
Los profesionales de la administración y gestión sanitaria

Luis Manuel Garrido Gámez

Médico Inspector. Presidente de la FAISS. Andalucía. España.

Introducción

Los centros sanitarios, para desarrollar su importante función, se ven obligados a manejar cuantiosos pero no ilimitados recursos, que por ello han de ser objeto de la máxima atención por sus directivos para lograr su más eficaz gestión. Este sencillo concepto nos lleva ineludiblemente a la idea recurrente de la necesidad de profesionalizar la gestión y de establecer una clara diferenciación entre políticos, gestores y clínicos. Sin embargo, a lo largo de los últimos años parece que no ha sido precisamente esa la realidad en la que se ha movido el mundo directivo sanitario, al menos en el entorno que hoy nos toca analizar.

El objetivo de este artículo es aportar una visión general sobre la situación actual y cómo han evoluciona-

do en los últimos años la gestión y los gestores en los centros sanitarios de Andalucía, esencialmente a partir del traspaso, a principios de los años ochenta, de las competencias sanitarias a esta comunidad. Evolución que sin duda ha estado ligada a la sufrida por el propio sistema y sus condicionantes financieros asociados, y que, aunque no ha podido ser muy distinta de la del resto del estado español, presenta algunas peculiaridades que iremos resaltando a lo largo de la exposición.

Confío en que la exposición contenga los elementos de juicio suficientes para propiciar un debate sereno y fructífero sobre los distintos avatares sufridos en este tema, la situación actual, y lo que nos puede deparar el futuro a la luz de las últimas novedades que emergen con fuerza en el panorama de la gestión:

organigramas matriciales, procesos, calidad total, gesti3n cl3nica, mapas de competencias, etc.

Descripci3n y an3lisis hist3rico

Aparici3n del modelo gerencial

Los a1os ochenta se caracterizaron en lo sanitario por repetidos intentos de homogenizaci3n del sistema y por la progresiva introducci3n de t3cnicas y herramientas de gesti3n en los hospitales. El trabajo en equipo y la direcci3n por objetivos ser3an las piezas b3sicas de lo que dio en llamarse a partir de mediados de los a1os ochenta el “nuevo modelo de gesti3n”, cuyo objetivo no era otro que comenzar a introducir la cultura de empresa en las organizaciones sanitarias y disminuir el coste que comenzaba a dispararse.

Hasta entonces no se pod3a hablar de gesti3n directiva en sentido estricto, los centros se “administraban”. Tanto los jefes de servicio vitalicios, que compaginaban a menudo su labor con la de catedr3ticos (tambi3n vitalicios) de universidad, como los administradores, que manejaban las “cuentas” de los centros, eran “intocables” y pod3an organizar a su conveniencia los mismos.

La cultura de los profesionales sanitarios, sobre todo la de los m3dicos, se edificaba en torno al proceso asistencial y su labor se centraba fundamentalmente en lo cl3nico, dejando en manos de los administradores la organizaci3n y la gesti3n de los recursos necesarios para la buena marcha del hospital y la responsabilidad de que el gasto se ajustara al presupuesto, algo que, por otra parte, casi nunca se lograba, al menos en la esfera p3blica. Unos y otros, seguramente con la voluntad de prestaci3n del mejor servicio, pero sin un concepto demasiado claro de pertenencia a una organizaci3n superior cuya misi3n 3ltima era la satisfacci3n de las necesidades sanitarias de los ciudadanos a un coste sostenible.

Es en 1984 cuando aparece el “nuevo modelo de gesti3n hospitalaria”, tachado por algunos de excesivamente “taylorista”, que recog3a la necesidad de implantar una serie de medidas encaminadas a la puesta a punto y reforma de los hospitales. La necesidad de “hacer gesti3n”, el trabajo por objetivos asistenciales y econ3micos y la creaci3n de una estructura homog3nea fueron sus caracter3sticas identificativas principales.

El mismo año se introduce también un cambio normativo que había de ser fundamental en la organización sanitaria de los centros: se pasa del modelo de jefes de servicio vitalicios a otro de mayor responsabilidad y autonomía, en el cual los nombramientos se hacen por concurso abierto, valorando a la persona y al proyecto de gestión del servicio, y que preveía una reevaluación periódica en función de los resultados. Este cambio debía propiciar posteriormente la incorporación paulatina del jefe clínico a un ámbito más amplio de gestión, con competencias sobre recursos, actividad y resultados.

