



El actual modelo gerencial y el que sería deseable

Esperanza Martí Blau
Directora General de la Fundació Puigvert

Si se diera por sentada la premisa de que los centros hospitalarios **deben obtener resultados positivos**, el actual modelo gerencial debería desaparecer, ya que éste, en la mayoría de centros del antiguo INSALUD transferido, es un modelo simulado. En estos hospitales el modelo organizativo imperante es el de **burocracia centralizada**, al que se le ha colocado la "guinda" de un llamado gerente. Un gerente que dispone de un margen de maniobra excesivamente limitado para poder realizar su función de manera efectiva.

En los hospitales a que me refiero, el modelo gerencial existente es ficticio puesto que no reúne ninguno de los requisitos que son imprescindibles para hacer honor a su nombre. Los centros no tienen *personalidad jurídica propia ni autonomía de gestión*. No pueden acudir al endeudamiento financiero para inversiones, aunque sí recurren al endeudamiento económico, agazapado detrás del atraso de pagos a proveedores. No tienen tampoco capacidad para establecer líneas estratégicas específicas, ni políticas de personal propias. De aquí que el gerente de estos centros sea un mero transmisor de los objetivos y normativas emana-

das desde unos Servicios Centrales Corporativos, generalmente muy alejados de la realidad del hospital.

Otro de los obstáculos para el modelo gerencial en los hospitales transferidos, es el personal de que disponen. Éste es mayoritariamente estatutario. Ello significa que las políticas de incentivación y motivación (recompensa o sanción) están altamente condicionadas. Y sin una cuidada –pero a la vez exigente– política de personal, es difícil gestionar de manera eficiente.

Los hospitales a que me refiero, cuentan con un presupuesto de ingresos, que no tiene relación alguna con la actividad (cantidad/calidad) realizada. Tales presupuestos están predeterminados en función, no de los objetivos a cumplir por el hospital, sino en razón de las plantillas que tienen asignadas. Plantillas que en la mayoría de los casos están sobredimensionadas y desmotivadas, puesto que además de tener su puesto de trabajo prácticamente asegurado de por vida, los buenos profesionales –y hay muchos–, no se sienten considerados y valorados.

Si estamos refiriéndonos a este modelo gerencial, considero que sí está

abocado a su desaparición porque no ha tenido éxito. Pero considero que debería evitarse pasar de un modelo gerencial simulado como es el actual, a otro modelo organizativo equivocado, basado en una **burocracia profesional**. A mi criterio y desde mi amplia experiencia, algunas de las formas de gestión clínica que se están implantando, están también abocadas al fracaso.

Contrariamente, el modelo gerencial deseable es el que existe en el mundo empresarial. Si se admitiese (de verdad, no de palabra) que los hospitales deberían funcionar con *criterios empresariales*, solo se trataría de copiar y trasplantar una organización que históricamente ya ha demostrado sus múltiples ventajas.

Las empresas –de servicios o no, de titularidad pública o privada, con o sin fines lucrativos– **deben obtener resultados positivos**. Sin esta premisa no son sostenibles. En el caso que nos ocupa, los resultados deben ser sanitarios, sociales y económicos. Y el hecho de no lograrlos debería hacer cuestionar su modelo organizativo... especialmente porque se trata de organizaciones que tienen un enorme interés social y están *financiadas con las aportaciones de los contribuyentes*.

Para mí, el modelo gerencial deseable es el que existe en determinados hospitales de Cataluña. Esta Comunidad, al realizarse las transferencias sanitarias (1981), contaba con una importante Red Hospitalaria de titularidad diversa que era utilizada para realizar la asistencia pública de la población de Cataluña. Sin la existencia de esta Red –los hospitales concertados–, la población no hubiera podido ser asistida por cuenta de la Seguridad Social, ya que ésta solo disponía del 20% de las camas destinadas a la asistencia pública. En aquel entonces, los hospi-

tales concertados constituían una red mayoritariamente dependiente de *entidades privadas sin ánimo de lucro* (“o comunitarias”) integrada por: Fundaciones, con el 22% de las camas; Mutualidades, con el 20% de las camas; Iglesia, con el 10% de las camas; Cruz Roja, con el 5% de las camas. De las camas concertadas restantes, un 16% pertenecían a entidades privadas “no comunitarias” y un 7% dependían de la Administración Local.

