



## **Balance del Modelo Gerencial: La Visión del Clínico**

Dr. Francisco García-Cosío  
Jefe Servicio Cardiología  
Fellow del American College of Cardiology  
Fellow de la European Society of Cardiology

Hacer un balance del modelo gerencial propuesto durante los años 90 es difícil y puede ser injusto, porque su aplicación no ha sido uniforme, habiendo dependido mucho de la situación de cada Hospital. Cada Hospital tiene una estructura funcional propia que no es comparable con la de otros, no sólo por tamaño, sino por división de funciones, de modo que mientras en algunos hospitales como el Universitario de Getafe se ha buscado una máxima integración de Servicios (o GFH), en otros se ha buscado la división de los Servicios en Unidades Funcionales (Hemodinámica, Neuroelectrofisiología) en busca de la eficiencia.

Por este motivo mis impresiones estarán sesgadas por la experiencia del Hospital Universitario de Getafe, que es muy particular, al tratarse de un Hospital diseñado durante 3 años para adaptar los Servicios del Hospital Central de la Cruz Roja a las necesidades asistenciales de un Area de tamaño razonable (260.000 habitantes), con una amplia implantación del modelo de Medicina Familiar moderno. La planta física se adaptó a las necesidades asistenciales y de relación entre Servicios o Unidades funcionales y desde un inicio se introdujo una contabilidad analítica que valoraba los costes generados directamente y a través de otros Servicios o Unidades.

Los Servicios se trasladaron casi íntegros en muchos casos, pero con un cambio de situación que facilitó adaptaciones y modificaciones, tanto de plantilla, como de estructura funcional. Como consecuencia la división entre medicina hospitalaria y de Area desapareció en gran medida. Se hizo un seguimiento de rendimientos y esperas que creó una cultura de eficacia, apoyada en una contención severa de costes y con el tiempo, aunque no sin tensiones, se ha ido generando una cultura de colaboración entre los Servicios y Unidades y la Dirección de Gestión/Gerencia en la gestión del gasto e inversiones.

El balance es muy positivo cuando se analiza la disposición actual del Hospital, es decir, su capacidad de respuesta a demandas. Como institución es un instrumento eficaz y eficiente, con un buen nivel de información y con buena cohesión interna, entre Servicios Clínicos y de estos con la Gerencia. El Hospital es capaz de autoexaminarse y de responder a auditorías externas, ha confeccionado su plan estratégico, ha alcanzado un nivel de cumplimiento de objetivos del 85%, ha sido clasificado entre los mejores de su grupo (III) y en los últimos meses ha acometido la difícil línea de someterse a una Acreditación.

Sin embargo, paradójicamente, el Hospital se encuentra en una difícil encrucijada, porque el objetivo último de todo este trabajo de creación de cultura empresarial eficiente no está a su alcance. Toda la tensión creadora de métodos y modos ha sido una preparación para competir, pero la competencia no se permite.

El Médico es el responsable de que en el Hospital se implanten nuevas líneas de trabajo que se hayan demostrado eficaces, con las tecnologías necesarias. La gran influencia de la industria en la educación médica hace que resulte muy difícil discriminar lo útil de lo meramente consumista y el incentivo para aumentar ilimitadamente el gasto, no sólo es enorme, sino que no se ve contrapesado por el trato recibido desde el Sistema de Salud, que considera con frecuencia al médico como un mero generador de gasto. Además la valoración de la eficacia a través de la situación de las listas de espera es frustrante para el médico, porque es un objetivo imposible, en tanto en cuanto un buen servicio siempre aumenta la demanda. Los logros obtenidos por el trabajo nunca se realzan y todo el resultado del trabajo tiende a resumirse en ser menos malo que los otros en el mejor de los casos.

El profesional se mantiene en su mismo puesto, sin posibilidad de desarrollar una carrera profesional ni mejorar su situación laboral por sus méritos y la remuneración en concepto de productividad variable queda muy lejos de ser un incentivo. La máxima diferencia entre médicos del mismo Hospital es de unos 600€ anuales y paralelamente tenemos muy cerca hospitales donde, sin cumplir objetivos, los médicos llegan a cobrar nóminas de 5000 a 6000 € mensuales por jornadas especiales destinadas a absorber listas de espera y guardias localizadas por diversos conceptos. El mensaje para el médico es que es preferible tener listas de espera que ser eficiente.

Un incentivo casi tan potente como el económico es el profesional. Un médico preferirá casi siempre trabajar en un ambiente con el suficiente nivel académico para sentirse prestigiado, aunque esto conlleve más tensión. El prestigio se incrementa a través de la recepción de pacientes referidos desde otros centros para tratamientos especiales. El aumento de actividad derivado de esta especial capacidad de resolver problemas sería una forma lógica de originar inversiones por parte del Sistema de Salud. Pero desde este punto de vista la perspectiva no es mejor. Desde la Administración los recursos se siguen asignando por criterios históricos y en ocasiones políticos. Los hospitales grandes, donde el modelo de eficiencia no se ha aplicado, siguen acaparando los mayores presupuestos e inversiones, incluyendo las tecnologías médicas más modernas. En el hospital "eficiente" la limitación rígida de presupuestos coarta la posibilidad de acoger referencias externas frustrando los objetivos profesionales del médico y este conflicto, que en última instancia se manifiesta entre médicos y gerentes, es de gran importancia simbólica.

En el momento actual, desde el punto de vista de un médico, el modelo Gerencial basado en la eficiencia está cuestionándose desde la propia Administración. De seguir así la situación se podría concluir que el modelo de funcionamiento eficiente no es más que una excusa para el ahorro. En todos los hospitales, incluyendo el Hospital Universitario de Getafe, hay una fuerte línea de oposición a la corresponsabilidad, que se refuerza con el balance de resultados ya a 10 años vista. Si no se abre de alguna manera la Sanidad a una competencia entre centros que incluya un trasvase significativo de asignaciones

presupuestarias, el modelo habrá fracasado y además correrá el peligro de quedar desacreditado por completo para el futuro.