

## ¿Son necesarios el gerencialismo y empresarialización de la asistencia sanitaria?

**Juan E. del Llano Señarís**

Fundación Gaspar Casal, Madrid

La introducción del “managerialism” en el sector público se asocia al movimiento de la nueva gestión pública de los años ochenta. La pregunta clave acerca de la empresarialización es si va en contra de la profesionalización y si puede corromper la actividad sanitaria del personal sanitario. No parece que sea así, necesariamente (1). En España, la Sanidad es el servicio público sistemáticamente mejor valorado por los ciudadanos. La Agencia Tributaria que funciona con mayor eficacia que el SNS, no está tan bien valorada, seguramente por otras razones. Dentro del discurso político de los últimos años ha sido un lugar común el referir la calidad de nuestro sistema sanitario aludiendo a sus buenos resultados en salud, a su bajo coste en comparación con otros sistemas de nuestro entorno y a defender sus principios de universalidad, solidaridad y equidad.

Aun siendo la asistencia sanitaria un pilar básico de nuestro Estado del Bienestar, el mejor valorado por la población, la salud está determinada por múltiples factores: un 50% por genes y biología; 40% a variables extrasanitarias –medio ambiente, estatus socioeconómico y conducta– y apenas un 10% al sistema sanitario. Todos recordamos enfermedades que antes eran letales y que ahora con la innovación biomédica han dejado de serlo. El tema clave es su coste. Y también, la escasa atención prestada a ese 40%.

El discurso sobre el bajo coste de nuestro sistema está puesto en duda. Es cierto que nuestro gasto, ajustado por renta, es inferior a la media de otros países europeos, pero lo que podría ser cierto respecto a países con sistemas sanitarios modelo Seguridad Social como Francia o Alemania, deja de serlo cuando nos comparamos con países con modelo Sistema Nacional de Salud como Suecia, Reino Unido o Italia. El último trimestre de 2008 la economía española entró en una intensa crisis, que además de su dimensión económico-financiera, está teniendo importantes repercusiones en los planos político y social. Se ha reducido el gasto público en un sistema recurrentemente definido como insostenible a la par que se ha promovido la privatización de su gestión y de los servicios prestados (2). Los cambios largamente retrasados pero que no podían seguir siendo aplazados indefinidamente si querían realizarse con calma, dado que la alternativa era afrontarlos con carácter de urgencia cuando la coyuntura económica fuera desfavorable, siguen pendientes. A quién no le suena que el dinero siga al paciente, que los servicios deben estar más integrados..., pero, ¿cómo encajarlo con un sistema público tan jerarquizado y rígido? El problema suele estar en que los servicios sanitarios casi nunca están entre las principales prioridades de la agenda política por el miedo que da acometer reformas de calado que modifiquen *statu quo*.

Sin embargo y a pesar de todo lo señalado, por qué el mercado se ha entusiasmado y quiere entrar con más fuerza en el sector sanitario que, como sabemos, es mayoritariamente público en financiación, provisión y gestión en muchos de los países de nuestro entorno. Posiblemente porque con o sin crisis, la financiación pública de la asistencia sanitaria en los estados con sistemas de bienestar, ha tocado techo y posiblemente no puede seguir creciendo cada año, sin acometer reformas que mejoren la eficiencia en su funcionamiento. Ade-

más, el incremento presupuestario no es siempre la respuesta. La capacidad de expansión fiscal en situaciones de prolongada recesión económica es muy problemática. Los ingresos han de igualarse a los gastos como hacemos en las economías domésticas.

