

LA LIMITACIÓN PRESUPUESTARIA DEL INSALUD Y LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS (II)

Propuestas para un desarrollo estratégico de la gestión hospitalaria

Raimundo Belenes Juárez

Gerente del Hospital de la Cruz Roja de Hospitalet de Llobregat

La gestión de servicios sanitarios en tiempos de crisis

La parte final de este trabajo trata de los problemas prácticos de la gestión en el marco de la crisis económica que ha afectado, y sigue afectando, al Insalud.

El papel de los Gestores y el estilo de Dirección

De las notas anteriores se deduce una imposibilidad estructural para el desarrollo de un estilo de dirección de los servicios sanitarios del Insalud que reflejará las nuevas tendencias predominantes en el campo de la gestión: dinamismo, flexibilidad, imaginación, «carácter emprendedor», etc... El Insalud, en plena crisis económica, no ha resuelto el dilema de si basar su gestión, sobre todo hospitalaria, en gestores procedentes del sector privado no sanitario, o en los existentes en el propio Insalud. Ese falso dilema ha empobrecido y oscurecido los auténticos problemas de su gestión: la centralización del sistema sanitario a todos los niveles; la ausencia de carrera profesional de la gestión (que podría incorporar e integrar aportaciones profesionales del sector privado y del conjunto del público); la propia técnica de limitación presupuestaria utilizada, que anuló toda reacción adaptativa, en el sentido de crear nuevos instrumentos de

gestión y, algo absolutamente fundamental: el inmovilismo y de las estructuras directivas intermedias, centrales y periféricas, de la gestión.

Ante esta situación, el estilo de dirección sólo podía presentar los defectos o enfermedades clásicos de la gestión: gestión por intuición y continuismo. El resultado no podía ser otro que un estilo gris, temeroso de las crisis agudas espontáneas, de dudoso control. Con independencia del perfil adecuado de muchos gestores, y de su valía en numerosos casos, cabe afirmar que ha primado más el intento de pasar desapercibido, sin destacar en el «pelotón de los gestores», que en el deseo de racionalizar inteligentemente el trabajo de gestión, quizá por ser eso sencillamente imposible. Estas circunstancias no permiten predecir un futuro halagüeño, y de la misma forma que los países con poca «cultura deportiva» no producen campeones, en el campo de la gestión del Insalud, la política utilizada no produce una cultura de gestión renovadora y únicamente estimula los mecanismos más conservadores de adaptación al medio adverso.

Sin embargo, cabe aventurar que el estilo de dirección del período reciente ha contribuido a la crispación de los recursos humanos del sector, cuando no a un desprestigio grave de los gestores, cuyos efectos serán difíciles de borrar.

Globalmente, el enfoque dado por los gestores a su trabajo profesional es perfectamente coherente con la pobreza técnica de la política de res-

tricción económica aplicada al Insalud. Es de temer que los gestores no sólo no hayan gestionado, en el sentido más amplio del término, sino que han sido los administradores de una larga crisis, a cuya gravedad, a veces por cuestiones meramente formales, ha contribuido su determinado estilo de dirección, más preocupado en algunas ocasiones por la limitación autoritaria del gasto que por el funcionamiento del sistema sanitario.

Aproximación a las técnicas de gestión utilizadas en el Insalud

Mientras las nuevas tendencias en el campo de la gestión ponen énfasis en la creación de una cultura de gestión basada en conceptos clave como flexibilidad, descentralización, autonomía, calidad, asociación de los profesionales a la gestión, etc..., en el Insalud, y quizás en el conjunto de la administración pública, no se han producido avances sustanciales en ese terreno. Es más, parece que se han acentuado los rasgos más involucionistas de su gestión, muy burocratizada, puesto que se ha producido un incremento de la centralización, al no existir campo para la toma de decisiones alternativas.

En terrenos básicos, como son la gestión de recursos humanos, el desarrollo de sistemas de información para la planificación y gestión, la gestión de compras, los sistemas de presupuestación y de costes, apenas han existido avances.

Correspondencia: R. Belenes Juárez. Hospital de la Cruz Roja de Hospitalet de Llobregat. Avda. José Molins, s/n. 08906 Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

Así, la gestión de compras está más orientada a garantizar la seguridad jurídica y administrativa de su proceso, que un resultado eficiente. Su elevada centralización no es garantía siempre de precios competitivos y de calidad. Las importantísimas demoras en el pago a proveedores desincentiva la presentación de ofertas interesantes, siendo habitual que pequeños y medianos proveedores renuncien a concursos, por el temor a verse atrapados por la mala política de pago del Insalud.