Los centros concertados, públicos o privados, tenían una clara vocación de servicio público. Por ello fueron capaces de soportar un bloqueo de tarifas (que duró del 1978 al 1981) que solo pudieron superar gracias a que una mayoría de los centros se habían dotado de una organización empresarial y un verdadero modelo gerencial. Ello significa que los respectivos órganos de gobierno (Patronatos, Consejos de Administración...) de estos centros, habían definido la misión y los propósitos del hospital, habían señalado objetivos y establecido líneas jerárquicas en cuya cúpula situaron a un gerente. Éste, junto al cumplimiento de la misión y objeto del hospital, tenía asignada la responsabilidad de lograr una efectividad asistencial a costes asumibles, como medio para preservar la continuidad de la Institución.

Cataluña tiene pues una larga tradición de gestión empresarial de la mayoría de sus hospitales. No es de extrañar entonces, que fuera aquí donde, por primera vez, los hospitales públicos implantaran la figura de un gerente. Hecho que en pocas ocasiones fue acompañado de las reformas estructurales imprescindibles para que aquel pudiera realizar su labor. De aquí que la figura del gerente, también en Cataluña, haya tenido éxitos dispares.

Me interesa señalar que, transcurridos más de 20 años de las transferencias en Cataluña, la Seguridad Social sigue ostentando, la titularidad jurídica de los hospitales transferidos. Lo que es consecuencia de que la Ley de la Seguridad Social –que es preconstitucional–, no ha sido adaptada a la Ley General de Sanidad, a pesar de que tal adaptación es absolutamente necesaria para adecuar normativamente la actual situación de la sanidad en nuestro país. Ya que a partir de la promulgación de la Ley General de Sanidad (1986), el Sistema Sanitario Español, pasó de ser un modelo que asistía únicamente a los beneficiarios/cotizantes (empresas y trabajadores), a ser un modelo universal destinado a la asistencia de todos los ciudadanos/contribuyentes. Éstos son ahora quienes financian el Sistema Sanitario a través de sus aportaciones al Presupuesto General del Estado. A pesar de este cambio tan significativo de modelo, nuestros legisladores no han considerado pertinente adaptar la normativa legal de ambas leyes. Ello es una de las causas de que perduren muchas disfuncionalidades en el sistema de salud.

Si el modelo gerencial de los hospitales fuera más similar al que impera en las empresas de otros sectores y estuviera basado en resultados y en la libre elección de los equipos directivos, el modelo gerencial es *muy positivo*. Pero para que lo sea, deben realizarse profundas reformas estructurales en el sistema y elegir directivos adecuados. Los gerentes no deben ser “catapultados” de un cargo a otro, y/o de un hospital a otro. Antes que buscar que conozcan el sector, se deben buscar **capacidades y conocimientos directivos**. Entre las primeras, debe cuidarse la dedicación, y la motivación para desempeñar el cargo sin utilizarlo como plataforma o lugar de paso. Obviamente, la inteligencia, la honestidad, la comunicabilidad, la

empatía, el liderazgo, la capacidad de gestionar el conflicto, son capacidades imprescindibles, ya que ante todo el gerente debe ser un *motivador de equipos*. También es imprescindible que tenga conocimientos amplios de las técnicas de gestión clásicas y de los actuales instrumentos de la comunicación y la información. El gerente debe ser un conocedor de la sociedad a la que el hospital sirve.

El personal del hospital, especialmente los profesionales médicos, precisan de la emulación y la valoración del mérito. Deben ser evaluados según sus aportaciones. Es necesario por tanto desarrollar una organización que facilite su plena implicación, ya que el servicio que se presta en los hospitales es un servicio de tipo personal, que aunque se disponga de protocolos de actuación, depende, en su calidad y coste, del personal que lo realiza. Es éste, en definitiva, quien es directamente responsable de la satisfacción y la seguridad de los enfermos. Y por ello el modelo organizativo de los hospitales debe revisarse.

Además, puesto que son los ciudadanos quienes financian el sistema, éstos tienen derecho a conocer el uso que se da a los recursos que aportan. Administrar con eficiencia los dineros públicos, es una obligación ética. Pero a los ciudadanos hay que explicarles que la relación calidad/precio de las prestaciones que reciben en el sistema sanitario es altamente satisfactoria. Deben saber que la financiación actual es insuficiente para cubrir las nuevas necesidades que se plantean: envejecimiento de la población, grandes discapacidades por traumatismos, incesante aparición de nuevas tecnologías diagnóstico-terapéuticas, permanentemente incorporación de nuevos medicamentos, etc... Por ello debemos concienciarnos todos: legislado-

res, gobernantes, planificadores, gestores, profesionales, y ciudadanos de que exclusivamente con mejoras de gestión y de organización (¡aunque bienvenidas sean!), no podrán aumentarse y mejorarse las prestaciones.

No solamente se trata de cuestionar un hecho aislado (el modelo gerencial). Debe adecuarse la legislación, señalar prioridades y aumentar la financiación y reformarse profundamente el sistema de salud.