Empeora el panorama que la agenda política sea ambigua. Por imposible que parezca, la política es cada vez más cortoplacista. El consenso y la fuerte deseabilidad hacia las políticas de bienestar por parte de los ciudadanos, que existía en muchos países europeos tras la II Guerra Mundial, están hoy muy atemperados. Paralelamente la medicina y su práctica se han mercantilizado, se habla de proveedor-consumidor, vendedor-comprador, oferente-demandante... Es vista como una ocupación más, igual que otras muchas. La autoestima, el respeto comunitario, la idealización de la vocación, se han ido deteriorando. Aun reconociendo la excelencia del capital humano que trabaja en el sector sanitario público y la razonable dotación de medios físicos y técnicos e innovaciones, desde hace tiempo se apuntan tensiones en nuestro sistema y muchas voces abogaban por abordar reformas sensatas. Y éstas tienen que ser lideradas. “Liderar” es gestionar voluntades, proveer el marco, los valores, los recursos y la motivación a los miembros de una organización para que sean capaces de conseguir objetivos previamente acordados. El que exista liderazgo resulta esencial cuando la coordinación de personas es importante o imprescindible para alcanzar los fines de una organización. La empresa sanitaria es intensiva en mano de obra. Cuando hay liderazgo las decisiones se toman tras una valoración crítica y están marcadas por una estrategia.

El líder considera varias opciones, vigila las posibles oportunidades y trabaja sobre listas de objetivos. Además utiliza un método prospectivo, estimula la participación y la implicación de los miembros del equipo y da forma a la cultura de la organización. Parte de la explicación a que esta palanca de cambio no actúe lo podemos estar teniendo en el desencanto, en la baja autoestima y en recelos hacia expectativas de cambio real, por los profesionales sanitarios. Por el contrario, el gestor toma decisiones rutinarias y tácticas, busca reducir la incertidumbre, se orienta fundamentalmente hacia la búsqueda de soluciones a los problemas inmediatos. Al tratar de alcanzar objetivos su método de trabajo es el análisis retrospectivo, su actitud reactiva, intercambia información con personas y trabaja dentro de la cultura de la organización. El liderazgo siempre es emergente y personal, tiene un componente moral o ético en la forma de actuar y se trata de situar en el consenso, que lo precisa o falla.

La gestión es una competencia designada y estructural, ha de ajustarse a las normas y regulaciones, es jerárquica y trata de controlar e influir sobre las personas. El liderazgo es más importante en periodos de cambio y en las estructuras organizativas más pequeñas (por ejemplo en las unidades e institutos clínicos). Por el contrario en las organizaciones más grandes y burocráticas, su administración hace que el impacto del liderazgo disminuya o hasta puede llegar a ser enemiga del mismo (por ejemplo el hospital como un todo). La mayoría de afirmaciones sobre la mayor o menor eficiencia del modelo de concesión (empresarialización) propugnado se lanzan sin datos que

las avalen. La opacidad del conjunto del SNS facilitó la algarada, pero restringió la posibilidad de adoptar decisiones informadas. No es que apenas existan datos sobre los hospitales-empresa, es que tampoco se difunden los referidos a hospitales de gestión directa, con excepciones meritorias (3).

Sin duda, el médico, si existen los incentivos y éstos tienen consecuencias, ha pasado a ser un agente económico que emplea las asimetrías de información para influir en el negocio. El lenguaje de la gestión y de los mercados competitivos ha llegado posiblemente para quedarse y ha debilitado la raigambre de una profesión otrora autoregulada. Como puso de relieve el economista Uwe Reinhardt, “los médicos han vivido como niños en una tienda de caramelos”, y ahora “nosotros, los contribuyentes, queremos que nos devuelvan la llave”. Todas estas grietas han sido aprovechadas por las bondades del mercado, la competencia, y sobre todo, agravado por una falta de respuesta nítida del papel a desempeñar de lo público. Si bien, la razón fundamental del crecimiento de lo privado es la seguridad de los retornos, razonables en cuantía y estabilidad. Las inversiones que se hacen en un sector donde la demanda no mengua, siempre habrá pacientes, hasta pueden ser inventados (4). Sin embargo, los fallos de mercado están ahí y la regulación pública ha de ser competente y nítida pues sino, la competitividad no producirá sus efectos deseables en la asistencia sanitaria.