La gestión de stocks merecería, por sí sola, un análisis exhaustivo. Citar solamente, como dato relevante, que el temor a más que probables insuficiencias presupuestarias ha viado cualquier trabajo racional, coexistiendo paradojas tales como desabastecimientos de productos elementales, no renovados por falta de créditos y exceso de otros por acumulación «previsional».

En el área de la gestión de recursos humanos, se ha sido tan poco imaginativo como posible, y la tónica dominante ha sido una gestión autoritaria y rígida, lastrada por el marco estatutario de los trabajadores del Insalud. Las organizaciones sindicales no han contribuido mucho a mejorar la situación, apreciándose, al lado de reivindicaciones salariales justificadas, una actitud conservadora a la hora de abordar cuestiones tales como la flexibilidad de tareas, movilidad de puestos de trabajo dentro de la misma área asistencial, etc...

El panorama resulta todavía más sombrío si se tiene en cuenta el atraso que registra el sector sanitario de la introducción de técnicas de gestión de uso común en otros países. No existe contabilidad de costes, ni planes inmediatos para su introducción. España es, posiblemente, el país europeo más atrasado en este campo: todavía se trabaja con costes medios en la producción de servicios, que además de ser poco fiables, son irrelevantes para la toma de decisiones. Mientras las administraciones sanitarias de numerosos países europeos (casi todos) estimulan y promueven, con orientaciones y finalidades distin-

tas, el sistema GDR, apenas nada hay en nuestro país (es difícil encontrar otro ejemplo tan claro de falta de apoyo gubernamental a un sistema sobre el que trabajan oficialmente, casi todas las administraciones sanitarias desarrolladas), salvo algunas iniciativas aisladas fuera del propio Insalud.

Perspectivas en la gestión de los servicios sanitarios del Insalud del sector público

Las perspectivas de la gestión de servicios sanitarios podrían pivotar sobre tres ejes básicos: la consolidación definitiva del rigor presupuestario, la implantación de nuevas técnicas de gestión y una nueva filosofía de la dirección y gestión de la sanidad.

Las tendencias en la asignación de recursos económicos a los sistemas sanitarios de los países desarrollados, incorporan ya, o van a hacerlo de forma inmediata, técnicas de limitación y optimización como principios duraderos y no meramente coyunturales.

El conjunto de recursos hospitalarios existentes en España puede incrementar notablemente su productividad, manteniendo el tipo y niveles de prestación de servicios. No es difícil aventurar que la conjugación de estímulos presupuestarios, económicos (salariales) y otros que se describen en este documento, pueden contribuir a mantener y elevar la calidad media de los hospitales públicos. Por lo tanto, si se normalizan los niveles de presupuestación, no son necesarios esfuerzos extraordinarios y sostenidos, al menos en el plano económico. Son imprescindibles para tener éxito, avances en la reforma del sistema de financiación del sector sanitario público, de acuerdo con lo previsto en la LGS. Se trataría de evitar duplicidades o solapamiento de redes, integrar y jerarquizar recursos, creando niveles asistenciales y, en definitiva, «modelar» de nuevo los flujos financieros del sistema hospitalario, en proceso paralelo a la reo-

orientación de flujos de enfermos.

Básicamente, la red hospitalaria del Insalud y el resto de la red pública, constituyen recursos suficientes para atender las necesidades sanitarias de la población en materia de asistencia especializada, a condición de que se gestionen bien y de que se adopten medidas efectivas para frenar el deterioro evidente de la calidad asistencial.

Catalunya constituye un caso particular, por la existencia de un importantísimo sector concertado. En esa CCAA persisten problemas en la asignación de recursos a la red propia y concertada que, manifiestamente, presentan niveles de costes y de productividad diferentes.

Cualquier política económica para la sanidad pública debería contemplar los siguientes elementos:

- Frenar lo más rápidamente posible el decremento de los gastos sanitarios en relación al PIB y seguir como en numerosos países, una evolución ajustada a la de los indicadores macroeconómicos del país.
- Desarrollar sistemas de información que permitan que el control de costes sea racional, específico y selectivo, poniendo de relieve, tanto al nivel de unidades periféricas (por ejemplo, hospitales) como de CCAA, el nivel de eficiencia en el uso de los recursos.
- El sector que más se ha resentido como consecuencia de la reciente política económica ha sido el hospitalario. Con independencia de racionalizar sus gastos corrientes, es imprescindible arbitrar una urgente y generosa política en materia de inversiones.
- El gasto farmacéutico presenta oportunidades de mejora, pero no únicamente, ni quizás, en los momentos actuales, principalmente, mediante actuaciones de control sobre el prescriptor. No obstante, una política global sobre esta parte del gasto, claramente excesiva, podría tener en cuenta la posibilidad de introducir «presupuestos cerrados» por médico o por unidad de gestión en atención primaria.

