



## ¿Hacia la desaparición del modelo gerencial?

Carles Pascual Mostaza  
Jefe de Servicio. Laboratori ICS-Girona  
Hospital Universitari Josep Trueta

Estoy convencido que muchos de los que participan en esta monografía abordarán el tema propuesto con mucho mayor fundamento teórico que yo. Por lo tanto, me limitaré a hacer algunas consideraciones sobre lo que a mi juicio ha representado la entrada de los gerentes en los hospitales y la conveniencia de adaptar el modelo a las nuevas necesidades.

Para ser justos, estas consideraciones no se pueden circunscribir a la actuación de las gerencias, sino que se deberían contemplar desde una perspectiva más amplia, que va desde el modelo que rige en las instituciones sanitarias al papel que en él desempeñan políticos, médicos, diplomados en enfermería, personal no sanitario y como no de los clientes/usuarios/pacientes del sistema. No obstante, un análisis de este tipo escapa al objetivo de estas líneas.

Antes de entrar en el tema querría señalar que, como médico, me interesa la gestión como un medio mediante el cual y a través de la optimización de recursos es posible mejorar la calidad técnica y de servicio del sistema sanitario. Desde esta perspectiva, suscribo las actuaciones de muchos gestores, pero a la vez contemplo con

perplejidad las decisiones absurdas y sus consecuencias que pueden llegar a tomarse invocando una buena gestión.

### El marco de actuación

El sistema sanitario público, como lo conocemos en la actualidad, parte de la incorporación decidida de muchos médicos a los hospitales a mediados de los 60 y principios de los 70. La vía MIR constituyó un hito tanto en la dedicación de los médicos al S.N.S como en el aumento de la calidad asistencial de estos. El voluntarismo y dedicación del colectivo de profesionales que entraron en los hospitales en aquellos tiempos marcaron decisivamente el camino de las promociones posteriores. Muy probablemente este espíritu iba en paralelo a los valores de la sociedad.

En este contexto, la irrupción de las gerencias en los hospitales supuso un cambio notable, que la mayoría de los médicos vivieron como una intromisión en su labor; motivo por lo cual la figura del gerente no fue bien aceptada. Este sentimiento aún hoy perdura en una parte importante del colectivo

médico. A mi modo de entender la explicación es relativamente simple. En efecto, el médico tiene tendencia a centrarse en aquellos aspectos para los que se formó y que en esencia los podríamos resumir como atender a los pacientes y realizar actividades de tipo académico. A la gran mayoría de los médicos no les interesaba ni les interesa la economía de la salud. Por lo tanto en un escenario como el actual, en el que los costes marcan los procesos asistenciales, los médicos a menudo se sienten impotentes para obtener aquello que en última instancia redundará en beneficio de sus pacientes.

No obstante, la nueva cultura fue calando progresivamente en el sistema y aportó criterios empresariales a la sanidad. Criterios, que en el transcurrir de los años se adaptaron a los de una empresa de servicios. En aquellos años se empezó a hablar de presupuesto, costes, gastos, previsiones de compras, rotaciones de stocks, racionalización de estancias hospitalarias y de uso de los quirófanos, número de consultas; y más tarde de calidad de servicio, de derechos de los clientes, etc.

La actuación de las gerencias en los hospitales públicos se desarrollaba y desarrolla en dos frentes. El interno, en el que se fueron introduciendo criterios empresariales, pero sin poder aplicar una política de personal, debido a que en la práctica no tenían un poder efectivo para incentivar y sancionar. El externo, actuando como intermediarios entre los hospitales y el poder político; más tarde esta intermediación se ha extendido a los financiadores de la sanidad.

A medida que va avanzando la década de los 80 los políticos del mundo occidental observan como va creciendo el gasto sanitario. Ésto fue consecuencia

de un conjunto de factores entre los que destacamos la crisis económica, el creciente gasto de la sanidad, los problemas de financiación que empezaban a cronificarse, la aparición de nuevas tecnologías que requerían y requieren altas inversiones y el envejecimiento de la población atendida; población en la que aparecen nuevas patologías y que progresivamente va siendo más exigente. A estos factores, en la actualidad, deberíamos añadir la inmigración. Frente a esta situación se presentaban dos alternativas: la de asumir el aumento progresivo del gasto mediante la subida de impuestos o la redistribución de los recursos destinados a otros menesteres como defensa, educación, justicia, etc. La otra opción era contener el gasto y como mecanismo complementario introducir reformas en el sistema. Esta segunda alternativa fue la elegida. Así, partiendo de la premisa que era prioritario contener el gasto, se empezaron a introducir reformas destinadas a flexibilizar la gestión mediante la separación de la financiación (seguiría siendo pública) de la provisión de servicios. En última instancia, se trataba de fomentar la competencia dentro de un mercado tutelado. Estas reformas, se fueron introduciendo progresivamente en la década de los 90 y su implantación se están prolongando hasta nuestros días. Este mercado tutelado, en desarrollo, asienta sobre un modelo sanitario caracterizado por: financiación pública, cobertura prácticamente generalizada de la población, equidad de acceso al sistema y políticas sanitarias tendentes a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

