

Los Profesionales de la Administración y Gestión Sanitaria

***Luís Manuel Garrido Gámez
Médico Inspector
Presidente de la FAISS***

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 éste artículo es aportar una visión general sobre la situación actual y como han evolucionado en los últimos años, la gestión y los gestores en los centros sanitarios de Andalucía, esencialmente a partir del traspaso, a primeros de los 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 sufrida en el 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, Gestión Clínica, Mapas de Competencias, etc...

Descripción y Análisis Histórico:

Aparición del Modelo Gerencial

Los años ochenta se caracterizaron en lo sanitario por repetidos intentos de homogenización del sistema, y por la progresiva introducción de técnicas y herramientas de gestión en los hospitales. El trabajo en equipo y la dirección por objetivos serían las piezas básicas de lo que dio en llamarse a partir de mediados de los años 80, el "Nuevo Modelo de Gestión" 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 podía hablar de gestión directiva en sentido estricto, los centros se "administraban". Tanto los jefes de servicio vitalicios, que compaginaban a menudo su labor con la de catedráticos (también vitalicios) de universidad, como los administradores, que manejaban las "cuentas" de los centros, eran "intocables" y podían organizar a su conveniencia los mismos.

La cultura de los profesionales sanitarios, sobre todo la de los médicos, se edificaba en torno al proceso asistencial y su labor se centraba fundamentalmente en lo clínico, dejando en manos de los administradores, la organización y la gestión 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 pública. Unos y otros, seguramente con la voluntad de prestación del mejor servicio, pero sin un concepto demasiado claro de pertenencia a una organización superior cuya misión última era la satisfacción de las necesidades sanitarias de los ciudadanos a un coste sostenible.

Es en 1984 cuando aparece el "Nuevo Modelo de Gestión Hospitalaria", tachado por algunos de excesivamente "taylorista", que recogía la necesidad de implantar una serie de medidas encaminadas a la puesta a punto y reforma de los hospitales. La necesidad de "hacer gestión", el trabajo por objetivos asistenciales y económicos, y la creación de una estructura homogénea, fueron sus características 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 a 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 mejorar 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 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 mas difíciles faenas con "vitorinos" bregaos en los ruedos sanitarios para "reconvertirlos" a las nuevas culturas sanitarias jerarquizadas, todo ello sin mas armas que mucha psicología, algo de "mano izquierda" y alguna que otra amenaza de reducción de cupos.

Para controlar el coste y poder comparar el rendimiento entre los distintos centros, las organizaciones fueron reestructuradas introduciendo mecanismos de planificación en la gestión y control. Fueron años de "ajuste" duro en los que en muchas ocasiones, la toma de decisiones se basaba más en la intuición que en la escasa información que aportaban los recién instaurados "cuadros de mando". Años en los que se quemaron muchas ilusiones y también algún que otro profesional, pero también años, y justo es reconocerlo, en los que numerosos ejemplos dan fe de la capacidad de presión 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 podía controlar y medir la producción hospitalaria, aspecto de la gestión hasta entonces ignorado.

Cuando estos profesionales habían abierto la brecha en las defensas corporativistas a costa de no pocas incomprendimientos y enfrentamientos se pensó que era un buen momento para dar otro aire a la gestión, menos imperativa y mas argumentada, buscando un nuevo equilibrio de poder entre los profesionales de la gestión y el resto del personal del Hospital y se produjo el salto de algunos médicos vinculados a la actividad clínico - asistencial a puestos de dirección hospitalaria esencialmente Jefes de Servicio que sin formación directiva accedieron a las Direcciones Médicas. La confrontación estaba servida.

Paralelamente, centros de formación como la Escuela de Gerencia Hospitalaria, que había iniciado su andadura en 1982, y en Andalucía, la Escuela Andaluza de Salud Pública, a partir de 1985, se ocuparon de desarrollar cursos de gestión y administración sanitaria, para la formación de personal especializado y propiciaron de alguna manera que el personal formado en ella, avalado por el mayor o menor prestigio académico de la institución, y con un amplio bagaje teórico irrumpiera también en la gestión.

Nace así una segunda generación de directivos, con una presumible buena formación en el manejo de los centros, pero como los anteriores, poco duchos en la práctica de la gestión cotidiana, por lo que su choque con la realidad asistencial aportó más 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 catarros, 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 de 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, solo tras un duro y cuidado proceso de selección podrían acceder a un puesto de responsabilidad. La realidad era bien distinta, los posibles candidatos eran mas 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 mas 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" dándole 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 un también 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 de que "los hospitales están enfermos de política".