En cuanto a la *implantación de nuevas técnicas de gestión*, el panorama sanitario europeo revela que las principales líneas de trabajo ponen de relieve el interés por la *información para la gestión* a partir de los datos clínicos y asistenciales y de los relativos a costes.

La *gestión de recursos humanos* debe reorientarse profundamente, haciéndose más flexible, permitiendo la descentralización en el interior de los hospitales y centros, poniendo énfasis en la mejora de las condiciones de trabajo, la formación permanente y la adaptación a las nuevas tecnologías sanitarias, mediante el uso masivo de la informática. Todo intento de reconsiderar la visión burocrática de la gestión del personal sanitario está destinado a obtener grandes éxitos y beneficios. Asimismo, la política salarial del sector debería mejorar globalmente, permitiendo la creación de mecanismos incentivadores económicos, imaginativos y variados. La pérdida de poder adquisitivo de los trabajadores sanitarios ha sido en los últimos años, muy sensible. Especialmente afectados han sido los médicos hospitalarios, a veces peor retribuidos que otros titulados superiores, incluso dentro de la función pública. Si bien las técnicas clásicas de la organización apuntan que los profesionales no están exclusivamente motivados por el nivel salarial, sino por otros factores relacionados con su satisfacción profesional global (existencia de carrera profesional, de medios adecuados de trabajo, etc...) es evidente que una retribución baja, objetivamente o percibida como tal, imposibilita un desarrollo armónico de la organización, que difícilmente alcanza sus fines. El caso italiano es esclarecedor: habiéndose pactado para el conjunto de la función pública un incremento salarial en 1987 del 4%, el gobierno acordó aumentos, para los médicos, que oscilaban entre el 23 y el 38% *.

El otro tema relevante es la *tecnología* y, en general, de lo que se

denomina como «costes ligados a la evolución de los sistemas sanitarios» (que además de reflejar la problemática del coste de las nuevas tecnologías, incluye otros fenómenos como el tratamiento acelerado de casos más costosos y complejos). El impacto de los avances tecnológicos va revolucionando rápidamente el panorama sanitario. El Insalud está a punto de «perder el carro» de esa «revolución tranquila» que afecta a todos los países.

La obsolescencia de sus equipos hospitalarios es grande: renovarlos, introduciendo nuevas tecnologías, es imprescindible.

Se admite que la introducción de nuevas tecnologías médicas implica un incremento de al menos 2 ó 3 puntos sobre los presupuestos anuales de gastos corrientes. Puede obtenerse una disminución de costes en los procedimientos de análisis y tratamientos médicos, pero no así una disminución global del gasto sanitario, a diferencia de lo que ocurre en otros sectores productivos, por ejemplo, el industrial, en el cual la mejora de la tecnología permite, vía aumento de la productividad, abaratar costos. Las nuevas técnicas tienen un fuerte impacto sobre la intensidad de los cuidados médicos, que aumenta en términos generales: la productividad puede incrementarse, al tratarse más pacientes, pero los costes por atender un proceso pueden ser más elevados: hay un consumo más intensivo de recursos (a lo cual contribuye también la disminución de la estancia media hospitalaria). También se altera de composición de la producción, con una sensible tendencia al desplazamiento de servicios hospitalarios a servicios ambulatorios, precisamente por la introducción de técnicas menos agresivas.

Precisamente por el interés de las nuevas tecnologías sanitarias, se deberían estimular los centros especializados en la evaluación y análisis de las mismas. Es sorprendente que ni el Insalud, ni ninguna CCAA, no haya acometido todavía ninguna iniciativa

en ese sentido. Se desaprovechan así las ventajas de la difusión de los costes y de los beneficios de las nuevas tecnologías, así como su utilización racional y los fracasos en su implantación. La experiencia adquirida suele quedar así «patrimonializada» en cada centro sanitario, y el uso (y demanda por los profesionales) no es, a veces, todo lo eficaz y eficiente que podría ser, para el conjunto del sistema sanitario.

El tercer tema sobre el que gestores y políticos deberían reflexionar, es el *estilo de dirección de los servicios sanitarios*. La complejidad de las organizaciones sanitarias, en un entorno cambiante y turbulento, obliga a un viraje de ciento ochenta grados en ese terreno que, por su complejidad elevada exige gran pericia, pero también posibilita una actuación brillante, puesto que hay mucho por hacer.