Desbloquear la situación y poner en marcha la reforma no resultó fácil, y no sólo por la falta de cultura organizativa y la inercia de años de absolutismo clínico, si no por la carencia en el sistema de personas con la formación y la habilidad suficiente para conducir a estas organizaciones hacia los nuevos objetivos. No era fácil encontrar gestores que combinaran la experiencia directiva con la sanitaria, convencidos de la necesidad del cambio a la vez que dotados de la suficiente autoridad para lograr romper las pautas de trabajo tradicionales y presionar a la organización para mejo-

rar los resultados; directivos capaces, en suma, de ser referentes organizativos para llevar a buen puerto la reforma.

Esta situación obligó a profesionales con poca o ninguna experiencia, pero con mucha ilusión, a “tirar del carro” de la gestión. Los últimos coletazos de la gestión del INSALUD en Andalucía y los primeros de la recién creada y efímera Red de Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social en Andalucía (RASSA) se plasmaron en una generación de jóvenes profesionales, que tras haber aprobado en muchos casos las oposiciones a médico inspector (El Reglamento General de Régimen de Gobierno y Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, aprobado por Orden de 7 de julio, había establecido en 1972 que los puestos de directores de hospitales y ambulatorios recaerían en médicos inspectores del Cuerpo Sanitario del Instituto Nacional de Previsión) eran enfrentados, sin mas bagaje que su formación, ilusión y ganas de trabajar, a lidiar las más difíciles faenas con “vitorinos” bregados en los ruedos sanitarios para “reconvertirlos” a las nuevas culturas sanitarias jerarquizadas, todo ello sin más armas que

mucha psicolog3a, algo de “mano izquierda” y alguna que otra amenaza de reducci3n de cupos.

Para controlar el coste y poder comparar el rendimiento entre los distintos centros, las organizaciones fueron reestructuradas introduciendo mecanismos de planificaci3n en la gesti3n y control. Fueron a3os de “ajuste” duro en los que, en muchas ocasiones, la toma de decisiones se basaba m3s en la intuici3n que en la escasa informaci3n que aportaban los reci3n instaurados “cuadros de mando”. A3os en los que se quemaron muchas ilusiones y tambi3n alg3n que otro profesional, pero tambi3n a3os, y justo es reconocerlo, en los que numerosos ejemplos dan fe de la capacidad de presi3n de los nuevos gestores en busca de la eficiencia: en un periodo relativamente corto en el tiempo se lograba bajar casi a la mitad las estancias medias, y por fin se pod3a controlar y medir la producci3n hospitalaria, aspecto de la gesti3n hasta entonces ignorado.

Cuando estos profesionales hab3an abierto la brecha en las defensas corporativistas a costa de no pocas incomprendimientos y enfrentamientos se pens3 que era un buen momento para dar otro aire a la gesti3n, menos impe-

rativa y m3s argumentada, buscando un nuevo equilibrio de poder entre los profesionales de la gesti3n y el resto del personal del hospital, y se produjo el salto de algunos m3dicos vinculados a la actividad cl3nico-asistencial a puestos de direcci3n hospitalaria, esencialmente Jefes de Servicio que sin formaci3n directiva accedieron a las Direcciones M3dicas. La confrontaci3n estaba servida.

Paralelamente, centros de formaci3n como la Escuela de Gerencia Hospitalaria, que hab3a iniciado su andadura en 1982, y en Andaluc3a la Escuela Andaluza de Salud P3blica, a partir de 1985, se ocuparon de desarrollar cursos de gesti3n y administraci3n sanitaria para la formaci3n de personal especializado, y propiciaron de alguna manera que el personal formado en ella, avalado por el mayor o menor prestigio acad3mico de la instituci3n y con un amplio bagaje te3rico, irrumpiera tambi3n en la gesti3n.

Nace as3 una segunda generaci3n de directivos, con una presumible buena formaci3n en el manejo de los centros, pero como los anteriores, poco duchos en la pr3ctica de la gesti3n cotidiana, por lo que su choque con la realidad asistencial aport3 m3s

de un conflicto. Quizás por ello, y porque el gasto disparado hacía cada vez más acuciante tomar medidas drásticas de contención, debió pensarse que la solución pasaba por poner los centros hospitalarios en manos de gestores no médicos, procedentes de empresas privadas, que sin duda, aplicando criterios de gestión empresarial ahorrarían una buena “pasta”. Se “tiró” de gestores mediocres que la crisis económica de la época había desplazado al paro, esencialmente amigos, familiares y conocidos y, en algunos casos, mediocres profesionales, ya que los “buenos” normalmente permanecían en sus puestos. De esta manera, sin más conocimientos del mundo sanitario que haber padecido algún par de catarrros, se les puso al frente de una compleja maquinaria que en poco o nada se parecía a su mundo de procedencia.