En todo caso, el final de la centuria se caracterizó por gestores "improvisados" de todo tipo y procedencia, con mayor o menor formación específica previa y con escasa experiencia que solo se incrementaba a base 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 mas de un hospital y casi un cuarto, en cuatro o mas 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 mas 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 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 éstas 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, producción, calidad y satisfacción, pero contando con diversas sinergias que impiden saber cuánto puede ser atribuible al modelo y cuánto a otros factores como la universalización de las prestaciones sanitarias, las inversiones en infraestructura y el desarrollo profesional de las especialidades clínicas.

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 logró y los hospitales, tradicionalmente y salvo muy contadas excepciones, siguieron generando déficit en sus presupuestos año tras año. Los mecanismos de descentralización y competitividad y la introducción del denominado "mercado interno", que dotaba al modelo de un sentido empresarial no fue la panacea económica y los resultados constatados no eran mejores que los obtenidos con los esquemas anteriores. El modelo gerencial hizo crecer desproporcionadamente el servicio de administración, incrementando de forma notable la burocracia interna, desplazó a los profesionales sanitarios de la toma de decisiones cuando posiblemente eran los más capacitados para hacerlo adecuadamente, y argumentando razones de urgencia en el control del gasto, no se dejó tiempo para esperar modelos consensuados.

Quizás por ello, en la última década del pasado siglo, se comienza a pensar que posiblemente el problema de la gestión no resida en los gestores, ni siquiera en los profesionales, y se llega a la conclusión de que debía de ser la rigidez de los esquemas administrativos la que no permitía un mejor desarrollo de la gestión de los centros. Así, en un intento de dotarlos de mayor autonomía, dinamismo y agilidad, durante estos años se van "inventando" y configurando distintas figuras administrativas para las organizaciones sanitarias: fundaciones, empresas públicas, consorcios, etc, que en la práctica resultaban ser bastante similares. En Andalucía la modalidad "elegida" fue la figura de las empresas públicas, creándose bajo esta "denominación de origen" un par de hospitales y la Empresa Pública de Urgencias y Emergencias Sanitarias.

En el plano normativo, la Orden de 17 de julio de 1992 de la Consejería de Salud, viene a regular el sistema de provisión 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 90 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 si 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 sólo 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 a 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 Política Fiscal y Financiera, el nuevo Acuerdo de Financiación de las comunidades autónomas de régimen común, que supuso cambios significativos para la financiación de la sanidad autonómica y sirvió para acelerar el proceso de transferencias sanitarias hacia las comunidades que aún no habían asumido su gestión. En enero de 2002 todas las comunidades autónomas son ya competentes en la gestión de los servicios sanitarios y por primera vez, de forma efectiva, la España de las autonomías incorpora una gestión descentralizada del sistema sanitario.

En el plano normativo, en esta década, de conformidad con lo previsto en el artículo 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 provisión de los puestos directivos y cargos intermedios de los centros sanitarios del SAS en el marco de los criterios generales de provisión establecidos en el artículo 29 de la citada Ley 55/2003.

Por otra parte, el apartado 1 del artículo 10 y la Disposición adicional décima de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, introducen conceptos como la acreditación de profesionales y el desarrollo profesional, conceptos en los que incide el Acuerdo de 16 de mayo de 2006, suscrito en el seno de la Mesa Sectorial de Sanidad, sobre política de personal de las Instituciones Sanitarias dependientes del Servicio Andaluz de

Salud, ratificado por Acuerdo de Consejo de Gobierno de 18 de julio de 2006 y se introduce la evaluación de competencias profesionales dentro del procedimiento de selección 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 Dirección General del SAS competente en materia de personal en cada momento, al que denomina "Registro de personas candidatas".

Entre los aspectos mas relevantes de la norma está que la convocatoria para la provisión de los puestos directivos, se publicará en el BOJA y detallará 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 (SNS), y la inscripción en un citado registro único de los candidatos que tras la evaluación correspondiente resulten ser idóneos, completan los aspectos mas o menos novedosos de la norma.