En líneas generales se puede afirmar que el modelo de sistema sanitario es bueno y los recursos que se le adjudican inferiores a otros países de la Unión Europea.

¿Pero qué estaba ocurriendo en las instituciones sanitarias desde media-

dos de los 80? La legislación de este período consagra un modelo hospitalario, que afecta a la mayoría de los hospitales públicos, poco participativo y sin elementos incentivadores para el personal. En ningún momento ni el poder político ni las gerencias fueron sensibles a las voces que se alzaron pidiendo un modelo participativo.

En el modelo elegido, la figura del director médico pierde poder, entre otras causas por la ausencia de capacidad real en la asignación de recursos. Aumenta el poder de la enfermería (direcciones de enfermería); poder que empezará a perder a finales de los 90. A la vez, el cuerpo facultativo pierde protagonismo y su influencia en los órganos de decisión es simbólica.

En este contexto, los recursos, son gestionados sin mecanismos eficaces de control por parte del hospital. No obstante, y como paradoja, son los médicos los que en realidad asignan la mayor parte de los recursos del sistema. En la actualidad las unidades de gestión clínica se presentan como la propuesta teórica para resolver esta contradicción.

### La situación actual

En esencia la situación descrita se prolonga hasta nuestros días. Pero hay dos hechos, que a mi juicio tienen una gran trascendencia y que deben mencionarse dado que forman parte del sustrato sobre el que actúan las gerencias.

En primer lugar, los cambios ocurridos en la sociedad occidental a partir de los años 90. En efecto, de forma progresiva los valores colectivos van siendo reemplazados por los individuales, de manera que el individualismo se vuelve cada vez más predominante. A

esta tendencia no es ajeno el colectivo sanitario y progresivamente se hará más patente, fundamentalmente teniendo en cuenta que las nuevas generaciones que se incorporan a la vida hospitalaria irán aumentando su protagonismo. Este hecho, sumado al cansancio (edad y falta de mecanismos incentivadores) de los que creyeron en el sistema y contribuyeron decisivamente a llevarlo hasta las cotas de calidad que ha alcanzado, hacen que progresivamente las ideas individuales, priven sobre las colectivas. Para muchos, entre otras consecuencias ha empezado el principio del fin del voluntarismo. Voluntarismo, que ha sido una de las piezas clave en el día a día de los hospitales.

En segundo lugar, en el sistema sanitario se da la paradoja que mientras se alcanzan unos altos índices de satisfacción de sus usuarios, el personal que los atiende esta sumido en una creciente insatisfacción. No es aventurado afirmar, que si no se encuentran mecanismos correctores de esta situación, tarde o temprano el descontento del personal sanitario trascenderá a los usuarios. Si hasta ahora, esto no ha sido así, es debido al alto grado de profesionalidad de una gran mayoría de sus miembros.

Si nos volvemos a centrar en las gerencias, podemos constatar que hasta la actualidad los gerentes de los hospitales públicos han tenido y tienen una alta dependencia del poder político y baja dependencia de los órganos de la institución que dirigen. Esta situación queda matizada en cada hospital por las correlaciones de fuerzas internas y su capacidad de influir sobre los políticos. En estas condiciones el éxito o fracaso de la gestión de un gerente dependerá de la habilidad que tengan para conjugar distintos factores entre los que destacamos: cumplir el presupuesto y los objetivos

que se le asignan, captar recursos extraordinarios que posibiliten la mejora de la institución y mantener la mayor coherencia posible en sus actuaciones internas. Queremos destacar que los equipos directivos siguen careciendo de mecanismos incentivadores/sancionadores eficaces que permitan desarrollar políticas de personal.

### **¿Desaparición del modelo gerencial o cambio de estructura y funcionamiento de los hospitales y de la función directiva?**

A grandes rasgos, aceptando de antemano el sesgo que se me pueda objetar, he descrito los escenarios en los que han desarrollado su actividad las gerencias y sus principales funciones.

Los editores nos preguntan sobre la desaparición del modelo gerencial.

