



¿Qué balance hace del "modelo gerencial"? ¿Hacia dónde deberían ir los modelos de dirección de hospitales?

Alfonso Castro-Beiras
Director del Área del Corazón. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo

Para poder aportar una opinión que ayude a responder a estas dos preguntas puede ser útil, desde mi punto de vista, hacer una breve reseña histórica de la evolución organizativa de nuestro Sistema Sanitario.

El análisis de la evolución histórica, de nuestro sistema sanitario, explica de manera clara las razones y el momento de la aparición del sistema de gerentes. En los años sesenta, en nuestro país, la asistencia hospitalaria era realizada por Hospitales Clínicos, Provinciales y además un gran número de organizaciones de carácter benéfico en su mayoría regentadas por patronatos de muy diversa composición.

Si tomamos los Hospitales Clínicos como referentes de la organización, podemos de forma esquemática decir que la organización estaba centrada en el componente académico, la Cátedra, que daba lugar al organigrama interno. La Dirección era ocupada por un médico y un Administrador era el encargado la logística e intendencia.

Este modelo de organización interna se modificó en los hospitales de nueva creación que surgieron como hospitales del Ministerio de Trabajo y Se-

guridad Social en el denominado INP y que posteriormente se agruparon en el Insalud. Al coincidir la creación de estos hospitales con la explosión de la especialización de la medicina, motivo que la organización se realizase entorno a las Especialidades, que se substanció con la creación de los Servicios. Cada especialidad dio origen a un Servicio. Sin embargo, en la Dirección y Administración se reprodujo el modelo de los hospitales clínicos. Esta organización interna, de Servicios por Especialidades, permanece de manera casi universal hasta la actualidad; el siguiente cambio se operó en la Dirección de los Hospitales: la Dirección Médica dió paso a la Gerencia.

Para entender las razones de la aparición del nuevo modelo de dirección, es necesario recordar, que, desde el comienzo en al aparición de estos hospitales hasta los años 80 fue una etapa de crecimiento acelerado de los hospitales, sin cortapisas económicas. Es a partir del momento en que ya funcionando un gran número de hospitales, el fuerte aumento del gasto sanitario y con una grave situación económica en el país se ve la necesidad de un control económico. Es-

ta nueva situación llevó a un modelo de dirección diferente, capaz de dar respuesta a las nuevas necesidades. Surge por ello el modelo que denominamos gerencial.

Balance del modelo gerencial

Es pues fundamentalmente por razones económicas, no podía ser de otra manera, por la que aparece la figura del Gerente.

Conocidas las razones que justifican un cambio en la dirección del Hospital sería el análisis de resultados en el sentido de aquellas razones, económicas, el que daría lugar a respuesta acerca del balance del modelo gerencial. No pretendo analizar aspectos económicos pues carezco de la capacidad, ni tampoco creo que sea esa la aportación que a un médico clínico se le pida. Serán pues desde otra posición donde deben entenderse mis opiniones.

Es necesario recordar que la transformación en la dirección de los hospitales no estuvo libre de conflictividad, sobretodo en sus comienzos y que fue, en gran parte, debida al poco o nulo conocimiento de la idiosincrasia de los hospitales por muchos de los primeros gerentes. Como organización empresarial, el hospital, es sumamente compleja, y quizá no fue bien entendida por las primeras gerencias. A la inexperiencia de los gerentes se añadió la resistencia a la pérdida de poder de influencia de los médicos en la marcha del Hospital y que fue muchos hospitales de tal grado, que la gerencia desplazó a los médicos de la toma de decisiones en la que los profesionales eran los más capacitados para hacerlo adecuadamente. Con estas premisas y ciertos ribetes de agresividad, derivados del contexto político y social, el conflicto primero y la

frustración después de un número alto de médicos estaba garantizada. Así debe entenderse la reacción de aquellos que se consideraron atropellados y que llevó a muchos profesionales a la desmotivación.

Seguramente se pudo haber evitado mucha de la conflictividad que derivó en la desmotivación de muchos profesionales. Ésto fue la parte más negativa de la etapa gerencia, en sus comienzos. También es posible que derivado de la urgencia de controlar el gasto no pudiese esperar a la búsqueda de un modelo más consensuado. Si esta experiencia la aprovechamos, deberíamos ser capaces de evitar llegar al borde del abismo para tomar la decisión del cambio, cuando éste sea necesario.

Para gestionar el hospital lo primero que tuvieron que hacer los gerentes fue conocer qué se estaba haciendo y cómo en los hospitales. Este conocimiento obligado por la nueva visión de la organización es quizá el principal beneficio de esta etapa. En el momento actual, aunque es verdad que en distinta medida, puede decirse que se sabe qué hace cada hospital y cómo lo hace. Esto fue produciendo a lo largo de todos estos años la posibilidad de ir reduciendo las zonas de ineficiencia, con rapidez y éxito diferente, dependiendo de la intrahistoria de cada hospital y condicionado por la valía de cada equipo gerencial.

Al modelo gerencial le faltó en su inicio, como ya indicamos, cuando menos, explicación y búsqueda de alianzas con los médicos y demás personal del Hospital. Los pocos apoyos se buscaron en personas afines ideológicamente al responsable político que dirigía el sistema sanitario. El activo fundamental, que eran los profesionales, quedaron al margen del cambio, cuando no atropellados.