El mantra, la moda en las discusiones sobre gestión de centros sanitarios es, consistentemente, acerca del coste, la calidad de los servicios y la organización de las estructuras organizativas. Se han mezclado los términos y confundido los conceptos. Han estado muy en boga la gestión por objetivos, la presupuestación de base cero... Están todavía de moda la reingeniería, las competencias clave, los círculos de calidad, las sinergias, las fusiones, las adquisiciones... Hasta cierto punto y hasta hace poco, más era mejor. Hemos pasado de que políticos y gestores del sector privado y público abrazaran lo grande, a que lo pequeño sea puesto en valor. Las palabras marcadas como correctas en la nueva gestión pública son la descentralización, la desinversión, la desconcentración y la especialización.

La empresarización de la prestación sanitaria necesita de etiquetas y categorías. Son indispensables. Aclaran técnicas, formas organizativas e incentivos. La prueba piloto de evaluación por comparación, entre operadores públicos y privados, no se ha llevado a cabo todavía. La generalización del modelo empresarial es improbable, por prudencia. Faltan datos de superioridad del nuevo modelo frente al tradicional. No se puede desregular alegremente. Todo ello no quiere decir que no haya que seguir pensando en el papel del dinero privado en un sector cuyo gasto crece y crecerá por encima del PIB y que muestra insuficiencia y agotamiento.

La nueva gestión pública no es sólo un conjunto de ideas prestadas de la gestión del sector privado. Enfatiza en el control de costes, en la transparencia financiera y en la descentralización de la gestión y de la autoridad. También en la creación de un mecanismo de casimercado que separa compra, de provisión, vía contratos. Por último, enfatiza en la rendición de cuentas a los pagadores y, menos a los clientes (pacientes), por la calidad de los servicios prestados, vía indicadores de rendimiento y de resultado.

Y es que la panacea no es solo la buena gestión. De hecho, en gestión ni hay, ni habrá, panaceas disponibles. ¿Por qué?, pues por las singularidades de la sanidad. Instituciones como los hospitales tienen múltiples tareas que requieren de distintos enfoques de gestión. Cualquier técnica que apliquemos propicia subidas y bajadas de los indicadores empleados. Si queremos aplicar la contención de costes como estrategia hay que reflejar lo que se pierde y lo que se gana. En concreto, se verán afectados tanto la innovación, como la autonomía profesional y el control sobre los pacientes. Hay además una cierta ambivalencia en la mayor efectividad de las soluciones tecnológicas (estructuras, procesos y resultados) frente a las culturales (aprendizaje, motivación y liderazgo) en lo referido a la mejora de la gestión (5).

Pensamos que para pilotar con éxito la modernización sanitaria es crucial el rol gestor a desempeñar por los médicos, ya que su eficacia en el desempeño es clave para una mejor gestión clínica y sanitaria. Resulta esencial incidir en los significados de «gestión, gerencialismo y empresarización» para mejorar la identificación de los médicos gestores con su rol como gestor. Añadiría que el alejamiento de la interferencia política en la práctica gestora sería otro elemento crucial. Pero esto ya es otra historia.

## Referencias

- (1) Javier Gafo, editor. El derecho a la asistencia sanitaria y la distribución de recursos. Universidad Pontificia Comillas de Madrid, 1999.
- (2) Fernando I. Sánchez-Martínez, José María Abellán-Perpiñán, Juan Oliva-Moreno. Informe SESPAS. La privatización de la gestión sanitaria: efecto secundario de la crisis y síntoma de mal gobierno. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014;28 Supl 1:75-80, Vol. 28.
- (3) Salvador Peiró, Ricard Meneu. Eficiencia en la gestión hospitalaria pública: directa vs privada por concesión. Blog Nada es gratis: <http://nadaesgratis.es/sergi-jimenez/eficiencia-en-la-gestion-hospitalaria-publica-directa-vs-privada-por-concesion>
- (4) Nancy Tomes. Remaking the American Patient. How Madison Avenue and Modern Medicine Turned Patients into Consumers. UNC Press, 2016.
- (5) Theodore R. Marmor. Fads, Fallacies and Foolishness in Medical Care Management and Policy. Yale University Press, 2007.

# VISITA EL BLOG DE GCS

<http://gcs-gestion-clinica-y-sanitaria.blogspot.com.es/>