En el ámbito normativo, la Ley 8/1986 de 6 de mayo del Servicio Andaluz de Salud (SAS), vino a dar cobertura legal a esta situación y potestad a la Consejería de Salud para el nombramiento de los directivos de los centros sanitarios de este organismo, y en su virtud, se dictan dos órdenes de 13 de noviembre de

1986 y 9 de julio de 1987, que constituyen el marco legal para el nombramiento y remoción de cargos directivos de Atención Primaria y hospitales respectivamente, por el procedimiento de libre designación y cese, y que en la práctica resultaba ser libre decisión para disponer lo que se crea conveniente; eso sí, con convocatoria pública anunciada en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía (BOJA). Aunque en teoría podían optar a puestos directivos funcionarios, estatutarios y personas provenientes de la esfera privada, los funcionarios quedaban lamentablemente en “desventaja”, ya que debían renunciar a su puesto de trabajo habitual y solicitar excedencia para dirigir los centros.

En esos años se crea en la Dirección General del SAS competente en materia de personal, una “unidad de directivos” que supuestamente manejaría un extenso banco de datos de personas que, convenientemente formadas, y sin importar su procedencia, estarían dispuestas a afrontar el reto de dirigir un centro sanitario, y que, sólo tras un duro y cuidadoso proceso de selección, podrían acceder a un puesto de responsabilidad. La realidad era bien distinta, los posibles candi-

datos eran más bien escasos y el hecho de no ser pocos los nombramientos en los que se le comunicaba a la persona “elegida” la necesidad de inscribirse “a toro pasado”, en la citada unidad provocó la falta de credibilidad y el desinterés consiguiente de los posibles candidatos y la unidad languideció con más pena que gloria.

La amistad, buena relación o color político pesaban más que la formación o los resultados de gestión. Cuando los resultados objetivos eran tan malos que no se podían maquillar, bastaba “castigar” a los que habían sido “malos”, dándoles una nueva oportunidad en otro hospital para demostrar su “valía”. Por si el panorama no era ya lo suficientemente desalentador, los puestos directivos de instituciones sanitarias resultaron ser también un buen recurso para reubicar sin tener que dar demasiadas explicaciones “defenestrados políticos”, gestores muchas veces mediocres que, en ocasiones, su única relación con la sanidad derivaba de alguna gripe mal curada. Fueron años en los que era frecuente escuchar la frase: “los hospitales están enfermos de política”.

En todo caso, el final de la centuria se caracterizó por gestores “impro-

visados” de todo tipo y procedencia, con mayor o menor formación específica previa y con escasa experiencia que sólo se incrementaba en función de errores y un mayor o menor esfuerzo personal. Las habilidades se adquirían de la práctica diaria y de algún que otro curso excesivamente teórico, que en muchos casos lo único que conseguía era separar aún más a los directivos de la realidad cotidiana.

Todo este cúmulo de “bandazos” provocó en pocos años una altísima rotación de directivos. En los años noventa se podía decir que la mitad de los directivos de centros sanitarios andaluces había estado ya en más de un hospital, y casi un cuarto en cuatro o más centros distintos. Esta situación sin duda llevaba a una gran sensación de vulnerabilidad y a una consecuente gran resistencia a la toma de decisiones comprometidas. Dado que la continuidad de los gestores en los cargos dependía no tanto de la eficiencia como de sus relaciones “sociales” y sus afinidades “políticas”, los directivos que aguantaban más tiempo en un mismo puesto eran precisamente los que se limitaban al *carpe diem* y a los “experimentos con gaseosa”.

Crisis del gerencialismo

Posiblemente la mediocridad y una cuidada abstinencia en la toma de decisiones fueron los factores que más contribuyeron, junto al fuerte desencuentro con los profesionales sanitarios ya apuntado, a la crisis del “gerencialismo” unos años después. El modelo gerencial se había postulado en su momento como la superación del modelo administrativo tradicional, y lo hizo apoyándose en sus posibles aportaciones en cuanto a la capacidad de innovación en el gobierno de los centros sanitarios, amparado en un contexto de escasos recursos económicos y en el seno de una administración pública fuertemente burocratizada.

En un contexto internacional de inquietud por adoptar reformas sustanciales en los distintos sistemas sanitarios destinados a garantizar su sostenibilidad, del que buenos ejemplos son el Informe Dekker en Holanda, el Plan Griffiths en el Reino Unido o la Reforma Blüm en Alemania, se constituye en España la Comisión Evaluadora del Sistema Nacional de Salud, que popularmente denominada “Comisión abril”, aprobaba en 1991 un conjunto de 64 recomendaciones orientadas a la organización

y gestión del Sistema Nacional de Salud y para la reforma de la asistencia sanitaria pública.