De todas maneras el balance de este modelo denominado gerencial puede decirse que ha sido muy útil. Pero sobre todo, me atrevo a decir, fue necesario y además posiblemente imprescindible para la continuidad de nuestro sistema sanitario. Es posible que si no se hubiera realizado, el sistema hubiera seguido derroteros que hoy lamentaríamos. Además logró introducir en los hospitales la cultura de la medida del trabajo sanitario y la cuantificación de los diferentes procesos. He de decir que ha ido más allá, pero para el análisis que aquí pretendo, estos aspectos, desde mi opinión, han sido las claves de que podamos decir que el balance es positivo.

¿Hacia dónde deberían ir los modelos de dirección de hospitales?

Antes de entrar en materia debo hacer un breve comentario. Es verdad que durante los últimos años, se ha puesto en marcha algún experimento o modelo-piloto alternativo de organización hospitalaria. Pero la falta del necesario sosiego debido entre otras razones a la inexistencia de un pacto que permitiese alejar estas experiencias de la batalla política, ha disminuido la potencialidad de los mismos. Además, es necesario recordar, que contribuyó a la pérdida de estas experiencias la crítica simplista de colectivos profesionales, que, atribuyéndose una misión no encomendada y con claros sesgos enturbiaron estos procesos. Sirva como paradigma de esta situación el ejemplo que aquellos que denunciaban, un procedimiento experimental, en una Comunidad Autónoma lo veían bien en otra, pues cuando menos, no lo denunciaban. Todo ello impidió o menoscabó la posibilidad de tener unos resultados adecuados para analizar y poder sacar conclusiones.

La razón de este pequeño apunte, es para invitar a la reflexión que permita abandonar esta tendencia por un lado de inagotable verborrea de las ideas que se convierten en tópicos, a través de reuniones y discursos que operan en el vacío y la oposición a cualquier cambio, que va desde unas posturas más propias de "creyentes" o de temerosos, siempre en toda creencia hay algo o mucho de defensa, que se encuentran seguros en el inmovilismo. ¿Seremos capaces de romper esta situación? ¿Habrá que esperar a una situación límite para dar un giro violento que se lleve por delante de nuevo a muchos y valiosos profesionales? ¿o cosas aún peores?

El modelo gerencial, tal como hoy lo tenemos, ha cumplido su objetivo, ya no da respuesta a las necesidades actuales y sobretodo a las que vislumbran en el futuro próximo. Habría que aprovechar que en la arena política ya no se discute el modelo sanitario que se reconoce su bondad y se habla de él con orgullo, para buscar un nuevo modelo más acorde con los nuevos planteamientos, y no quedarnos en la fascinación del éxito. Pero, ¿no será este grado de satisfacción el preludio de la borrasca? ¿Y, si no se queda en borrasca? No perdamos de vista que sistemas muy admirados y en muchos de sus aspectos similares al nuestro, por ejemplo, el Sistema Nacional de Salud Británico, han entrado en una espiral de deterioro, por falta de visión, que está requiriendo grandes esfuerzos para volver a alcanzar su velocidad crucero. Quiero no olvidarme de apuntar, aunque no sea el objeto de la pregunta, que la financiación va a ser la clave que permita el cambio y el avance hacia fórmulas más adecuadas al momento.

Después de estas justificaciones de la necesidad de un cambio en el modelo de organización de la dirección de

los hospitales, me atrevo a apuntar que este cambio debe venir por las siguientes ideas:

- Autonomía hospitalaria.
- Participación de los profesionales en la gestión.
- Nuevo organigrama interno. Áreas Integradas de Gestión Clínica.
- Nuevo diseño del Equipo Directivo.
- Áreas de Salud. Nuevas fórmulas organizativas.

Debe facilitarse el proceso para que los centros sanitarios puedan acceder a un nivel adecuado de autonomía de gestión, dotándolos de personalidad jurídica propia. Su funcionamiento vendrá determinado, en lo esencial, por lo establecido contractualmente en su relación con la entidad encargada de la compra de servicios, por lo que se asegura la ordenación de sus actividades a la planificación sanitaria y se garantiza que se atiendan patología o procedimientos costosos o que aporten poco valor añadido a los centros.

La participación de los profesionales en la gestión, teniendo en cuenta que el sistema sanitario tiene unas características propias. El médico es el impulsor del proceso asistencial y el aspecto clave del mismo y por tanto, debe impulsarse la introducción de todos los elementos necesarios para alcanzar un alto grado de desarrollo de la gestión clínica. Ésto debería aprovecharse para modificar la organización

interna. Ésta debe estar basada en una atención más ajustada a las necesidades y expectativas del ciudadano-enfermo. Mi opinión es la de que se debe ir a un nuevo organigrama. El diseño de esta nueva organización debe ser a través de la identificación y gestión de los procesos. La agrupación funcional de servicios, donde sea posible y útil, en Áreas Integradas de Gestión Clínica, puede ser una buena opción. Aquí es donde el diseño transversal, no solo dentro del hospital sino que trascienda a la atención primaria y, en su caso, al sistema sociosanitario, puede ser de gran eficacia.

Siguiendo en esa dirección de integrar a los profesionales en la organización y gestión de los hospitales es necesario contemplar modificaciones en la Dirección. Una Dirección Clínica que gobernaría, o mejor, que coordinaría la atención clínico-asistencial. Sería el segundo cambio organizativo, imprescindible para que el primero descrito, el de agrupación funcional de Servicios y Gestión Clínica pueda llevarse a cabo.

El último apunte que me gustaría comentar es acerca de la necesidad de establecer fórmulas organizativas que obliguen a una "simbiosis" entre la Atención Primaria y Hospitalaria. El financiador debería estimular la compra de servicios integrados de salud. Y que el servicio sea prestado en el nivel asistencial en el que sea posible ofrecerlos con garantía y calidad.

Ponencia de Sanidad. Proyecto Galicia 2010. Edita Foro de Salud 2010.