Sinceramente, creo que ha quedado patente que la situación actual dista mucho de ser satisfactoria y por lo tanto debe cambiar. La necesidad de cambio flota en el ambiente desde hace tiempo, pero últimamente se ha hecho mucho más patente. Así, en el último Congreso de Hospitales celebrado en Barcelona, dentro de los propios gerentes, se alzaron voces en este sentido. Personalmente, y a nivel del estado, he notado en muchos gerentes un cierto cansancio. Frases como "...me ofrecen más de lo mismo" "...estoy cansado de ilusionar y comprometer a un equipo para abandonarlo prematuramente" "...tengo un margen de actuación muy limitado" "...más con lo mismo es imposible" pueden, aunque sea anecdóticamente ilustrar lo dicho. Por otra parte, dudo que la mayoría de gestores se sientan cómodos en la situación actual.

Pero este estado de ánimo, debe encuadrarse más dentro de las circuns-

tancias en las que se desarrolla la actividad de la gerencia que en la propia función de gerenciar. Por otra parte, muchos de ellos llevan muchos años en un sector en el que permanentemente se tiene la sensación que el cambio esperado está por llegar. Seguramente, no todo el mundo espera lo mismo de este cambio, pero probablemente las opiniones de los gerentes y de los médicos sensibilizados en temas de gestión coinciden en que este cambio debe ser multifactorial y uno de estos factores ha de afectar a la función de los directivos.

Desearía abordar lo que considero que deberían ser las bases del cambio formulando algunas preguntas. Muchas de las cuales, ya tiene, en teoría, una respuesta y por lo tanto solo falta la voluntad de ponerlas en práctica.

Para empezar formulo una pregunta basada en la opinión que se nos ha solicitado:

¿El problema está en el modelo gerencial, o es más amplio y afecta al modelo hospitalario?

Si pensamos que el problema va más allá de las gerencias, podríamos seguir preguntándonos:

¿La legislación que rige en muchas instituciones sanitarias públicas, no ha quedado obsoleta? Si es así, ¿Por qué no se aborda su reforma?

Dentro de esta hipotética reforma deberíamos tener en cuenta diversos factores. Para ello nos seguimos haciendo más preguntas:

Si se abordó el tema del gasto sanitario y se avanza hacia formas más competitivas. ¿Disponen los hospitales públicos de mecanismos para hacer frente a este reto? ¿El reto se afronta cambiando el modelo de gerencia o

deben reformularse las bases de funcionamiento de los hospitales, para que puedan adaptarse con garantías a los cambios del entorno?

¿Creemos que el personal es el mejor activo que dispone la sanidad? Si es así, ¿cómo se le incentiva?

¿Creemos que las unidades de gestión clínica, pueden ser mecanismos de gestión eficaces? Si es así, ¿por qué no se apuesta decididamente por ellas?

¿Las unidades de gestión clínica implicarán participación y corresponsabilidad? Si es así, ¿cómo se arbitran éstas?

¿Cómo afectarán las direcciones clínicas al organigrama del hospital?

Y como éstas podríamos seguir formulando muchas más preguntas.

Consecuentemente con lo expuesto, a nuestro entender el cambio, va más allá de replantear la función de la gerencia. Este debería aportar las bases de una nueva forma de entender la estructura y funcionamiento de las instituciones sanitarias y consecuentemente la función de sus directivos. En esta línea la reforma del modelo de gestión de las instituciones sanitarias,

introduciendo mecanismos de participación, corresponsabilidad e incentiva- ción me parece prioritaria. El avance del individualismo lo dificulta. Los políticos tienen la última palabra.

No querría terminar esta breve reflexión sin resaltar el valor de las personas dentro de los modelos o de los procesos. Con el modelo actual y sus déficits hemos de reconocer la labor de muchos gerentes y médicos asistencia- les que han trabajado en condiciones realmente difíciles y han colaborado decisivamente en la mejorar las institu- ciones que han dirigido. Pero en todos los colectivos, empezando por el mío, se encuentra la otra cara de la moneda, me refiero a todos aquellos gestores o médicos con responsabilidad en la dirección de servicios, que confunden dirigir con detentar el poder o aquellos que anteponen sus intereses a los de las instituciones; sin todos ellos el sis- tema sería mejor.

Finalmente desearía hacer una última consideración. Muy probablemente ha terminado un determinado modelo gerencial; pero, para mí, es obvio que la figura de un representante del hos- pital que negocie frente a los poderes públicos y financiadores de la sanidad y que mantenga la equidad interna dentro de la institución, es absolu- tamente necesaria.