De entre estas cabe destacar la descentralización, la separación de la financiación de los servicios de la provisión, el refuerzo de los sistemas de información, la contratación externa de servicios, la provisión mixta pública-privada, la aplicación de técnicas de gestión empresarial al ámbito sanitario y la distinción entre la atención sanitaria y la social.

El modelo gerencial supuso la aplicación de técnicas de gestión empresarial al ámbito sanitario y un desarrollo jerárquico de tipo piramidal. La toma de decisiones se hacía en función de objetivos, sobre la base de elementos de competencia y “libre mercado” y resaltando la primacía de los productos finales frente a los procesos productivos. Aunque correctamente subordinada a una cultura de orientación al ciudadano, a veces olvidaba a los profesionales.

Se pensaba que a través de las decisiones de los gerentes respecto de los procesos de producción, los precios, los productos y servicios a los “clientes” se podría influir en la mejor consecución de los objetivos en salud

de las administraciones, y lo cierto es que los hospitales mejoraron en estructuras, producci3n, calidad y satisfacci3n, pero contando con diversas sinergias que impiden saber cu3nto puede ser atribuible al modelo y cu3nto a otros factores como la universalizaci3n de las prestaciones sanitarias, las inversiones en infraestructura y el desarrollo profesional de las especialidades cl3nicas.

En este entorno nacieron y se desarrollaron los gerentes de hospitales, a semejanza de otros sectores productivos, pero el control del creciente gasto sanitario no se logr3 y los hospitales, tradicionalmente y salvo muy contadas excepciones, siguieron generando d3ficit en sus presupuestos a3o tras a3o. Los mecanismos de descentralizaci3n y competitividad y la introducci3n del denominado "mercado interno", que dotaba al modelo de un sentido empresarial, no fue la panacea econ3mica y los resultados constatados no eran mejores que los obtenidos con los esquemas anteriores. El modelo gerencial hizo crecer desproporcionadamente el servicio de administraci3n, incrementando de forma notable la burocracia interna, desplaz3 a los profesionales sanitarios de la toma de

decisiones cuando posiblemente eran los m3s capacitados para hacerlo adecuadamente, y argumentando razones de urgencia en el control del gasto no se dej3 tiempo para esperar modelos consensuados.

Quiz3s por ello en la 3ltima d3cada del pasado siglo se comenz3 a pensar que posiblemente el problema de la gesti3n no resid3a en los gestores, ni siquiera en los profesionales, y se lleg3 a la conclusi3n de que deb3a de ser la rigidez de los esquemas administrativos la que no permit3a un mejor desarrollo de la gesti3n de los centros. As3, en un intento de dotarlos de mayor autonom3a, dinamismo y agilidad, durante estos a3os se van "inventando" y configurando distintas figuras administrativas para las organizaciones sanitarias: fundaciones, empresas p3blicas, consorcios, etc., que en la pr3ctica resultaban ser bastante similares. En Andaluc3a la modalidad "elegida" fue la figura de las empresas p3blicas, cre3ndose bajo esta "denominaci3n de origen" un par de hospitales y la Empresa P3blica de Urgencias y Emergencias Sanitarias.

En el plano normativo, la Orden de 17 de julio de 1992 de la Consejer3a de Salud viene a regular el sistema de provisi3n, nombramiento y

cese de órganos de dirección y cargos intermedios de los hospitales y centros asistenciales andaluces, añadiendo la posibilidad de reserva de un puesto de trabajo de nivel básico en el área de salud de procedencia y previendo un sistema de nombramientos provisionales por parte de la Dirección Gerencia del SAS.

Esta etapa se caracterizó a nivel financiero por la heterogeneidad de los mecanismos y criterios de financiación empleados para cada una de las comunidades y la utilización de diferentes criterios de reparto de los recursos (coste efectivo, población de derecho, población protegida, índice de imputación, etc.), todos ellos fuertemente dependientes del proceso de negociación política, lo que llevó a comunidades como Andalucía a la insuficiencia crónica de los recursos asignados y constituyó, sin duda, una dificultad añadida a los gestores que en ella trabajaban.

Puede que el desarrollo profesional, que empezaba a apuntarse a finales de los años noventa y el modelo gerencial tuvieran algún tipo de colaboración, esencialmente a través de las Direcciones Médicas de los centros y en función de las personas que ocupaban los puestos, pero lo que sí

es seguro es la constatación de marcadas diferencias, y en ningún caso se pudo hablar de cooperación mutua. Fueron años en los que se abrió una gran brecha entre médicos y gestores, al confrontar un modelo gerencial, rígido y piramidal con un modelo clínico, flexible y orientado a resultados.