No en vano se dice que los gestores deberían, además de dominar las técnicas propias de la gestión, tener un buen conocimiento de ciencias políticas. El futuro de la gestión sanitaria se construirá sobre la descentralización de la información hacia el interior del sistema y sobre la autonomía de gestión. Hasta el momento, éso no ha existido: más bien ha habido un incremento de la desconfianza y un hipercontrol de los gestores sobre la estructura del sistema sanitario.

La crisis económica que viene afectando los sistemas sanitarios de unos países desarrollados ha convulsionado los fundamentos de la organización hospitalaria.

La separación de funciones entre los gestores, especialistas en dirigir y administrar el Hospital y los médicos, ajenos al terreno de la gestión y consagrados totalmente a su ejercicio profesional, ha funcionado relativamente bien en los períodos de crecimiento económico, pero cuando éste ha finalizado, el equilibrio organizacional entre el poder médico y el poder administrativo ha desaparecido. Los directivos que gestionan en un marco de limitación presupuestaria, ya no proporcionan un marco de

* La noticia apareció en España en el periódico «Le Monde», el día 14 de Marzo de 1987 (página 34)

ejercicio profesional que satisfaga a los facultativos.

Los intentos de desarrollar un nuevo modelo organizativo actuando únicamente con instrumentos de gestión o de tipo normativo y reglamentario, están destinados al fracaso.

Desde el punto de vista organizativo, el Hospital constituye un excelente ejemplo (lo es también la Universidad) de organización y estructura compleja, cuya eficacia depende esencialmente de la capacidad de sus profesionales.

Es muy improbable que estas organizaciones evolucionen únicamente bajo la presión externa del poder político (vía legal y reglamentaria) o de los gestores (vía «técnica»). Además, se reconoce que existe una resistencia natural al cambio, mantenida por los numerosos grupos de presión que desean mantener de forma inercial el «status quo».

Las nuevas tendencias deben renovar pues la oferta de diálogo con el personal sanitario, y una pieza clave para ello es la asociación e implicación de los médicos a la gestión de sus centros, lo que provocará una demanda insospechada de formación en gestión para médicos, como se detecta ya tímidamente en España.

El protagonismo de los médicos en la gestión, especialmente en los hos-

pitales, está motivado por la necesidad de responsabilizar a gestores y profesionales asistenciales en el desarrollo del sistema sanitario, pero también por la pertinencia de democratizarlo, en un escenario de fuerte y constante nivel de renovación tecnológica. Naturalmente hay que evitar los efectos *perversos* derivados de una concepción autorizada de la introducción de nuevas tecnologías (dejando de lado a los protagonistas de su uso) y del posible mantenimiento de la irracional presión económica (puesto que nadie en su sano juicio desea corresponsabilizarse de una extensión de la «gestión de la miseria»).

¿Cuál será el perfil de los «gestores de los años 90»? Hay razones para creer que continuarán existiendo las mismas polémicas y debates que en la actualidad, pero apostando por profesionales más audaces, dinámicos y emprendedores que en la actualidad. Precisamente, descentralización y autonomía permiten, que el gestor planifique con mayor visión estratégica, menos esclavo de la gestión cotidiana. Sus centros de interés estarán en como solucionar los problemas del desarrollo organizacional y de la planificación a medio plazo. El perfil profesional y las aptitudes requeridas deben adaptarse a este marco. Una nueva estrategia de se-

lección y formación de gestores, ajustada a las necesidades específicas del sector sanitario, debería implantarse con racionalidad, armonía y coherencia. Lo importante es encontrar buenos profesionales capaces de renovar la gestión y de «conectar» con la sensibilidad del medio sanitario.

En ese panorama, no son descartables innovaciones radicales, experimentadas en otros países con financiación y provisión pública de servicios hospitalarios. Por ejemplo, podría plantearse la introducción de cierto «juego de mercado» (compra-venta de servicios entre hospitales, entre CCAA) o la adopción, quizás a más largo plazo, de soluciones jurídicas que posibiliten una gestión dinámica y flexible (sociedades públicas de gestión de servicios hospitalarios...).

En todo caso, la introducción de técnicas de organización y gestión, procedentes de la empresa privada, no deberían atentar contra el carácter público del sistema sanitario; debe recordarse que han existido intentos de privatizar partes del sistema (tímidos intentos, todo hay que decirlo) y que la construcción de los Servicios Regionales de Salud pueden estimular, de nuevo, la activación de esas tendencias, como apuntan ya algunos indicios en Catalunya.

