitarias, además de la necesidad de coordinación, van a determinar una serie de diferencias entre las distintas Comunidades Autónomas en el modo de gestionar la asistencia sanitaria.

El modelo imperante –oficialmente desde el Real Decreto 521/87, de 15 de abril, de reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de los hospitales del INSALUD– pretendía una reforma en profundidad del mode-

lo directivo existente en los hospitales hasta la fecha. La necesidad de controlar el creciente gasto sanitario era un reto al que se intentó dar solución con la profesionalización de las estructuras directivas y paralelamente, con una mayor autonomía en la gestión. Nacían así los Gerentes de Hospitales, a semejanza de otros sectores productivos, y los equipos de dirección. Bien es cierto que con más de diez años de retraso en relación a otros países de nuestro entorno.

### **Balance del modelo gerencial**

¿Realmente se consiguió lo pretendido? Como siempre, ante una pregunta de estas características, la respuesta debe ser matizada: Depende.

El control del creciente gasto sanitario no se logró y los hospitales, tradicionalmente y salvo muy contadas excepciones, han generado déficit en su presupuesto año tras año. El déficit, en general, siempre era justificado en función de incrementos en la actividad, en las prestaciones, en la tecnología o en la farmacia o bien en el conjunto de todos ellos... y en la imposibilidad de los órganos directivos en

poner “puertas al campo” cuando se trata de un tema tan sensible como es el de la salud de las personas. De todos modos, es previsible que con el modelo anterior el crecimiento del gasto hubiera sido mayor.

La profesionalización de los equipos directivos, uno de los medios básicos planteados para lograr el fin del control del gasto, ha sido la demanda permanente de las sociedades de directivos y la oferta, también permanente de las distintas Administraciones. La realidad: Claramente existe una mejor formación de las personas que dirigen hospitales, pero... no está tan claro que esta mayor y mejor formación se utilice en la práctica de la dirección diaria... otra vez la dificultad de “poner puertas al campo”.

La autonomía de gestión, ha sido otro de los medios planteados, en este caso para dar una respuesta rápida en la gestión de instituciones, en las cuales el procedimiento administrativo no era el adecuado en relación al producto que se pretendía, una atención sanitaria de calidad. Esta autonomía ha ido de la mano de las diferentes delegaciones de atribuciones por las cuales las competencias de las Gerencias se han incrementado en capacidad de gestión económica y de recursos humanos... salvo el régimen disciplinario.

La realidad, en este caso, es que no se ha logrado una verdadera autonomía de gestión. La gestión ha sido de carácter administrativo, con responsabilidad descentralizada, pero con procedimientos sujetos al derecho administrativo que siguen siendo lentos. Las propuestas de cambio, permanentes en el último decenio y con distintas variantes –Comisión Abril... Ley 15/97 sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud... Real Decreto 29/2000 sobre

Nuevas formas de gestión del INSA-LUD– han supuesto la creación de distintas experiencias, que no se han trasladado al núcleo “duro” del sistema sanitario. Respecto al régimen disciplinario... ¿Ha interesado verdaderamente a los Gerentes incrementar su capacidad disciplinaria?

Como resumen de este balance se podría afirmar que las modificaciones realizadas lo han sido más en la forma que en el fondo y por tanto los logros son limitados.

Por otra parte, y salvo contadas experiencias, no ha existido una modificación en el siguiente nivel hospitalario: Los Servicios Clínicos.

Por último, es posible que en algunos casos las Gerencias de Atención Primaria y Especializada hayan puesto por delante el cumplimiento de sus propios objetivos, frente a una adecuada integración de recursos en un proceso asistencial que no entiende de fraccionamientos.

### Futuro del modelo gerencial

Las transferencias sanitarias ya han supuesto modificaciones en la estructura organizativa de las instituciones sanitarias. Al menos dos de las Comunidades Autónomas que recibieron las transferencias sanitarias el pasado mes de enero han apostado por las Gerencias únicas de área, integrando la atención primaria y la especializada. En otras Comunidades Autónomas, la Gerencia única de área se plantea como experiencia limitada. Se habla de las frustradas experiencias de coordinación entre la atención primaria y la especializada y de la necesidad de integrar ambas bajo una misma dirección. Como siempre, el peligro es que los cambios afecten a la forma y no al fondo de la integración.

El hecho fundamental que suponen las transferencias sanitarias es el mayor acercamiento a un determinado territorio de la capacidad de decisión, que se traduce en la posibilidad de atender demandas específicas de los ciudadanos. Estas demandas se relacionan con peculiaridades sociodemográficas y tienen que ver fundamentalmente con temas de adecuación del sistema sanitario al envejecimiento de la población, a la accesibilidad de la asistencia o a la introducción de nuevas prestaciones.

Esta mayor cercanía también se produce frente a los centros de gestión, con el peligro de difuminar los límites entre el campo de la gestión y el campo de la decisión política.

Centrándonos en el campo de la gestión, los cambios de fondo deberían ir encaminados a lograr los siguientes aspectos:

1. Mayor participación y responsabilidad en la toma de decisiones: Tanto a nivel directivo, con el impulso de Comisiones de Participación, como a nivel de los Servicios Hospitalarios. Solo la participación no es suficiente, sino va acompañada de una responsabilidad compartida en la toma de decisiones. Quizá sea

el aspecto nuclear para lograr cambios en la gestión sanitaria.

2. Difuminar los límites del Servicio Hospitalario y las Especialidades, sobre todo en los Hospitales de mayor complejidad, con el fin de dar continuidad al proceso asistencial. Extensión de la Gestión Clínica y limitación de la variabilidad asistencial no justificada.
3. Difuminar los niveles de Atención Primaria y Especializada. En esta línea se enmarcan las experiencias de Gerencia única de área, con la posibilidad de adscribir determinadas especialidades al campo de la Atención Primaria, al menos parcialmente.
4. Difuminar los límites del Área de Salud. Contemplando acuerdos con otras Áreas (incluso de Comunidades Autónomas diferentes) para la prestación de servicios sanitarios en determinadas especialidades o técnicas específicas.

En resumen, el modelo de dirección debe enfocarse hacia una dirección más participativa, con responsabilidad compartida en la toma de decisiones, enfocada a la gestión clínica y buscando la cooperación con otras instituciones asistenciales y sociales.