El solo desencuentro entre profesionales sanitarios y gestores hace que el modelo gerencial se comience a cuestionar a finales de los noventa. Además, el propio agotamiento generacional, el desarrollo de más eficaces sistemas de información, la exponencial aparición de nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas y el desarrollo de los procesos asistenciales nos han llevado a unas necesidades de gestión sanitaria radicalmente nuevas, ante las cuales el modelo vigente parece que ya no puede dar respuestas. El “gerencialismo”, que representó un gran salto respecto de la burocracia administrativa tradicional a mediados de los ochenta, entra en crisis con el nuevo siglo.

La gestión sanitaria en el siglo XXI

El 27 de julio de 2001 se aprobaba, en el seno del Consejo de Políti-

ca Fiscal y Financiera, el nuevo acuerdo de financiaci3n de las comunidades aut3nomas de r3gimen com3n, que supuso cambios significativos para la financiaci3n de la sanidad auton3mica y sirvi3 para acelerar el proceso de transferencias sanitarias hacia las comunidades que a3n no hab3an asumido su gesti3n. En enero de 2002 todas las comunidades aut3nomas son ya competentes en la gesti3n de los servicios sanitarios y por primera vez, de forma efectiva, la Espa3a de las autonom3as incorpora una gesti3n descentralizada del sistema sanitario.

En el plano normativo, en esta d3cada, de conformidad con lo previsto en el art3culo 3 de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, el Decreto 75/2007 de 13 de marzo, viene a regular el sistema de provisi3n de los puestos directivos y cargos intermedios de los centros sanitarios del SAS en el marco de los criterios generales de provisi3n establecidos en el art3culo 29 de la citada Ley 55/2003.

Por otra parte, el apartado I del art3culo 10 y la disposici3n adicional d3cima de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenaci3n de las Profesiones Sanitarias, introduce con-

ceptos como la acreditaci3n de profesionales y el desarrollo profesional, en los que incide el Acuerdo de 16 de mayo de 2006, suscrito en el seno de la Mesa Sectorial de Sanidad, sobre pol3tica de personal de las Instituciones Sanitarias dependientes del SAS, ratificado por el Acuerdo de Consejo de Gobierno de 18 de julio de 2006, y se introduce la evaluaci3n de competencias profesionales dentro del procedimiento de selecci3n de los puestos de responsabilidad que en cada momento se establezcan en el SAS. A estos efectos la citada norma "recrea" un registro de aspirantes a directivos dentro de la Direcci3n General del SAS competente en materia de personal en cada momento, al que denomina "registro de personas candidatas".

Entre los aspectos m3s relevantes de la norma est3 que la convocatoria para la provisi3n de los puestos directivos se publicar3 en el BOJA y detallar3 cada uno de los puestos, requisitos y criterios para determinar la idoneidad de las personas aspirantes y cualquier otra circunstancia que, en su caso, vaya a ser valorada. La posibilidad de presentar solicitudes de forma abierta y permanente por cualquier persona

sin necesidad de estar vinculada previamente al Sistema Nacional de Salud y la inscripción en un citado registro único de los candidatos que tras la evaluación correspondiente resulten ser idóneos, completan los aspectos más o menos novedosos de la norma.

Un aspecto a señalar, y no precisamente achacable a la norma sino a la normativa general vigente sobre función pública, es que los funcionarios, de nuevo, quedan en inferioridad de condiciones respecto de los estatutarios a la hora de optar a un puesto directivo. Mientras que a estos últimos se les declara en situación de servicios especiales y se les garantiza el derecho al cómputo de tiempo a efectos de antigüedad y carrera, y a la reserva de la plaza de origen, incluso aunque esta estuviera ocupada de forma temporal, respecto del personal funcionario de carrera que acceda a un puesto directivo sólo indica que se mantendrá en la situación administrativa prevista en la normativa sobre función pública que le resulte de aplicación, lo que en la práctica supone la pérdida de la reserva del puesto de trabajo y la necesidad de reingresar al “servicio activo” una vez cesado.

Ello condiciona que los funcionarios sean bastante menos proclives al desempeño de estos puestos, por su condición y vinculación, que el resto de personal, ya sea estatutario o ajeno a la organización. Lo cierto es que tampoco hay demasiadas personas dispuestas a sacrificar su vida personal o familiar, cambiar el lugar de residencia e iniciar una carrera profesional en puestos directivos sanitarios, ya que a pesar de estar relativamente bien retribuidos, probablemente no lo estén lo suficiente para el sacrificio personal que comporta. En este marco las personas solteras, separadas o divorciadas, junto con los que no disponen de un puesto de trabajo de carácter fijo, son los candidatos ideales por disponibilidad y presumible fidelidad a quien los nombra.