Aspecto a remarcar 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 suficiente para el sacrificio personal que comportan. 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 práctica clínica 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 años a fuertes tensiones con la aparición de nuevos liderazgos en base a equipos multidisciplinares con el objetivo de la mejora continua de los resultados de los procesos asistenciales y se puede decir que se diluyó con la incorporación de manera real de los responsables directos de los servicios a la estructura directiva. No es arriesgado decir que en estos años, los pilares sobre los que se asentaba la concepción tradicional del hospital se resquebrajan y la jerarquización convencional comienza a desaparecer. Cumplido su objetivo, probablemente el gerencialismo se va a ver sustituido progresivamente por un modelo horizontal, basado en la gestión de procesos, quedando cada vez más la responsabilidad de la toma de decisiones, en manos de los propietarios de dichos procesos.

En este contexto, se hace más necesario que nunca, primar la competencia en la gestión, y sobre todo conseguir la motivación de directivos y profesionales, pero la realidad es que aún se sigue percibiendo, en los primeros albores del Siglo XXI, una excesiva politización de los directivos y una falta de profesionalización. Los nombramientos se realizan por amistad o afinidad política según el partido en el poder y sus decisiones están marcadas por una escasa base científica y/o justificación técnica. Se hace preciso marcar una distancia entre la política y la gestión o de lo contrario nos veremos abocados a una pérdida de autoridad, (- Ya vendrán los "míos"...), 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 "político"...), A una debilidad gerencial (- Ya veremos quien se sale con la suya...), y en fin, al ya citado conservadurismo (- El que se mueve no sale en la foto). Los objetivos pasan así a un segundo plano y no pasa nada si no se cumplen, eso sí, resulta un error muy grave no cumplir otros "compromisos".

Perspectivas y Propuestas de futuro

Los cambios en el entorno social y tecnológico 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 profesionales especializados del sector, con su competencia y conocimiento directo sobre el medio, los mas 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 como 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 SNS, y situarse en el contexto de la necesaria adecuación a las nuevas demandas sociales y a los condicionantes del progreso técnico y científico. En los hospitales del futuro la máxima figura directiva sin duda deberá recaer en algún profesional sanitario convenientemente formado en habilidades directivas. La gestión no parece ser hoy patrimonio de una profesión, 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 organización y es responsable de la utilización de recursos.

José Luís Gutiérrez, Director Gerente del Servicio Andaluz de Salud, en un reciente encuentro con sus directivos, ha realizado toda una declaración de intenciones en esta línea, al afirmar que, "La idea es que el clínico comparta la responsabilidad a la hora de distribuir los recursos, controlando el proceso clínico al tiempo que es consciente de lo que supone su actividad al sistema en términos económicos". Esto supondría descargar a los directivos clásicos de ciertas funciones esencialmente organizativas y de gestión de recursos para poder dedicarse a la macrogestión, a la coordinación y a la evaluación del centro.

A su vez, la gestión clínica ha surgido con fuerza como un concepto capaz de promover por su aplicación en la práctica clínica cotidiana, la adecuada toma de decisiones clínicas entre varias opciones alternativas, y conseguir resultados seguros, buenos y liberadores de recursos para su utilización en otras funciones de atención a los pacientes, prescindiendo "en parte" de las labores clásicas de dirección y gestión. La gestión clínica va a requerir desarrollar organigramas de tipo matricial, y la tradicional organización jerárquica funcional y verticalizada deberá dar paso o convivir con otras formas orientadas a coordinar actividades y a cumplir objetivos dirigidos al paciente.

En un futuro, las organizaciones sanitarias habrán de comprometerse en la gestión 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 gestión de la calidad total entre las que destacan al equipo de trabajo, los proveedores y, sobre todo, al liderazgo.

El liderazgo se caracteriza por una serie de habilidades. No es cuestión de tener un título 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 mas difícil por las ilógicas limitaciones que su propia condición les impone, pero que 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 de 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 recursos, manejar los conceptos y las herramientas de la gestión por procesos e integrar estrategias de calidad total.

La administración debe de 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 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 rigidez 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 mas abiertos posibles, quizás sin demasiados requisitos para los puestos mas 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 y gran capacidad de 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 más complejos en su desarrollo y aplicación y nos olvidamos de 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 más en cuenta sus deseos y aspiraciones para, encauzados convenientemente, lograr los objetivos de la organización. En la creación de entornos de trabajo más humanos y con una alta calidad de vida, y en la motivación adecuada de los profesionales, pueden estar las claves para alcanzar las más altas cotas de productividad en la gestión por encima de técnicas, sistemas o modelos directivos.