
Reflexiones sobre la gestión de hospitales en Cataluña desde las transferencias sanitarias

Jordi Mauri i Santuré

Médico. Gerent Hospital Sant Rafael. Barcelona. España.

A finales de 1981 Cataluña fue la primera comunidad autónoma en recibir las transferencias de sanidad. La mayoría de comunidades tardaron todavía 25 años en recibirlas. No vamos a exponer un análisis sobre la conveniencia de uno u otro calendario. Seguramente se podría argumentar, con la experiencia de haber vivido este período, lo que de positivo y negativo pudo tener esta transferencia pionera en España, pero no es el objeto de este artículo. Lo cierto es que a Cataluña le llegaron estas transferencias en un momento histórico en el que la sanidad española, incluida la catalana, estaba todavía en una etapa muy embrionaria de su desarrollo y, por supuesto, de la implantación de modelos de gestión. Esta fue la razón principal por la que las iniciativas de la sanidad catalana

marcaron, durante algunos años, el camino a seguir por el resto de comunidades. La razón de este liderazgo no fue un mérito particular, sino forzado por la necesidad de ser los primeros en inventar soluciones para problemas reales que otras comunidades todavía no tenían, ya que no gestionaban directamente sus servicios sanitarios. Al mismo tiempo, y con toda seguridad, la vivencia de los problemas de gestión de los servicios sanitarios desde el órgano central del INSALUD, gestor mayoritario en el resto del Estado, eran muy diferentes a los vividos en directo y a pie de obra con la transferencia.

Uno de los efectos de esta joven transferencia de competencias sanitarias se evidenció en la falta de suficientes profesionales formados para gestionar los servicios sanitarios. Todo

estaba por hacer y todo era posible. En este punto se habilitaron dos líneas de actuación para solventar esta deficiencia estructural de directivos sanitarios. Por una parte buscando profesionales con experiencia directiva provenientes de otros sectores, pero sin conocimiento sanitario y, simultáneamente surgió una generación de jóvenes profesionales sanitarios, mayoritariamente médicos, conocedores de las profesiones sanitarias, aunque sin experiencia en gestión y con poca conciencia del conjunto de los servicios sanitarios como sector, pero todo ello acompañado de fuertes dosis de ilusión y voluntad.

Esta etapa inicial de la gestión de los servicios sanitarios en Cataluña estuvo presidida por el aprender haciendo, la capacidad de innovación facilitada por la cercanía de los órganos de decisión y por un nivel de politización de los directivos hospitalarios realmente bajo, ya que accedieron a estos cargos diversos profesionales con diferente sintonía política. El conjunto de estos gestores pioneros tenía una gran dosis de ilusión que permitía afrontar retos complejos con la seguridad de que el esfuerzo y la voluntad lo pueden todo y, también, no hay que negarlo, por el atrevi-

miento juvenil que estaba muy presente en buena parte de estos nuevos aprendices de gestor sanitario; y, en este caso, lo de aprendices no es peyorativo, sino la constatación de una realidad.

También es cierto que aquellos primeros gestores tuvieron el atrevimiento de entrar en un ámbito profesional, el de la gestión, por el que la mayoría de los colegas de profesión no tenían mayor interés, y consideraban el trabajo directivo burocrático e incluso con un poco de menor valoración por el hecho de dedicar la vida profesional a la gestión.

En aquel momento los médicos dedicados a la gestión podían contarse con los dedos de una mano y, aunque eran y son profesionales de prestigio y maestros de gestores, no fueron reconocidos hasta unos años después, junto con algunos ilustres y reconocidos gestores, cuyo origen profesional no era el sanitario.

Las características fundamentales de un gestor sanitario no han cambiado a lo largo de estas casi tres décadas. Básicamente consisten en:

1. Capacidad de visión global.
2. Habilidades comunicativas.
3. Conocimientos del “negocio”.
4. Sentido común.

Estas competencias deben ir acompañadas de esfuerzo, prudencia y honestidad.