Señalan los expertos como aspectos comunes a esta época la importancia de la autonomía de los hospitales y resto de proveedores sanitarios, el gran desarrollo que experimenta la gestión clínica, la orientación de los servicios hacia la calidad total, la recuperación del protagonismo compartido entre usuarios y profesionales y el énfasis creciente en la efectividad de la

pr3ctica cl3nica y la medicina basada en la evidencia.

Desde un punto de vista organizativo el organigrama desarrollado bajo el modelo gerencial de tipo piramidal se ve sometido en estos a1os a fuertes tensiones con la aparici3n de nuevos liderazgos, en funci3n de equipos multidisciplinarios con el objetivo de la mejora continua de los resultados de los procesos asistenciales, y se puede decir que se diluy3 con la incorporaci3n de manera real de los responsables directos de los servicios a la estructura directiva. No es arriesgado decir que en estos a1os los pilares sobre los que se asentaba la concepci3n tradicional del hospital se resquebrajan y la jerarquizaci3n convencional comienza a desaparecer. Cumplido su objetivo, probablemente el gerencialismo se va a ver sustituido progresivamente por un modelo horizontal, basado en la gesti3n de procesos, quedando cada vez m3s la responsabilidad de la toma de decisiones en manos de los propietarios de dichos procesos.

En este contexto, se hace m3s necesario que nunca primar la competencia en la gesti3n, y sobre todo conseguir la motivaci3n de directivos y

profesionales, pero la realidad es que a1n se sigue percibiendo, en los primeros albores del siglo XXI, una excesiva politizaci3n de los directivos y una falta de profesionalizaci3n. Los nombramientos se realizan por amistad o afinidad pol3tica seg1n el partido en el poder, y sus decisiones est3n marcadas por una escasa base cient3fica y/o justificaci3n t3cnica. Se hace preciso marcar una distancia entre la pol3tica y la gesti3n, o de lo contrario nos veremos abocados a una p3rdida de autoridad (“ya vendr3n los ‘m3os’...”), a una falta de continuidad para desarrollar proyectos (“total, para un par de meses que quedan para las elecciones...”), a una falta de credibilidad (“eres un ‘pol3tico’...”), a una debilidad gerencial (“ya veremos qui3n se sale con la suya...”) y, en fin, al ya citado conservadurismo (“el que se mueve no sale en la foto”). Los objetivos pasan as3 a un segundo plano y no pasa nada si no se cumplen, eso s3, resulta un error muy grave no cumplir otros “compromisos”.

Perspectivas y propuestas de futuro

Los cambios en el entorno social y tecnol3gico han obligado a nuestras

organizaciones a ser más complejas y competitivas, lo que exige encontrar formas de estimular la creatividad y el potencial de los profesionales en todos los niveles. El recurso humano ha ido adquiriendo una importancia creciente, y es uno de los pilares estratégicos de cualquier organización. El hecho de que la estructura organizativa gire en torno a nuevos conceptos, la persona y sobre todo el equipo, hace imprescindible el incremento del sentido de pertenencia, dedicación y libertad creativa de todos los profesionales dentro de la organización.

Se impone un cambio cultural que es demandado ya por muchos expertos en estrategia e innovación empresarial, cambio que permita integrar y consolidar en nuestro particular universo cultural que los beneficios los producen las ideas y que las ideas las producen las personas, o mejor, los equipos de profesionales conjuntados y motivados. "Ninguno de nosotros es tan inteligente como todos nosotros", dice a propósito de esto Warren Bennis, profesor de administración de empresas en la Universidad de California y asesor de hasta cuatro presidentes estadounidenses, y defiende que son los pro-

fesionales especializados del sector, con su competencia y conocimiento directo sobre el medio, los más cualificados para lograr la mejor consecución de los objetivos de la organización.

Las preocupaciones de los directivos de la salud españoles son seguramente las mismas en todos los rincones de España. Ya sea en Madrid, Cataluña, Galicia o Andalucía, los problemas a los que se tienen que enfrentar son similares y las soluciones no muy diferentes. Los que pensaban que con las transferencias sanitarias se propiciaban situaciones y modelos de gestión más independientes, no han visto sus expectativas cumplidas y observan cómo los retos, independientemente del servicio de salud en los que se "cuecen", son muy similares. Listas de espera, organización de los servicios y financiación son problemas comunes a todos los hospitales españoles y sus soluciones son muy similares independientemente de dónde se produzcan.

Por ello, la revisión de la figura gerencial, y por extensión y en buena medida la de todos los directivos en el sentido amplio, debe ser homogénea para todo el Sistema Nacional de Salud, y situarse en el contexto de la

necesaria adecuaci3n a las nuevas demandas sociales y a los condicionantes del progreso t3cnico y cient3fico. En los hospitales del futuro la m3xima figura directiva sin duda deber3 recaer en alg3n profesional sanitario convenientemente formado en habilidades directivas. La gesti3n no parece ser hoy patrimonio de una profesi3n, sino que es una cualidad que debe estar presente, en mayor o menor medida, en el quehacer profesional de todo aquel que trabaja en una organizaci3n y es responsable de la utilizaci3n de recursos.

Jos3 Luis Guti3rrez, Director Gerente del Servicio Andaluz de Salud, en un reciente encuentro con sus directivos, ha realizado toda una declaraci3n de intenciones en esta l3nea, al afirmar que: "La idea es que el cl3nico comparta la responsabilidad a la hora de distribuir los recursos, controlando el proceso cl3nico al tiempo que es consciente de lo que supone su actividad para el sistema en t3rminos econ3micos". Esto supondr3a descargar a los directivos cl3sicos de ciertas funciones esencialmente organizativas y de gesti3n de recursos para poder dedicarse a la macrogesti3n, a la coordinaci3n y a la evaluaci3n del centro.

A su vez, la gesti3n cl3nica ha surgido con fuerza como un concepto capaz de promover, por su aplicaci3n en la pr3ctica cl3nica cotidiana, la adecuada toma de decisiones cl3nicas entre varias opciones alternativas, y conseguir resultados seguros, buenos y liberadores de recursos para su utilizaci3n en otras funciones de atenci3n a los pacientes, prescindiendo "en parte" de las labores cl3sicas de direcci3n y gesti3n. La gesti3n cl3nica va a requerir desarrollar organigramas de tipo matricial y la tradicional organizaci3n jer3rquica funcional y verticalizada deber3 dar paso o convivir con otras formas orientadas a coordinar actividades y a cumplir objetivos dirigidos al paciente.

En un futuro las organizaciones sanitarias habr3n de comprometerse en la gesti3n de la calidad total en un intento por promover la calidad y la productividad. Los expertos han identificado una serie de variables que tienen influencia en la puesta en marcha satisfactoria de la gesti3n de la calidad total, entre las que destacan al equipo de trabajo, a los proveedores y, sobre todo, al liderazgo.

El liderazgo se caracteriza por una serie de habilidades. No es cuesti3n de tener un t3tulo o un cargo, sino

de influir sobre los demás para conseguir un resultado positivo, y a esta misión todos nos podemos sentir llamados: los clínicos pueden asumir su responsabilidad en la solución de los retos que actualmente afronta la sanidad y dar un paso adelante en los aspectos relacionados con el liderazgo, siempre que se formen adecuadamente; los funcionarios, cuyo compromiso con el sistema es evidente, lo tienen más difícil por las ilógicas limitaciones que su propia condición les impone, pero qué duda cabe que su aportación puede contrarrestar una posible falta de objetividad de quien se identifica con una parte de las tareas de un centro en función de su formación clínica y/o pertenencia a un determinado servicio. Finalmente, todos los que accedan al mundo sanitario desde la empresa serán bienvenidos siempre que lo hagan desde la perspectiva de su compromiso con la sanidad y los sanitarios, y no para llevar a cabo su particular “travesía del desierto”. En todo caso, unos y otros deberán ser conscientes de la importante responsabilidad que asumen y afrontar el reto de contribuir al desarrollo de nuevas formas organizativas, realizar una gestión eficaz de los recur-

sos, manejar los conceptos y las herramientas de la gestión por procesos e integrar estrategias de calidad total.

La administración debe ser consciente de que su verdadero aliado es el gestor comprometido, el que toma decisiones y el que le “saca las castañas del fuego”, aunque a veces conocer la realidad sea poco apetecible para el político “de turno”. Los sistemas de libre y, en la práctica, discrecional nombramiento y cese de puestos directivos, crean un modelo cortesano que sin duda es percibido por el directivo como una continua amenaza, al entender que su continuidad depende más de complacer a quien le ha nombrado que de desarrollar adecuadamente el proyecto de gestión que le está encomendado. Hay que evitar el concepto colonial del directivo equiparado a un Virrey de Indias, del que a la Corona lo único que le interesaba era que mandara todo el oro y piedras preciosas que pudiera, sin necesidad de tener que enterarse de lo que realmente ocurría en sus dominios.

Cuando el problema de la mala gestión se ha achacado por los poderes públicos principalmente a la rigi-

dez de los sistemas administrativos y para salvarla se han inventado casi todo tipo de figuras como fundaciones, empresas públicas, consorcios y hasta se ha echado mano en algunas comunidades de las llamadas concesiones administrativas, poniendo la gestión directa de los centros en manos privadas, se han mantenido sin modificar unos sistemas obsoletos de nombramiento y cese de los directivos, negándose a ver que buena parte del problema podía residir en este extremo.