Las últimas no se pueden aprender; son innatas. La capacidad de esfuerzo sostenido, el sentido de la prudencia y la honestidad como expresión de los valores, son elementos de la personalidad, y aunque se pueden moldear ligeramente, son inherentes al individuo y, por lo tanto, poco modificables.

Las primeras características necesarias mencionadas pueden aprenderse y durante los años ochenta multitud de profesionales, incluidos los que ya estaban ocupados en la gestión de los servicios sanitarios, se formaron en prestigiosas escuelas de negocios para desarrollar estas habilidades directivas. Las características del momento generaron esta paradoja en la que había profesionales formándose para un trabajo que ya estaban llevando a cabo.

En este punto podríamos plantearnos si los gestores de los servicios sanitarios deben ser profesionales sanitarios incorporados a la gestión, o gestores originarios de otras disciplinas incorporados a la sanidad. Probablemente este debate pueda resultar poco relevante

en la actualidad, pero a principios de la década de los ochenta estaba en plena vigencia. A estas alturas este es un debate irrelevante por diversas razones: por una parte ha habido excelentes y reconocidos gestores sanitarios con ambos orígenes, y por otra la complejidad reconocida del sector sanitario ha hecho que los puestos directivos hayan sido poco atractivos para los profesionales de otros sectores. En este punto también es necesario mencionar que los niveles retributivos de los gestores sanitarios están muy por debajo de los de los directivos de otros sectores. Todo ello ha facilitado la promoción de la cantera interna. También se ha consolidado la generación *amateur* de pioneros, que se ha ido convirtiendo en una generación con experiencia y se ha complementado con una nueva de profesionales sanitarios cuya opción por la gestión ha sido determinante y ha constituido su primera opción profesional, encauzando en esta línea su formación postgrado y prestigiando la opción por la gestión como una alternativa atractiva para los profesionales sanitarios. En esta nueva generación se han incorporado prestigiosos gestores cuya for-

mación de origen proviene de las diferentes profesiones sanitarias.

Durante las décadas de los ochenta y los noventa se ha consolidado en Cataluña, y también en el resto del estado, un sólido conjunto de profesionales dedicados a la gestión de los servicios sanitarios. Es evidente que hoy por hoy podemos hablar de un conjunto homogéneo de profesionales con vocación de servicio público, con voluntad y con capacidades sólidas adquiridas con la formación y con la experiencia.

He afirmado que la transferencia precoz de competencias originó la necesidad de profesionales capaces de gestionar los servicios sanitarios, pero también se hizo evidente esta necesidad por el hecho de que esta transferencia se acompañó de una financiación muy deficitaria de la sanidad. Los gestores surgidos en este contexto han desarrollado unas amplias capacidades para la gestión de los recursos escasos, generando iniciativas imaginativas para compaginar la creciente demanda de servicios por parte de los ciudadanos y la limitación de recursos.

Al mismo tiempo el sector sanitario catalán ha evolucionado consolidando una red de hospitales, de

origen patrimonial muy diverso, así como otra de servicios de Atención Primaria y sociosanitaria pionera en España que ha requerido gestores con capacidades y competencias diferentes para adaptarse a este amplio espectro de instituciones.

Hasta mediados los años noventa nuestro sistema sanitario ha estado muy centralizado en los hospitales y, consecuentemente, los gestores sanitarios han dedicado sus esfuerzos a la gestión de los hospitales. En los últimos 10 o 15 años se han desarrollado estructuras de gestión muy novedosas en la red de Atención Primaria, y se ha implantado una red de servicios sociosanitarios pionera en España. Este desarrollo de ambas redes asistenciales ha permitido que algunos de los gestores con experiencia hospitalaria hayan derivado hacia las nuevas necesidades de gestión en las redes en desarrollo.