A nadie escapa la necesidad de crear unos perfiles profesionales bien definidos y unos métodos de adjudicación transparentes. La libre designación ha de estar argumentada en criterios de gestión y rendimiento profesional y venir precedida de un sistema de concurrencia competitiva, evitando decisiones arbitrarias. Los directivos deben tener un nombramiento por tiempo determinado, y se debe establecer un mecanismo formalizado y transparente que contemple la posibilidad de un cese antes de finalizar el mismo.

Los sistemas de selección han de ser lo más abiertos posible, quizás sin demasiados requisitos para los puestos más cercanos al ámbito político

de decisión, pero partiendo siempre de unos criterios o principios básicos y comunes que den unas garantías mínimas de competencia profesional que contemplen una formación directiva apropiada, y los desempeños en experiencias profesionales y gerenciales anteriores, de manera que se favorezca el desarrollo de la excelencia directiva basada en las competencias.

Estos procedimientos aumentarían la estabilidad de los directivos para que sean factibles proyectos de gestión más dilatados y menos vulnerables a alternancias políticas. El nombramiento y cese de directivos tiene que guardar relación con factores objetivables del desempeño para promover un comportamiento eficiente. Favoreciendo la selección progresiva de los mejores, aportaremos estabilidad institucional a los puestos.

Como elementos esenciales que deberían estar presentes siempre en el perfil del directivo sanitario, independientemente de su procedencia, formación o ideas políticas, destacaríamos una adecuada cualificación profesional, un profundo conocimiento de la realidad sanitaria y hospitalaria, dotes de liderazgo notables, capacidad de diálogo y negociación, gran aptitud para

la innovación e iniciativa para la toma de decisiones.

Un extraordinario elemento motivador en nuestro ámbito sería la introducción de unas posibilidades de desarrollo profesional ligadas a unas aptitudes y competencias. La introducción de un mapa de competencias en la gestión puede ser la clave de un desarrollo profesional si se hace de manera coherente y mantenida. Lógicamente, habría que acometer la solución a determinados problemas que la propia especialización puede crear, como puede ser el del regreso a la actividad clínica del personal sanitario, ya que una excesiva profesionalización del directivo nos podría llevar a una forzada inmovilización de los profesionales en su puesto de trabajo. Como en tantas cosas de la vida los “extremos” son siempre problemáticos y habrán de evitarse.

Por otra parte, la idea de descentralizar la gestión nos lleva forzosamente a la necesidad de crear órganos colegiados de gobierno que defiendan los intereses de los poderes públicos y de los ciudadanos a los que estos representan. Este tipo de órganos que deberían estar dotados de la suficiente autonomía para tomar decisiones estratégicas y de

la suficiente autoridad para supervisar la función directiva evitarían en buena parte la arbitrariedad y falta de objetividad, a veces presente en las decisiones unipersonales.

En este punto quisiera hacer una referencia a una interesante iniciativa de ámbito nacional puesta en marcha en marzo de 2005 desde la Organización Médica Colegial (OMC), y que ha contado con la participación de dos sociedades científicas de Salud Pública y Gestión Sanitaria (SESPAS y SEDISA). Plasmada en un manual con 10 principios fundamentales que sería deseable se cumplieran para el buen gobierno de los centros sanitarios, bajo el título: *Decálogo para el buen gobierno de los centros sanitarios y la profesionalización de la dirección* ha tenido una notable difusión y está disponible para su descarga en la web de la OMC, pudiendo servir como elemento de debate.

Para finalizar me gustaría terminar con una reflexión basada en un cuento oriental que describía la historia de un pez que buscaba con insistencia el océano: su sorpresa fue mayúscula cuando constató que siempre había estado inmerso en él. Quizás para aumentar la productividad nos empeñamos en buscar sistemas cada

vez m3s complejos en su desarrollo y aplicaci3n, y nos olvidamos que depende esencialmente de las personas que nos rodean.

Queramos o no las organizaciones funcionan gracias a las personas, y el futuro pasa por tener cada vez m3s en cuenta sus deseos y aspiraciones para, encauzados convenientemente,

lograr los objetivos de la organizaci3n. En la creaci3n de entornos de trabajo m3s humanos y con una alta calidad de vida, y en la motivaci3n adecuada de los profesionales, pueden estar las claves para alcanzar las m3s altas cotas de productividad en la gesti3n por encima de t3cnicas, sistemas o modelos directivos.