La experiencia de estas más de dos décadas transcurridas permite observar que el estilo de liderazgo ejercido por los gestores de las instituciones sanitarias ha tenido una rápida evolución. La evolución que en otros sectores ha tardado todo el siglo XX en transcurrir, el sector sanitario la ha vivido en un cuarto de siglo. Al ini-

cio del período de referencia se cuestionaba incluso que las instituciones, y muy especialmente los hospitales, fueran empresas a las que se pudiera aplicar el concepto de gestión. Es más, recuerdo encendidos debates en los que el asunto a debatir consistía en clarificar si un hospital es o no una empresa. Esto explica que en los años ochenta la mayoría de hospitales estrenaron el cargo de gerente que nunca había existido con anterioridad. Parece impensable que estamos hablando de tan sólo dos décadas.

El estilo de liderazgo, en el período inicial, podríamos tipificarlo como de estilo transaccional, que suele ser protagonizado por un buen negociador, con autoridad y muy centrado en el corto plazo. En esta etapa pionera los directivos hospitalarios no estaban acostumbrados a gobernar estas complejas instituciones y los profesionales de las mismas no lo estaban a que existiera una autoridad equivalente al director general de la empresa.

Esta etapa de liderazgo transaccional, muy corta, dio paso rápidamente a un liderazgo que podríamos denominar transformador, caracterizado por unos rasgos parecidos al anterior, pero con una visión más glo-

bal, con mayor carisma y reconocimiento de los directivos que ejercían los flamantes cargos de dirección en las instituciones sanitarias y con un cierto componente de *empowerment* hacia los profesionales. Sin embargo, este liderazgo transformador tiende a mantener gran cantidad de poder en el vértice de la organización, algo que puede resultar oportuno en algunas organizaciones e inconveniente en otras, en función de su cultura interna.

Sin embargo, en las organizaciones sanitarias estructuradas en el modelo de burocracia profesional, en las que el factor determinante de la organización está en el núcleo de operaciones compuesto por los profesionales, ya que es en el mismo donde reside el conocimiento, este modelo de liderazgo puede ser especialmente difícil en el largo plazo.

Es por esta razón, y porque el transcurrir del tiempo va haciendo aflorar lo más necesario en cada momento, por lo que se está imponiendo un liderazgo que podemos denominar trascendente, en el que el directivo está fuertemente comprometido con el proyecto de la institución, trabajando para transmitir sentido de misión a los colaborado-

res e intensificando el *empowerment* de los profesionales. Este modelo de liderazgo se caracteriza por una actitud de los directivos haciendo una función de catalizador y facilitando los procesos de trabajo de las instituciones.

Esta evaluación en los diferentes estilos de liderazgo ha sido muy rápida y ha añadido complejidad al proceso de dirección. Ya en su momento el reconocido profesor de *management* Peter Drucker, de la Universidad de Nueva York, afirmó que las empresas más difíciles de gestionar son los hospitales. Esta afirmación no implica que el resto de empresas no tenga su dificultad, pero pone en evidencia que la empresa hospitalaria tiene una complejidad intrínseca reconocida por los más relevantes expertos. La gestión hospitalaria, aunque haya avanzado de forma evidente en el último cuarto del siglo XX, no ha alcanzado su plena madurez y

tiene, todavía, un largo trayecto de mejora continua por delante.

Aquella generación de gestores pioneros, que en su mayoría están en plena vida laboral, junto con las generaciones posteriores de excelentes gestores que han seguido la labor iniciada, tienen por delante una trayectoria apasionante de perfeccionamiento en el proceso de mejora de la gestión de los servicios sanitarios, en la que se abren enormes oportunidades de innovación y de creatividad en beneficio de la eficiencia y de la efectividad de las empresas sanitarias. Después de más de un cuarto de siglo de dedicación profesional podría parecer que está todo, o casi todo, visto. Nada más lejos de la verdad, sobre todo en nuestro ámbito de trabajo. Me atrevo a manifestar que, aun habiendo visto mucho, nos queda todavía mucho por ver, y lo que queda promete ser tan apasionante o más que lo transcurrido.

