

Moderador:

- **Dr. Juan Manuel Garrote**, coordinador de los debates de la Revista OMC. Presidente del Colegio de Médicos de Segovia.

Participantes:

- **Enrique Castellón**, vicepresidente del Colegio de Médicos de La Coruña y uno de los artífices del documento "Profesión Médica y Reforma Sanitaria".
- **Manuel Franco Martín**, jefe del Servicio de Psiquiatría, coordinador de la Unidad de Gestión Clínica Salud Mental de Zamora.
- **Jaume Sellarés**, tesorero del Colegio de Médicos de Barcelona y coordinador de EBA catalana.
- **Kepa Urigoitia**, presidente del Colegio de Médicos de Álava y secretario general del Sindicato Médico de Euskadi.
- **Rodrigo Gutiérrez**, jefe de servicio de la Dirección General de Salud Pública del SESCAM y presidente de la Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad (SEAUS).



MODELOS DE GESTIÓN DE LA SANIDAD PÚBLICA

A la hora de hablar de gestión de la Sanidad no se puede partir de la idea de estar asistiendo a una corriente nueva porque siempre ha estado gestionada de una manera u otra. Lo que ha ido variando con el paso del tiempo han sido las formas de su gestión así como el entorno en el que se han producido las mismas. Ahora, el interés se centra en conocer qué resultados están arrojando los modelos de gestión establecidos en las diferentes CC AA y qué efectos generan tanto en la salud de la población como en la práctica clínica de los profesionales. El debate sobre estas cuestiones lleva tiempo sobre la mesa y desde la OMC se pretende contribuir a él desde un plano, fundamentalmente, profesional.

Expertos en gestión sanitaria de diferentes Comunidades Autónomas participaron en el Debate sobre los modelos de gestión de la Sanidad pública, organizado por la Revista OMC. De una manera muy didáctica con el fin de facilitar la comprensión de su contenido a todos los lectores de la Revista, se analizó la variedad de formas de gestión existentes en la actualidad y cuáles son las más adecuadas para el sistema nacional de salud.

El moderador, el doctor **Juan Manuel Garrote**, coordinador de los Debates de Revista OMC y presidente del Colegio de Médicos de Segovia, inició la sesión ofreciendo una visión retrospectiva de la situación, a partir de los años 70 en los que la Sanidad española atravesaba una profunda reforma y de donde arranca, realmente, el debate sobre el modelo más adecuado para el sistema sanitario.



RODRIGO GUTIÉRREZ

"Es evidente que la situación actual es el producto de un conglomerado de situaciones anteriores y, en ese sentido, somos deudores de nuestra historia"

Modelo que culminaría años después, (en 1986) con la Ley General de Sanidad (LGS) a partir de la cual se gesta el servicio nacional de salud con gestión descentralizada en las Comunidades Autónomas y se decide la universalidad de la Sanidad. Con la LGS se intentó que la sanidad pivotara sobre la Atención Primaria pero en cambio se consiguió fomentar el hospitalocentrismo, como recordó el doctor **Garrote**.

El moderador planteó como primera cuestión "si hubiera sido más coherente una cierta homogeneización, dado que desde un principio cada uno se organizó como pudo: los catalanes, con distintos modelos de salud; los gallegos empiezan a plantearse las fundaciones; mientras que en otros lugares la idea que se baraja es la del modelo gerencial", siendo producto de todo aquello "el conglomerado actual".

Rodrigo Gutiérrez, jefe de servicio de la Dirección General de Salud Pública del SESCAM y presidente de la Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad (SEAUS), se mostró de acuerdo en que ahora no puede olvidarse toda esa evolución progresiva "en la que, desde dentro, parece que se produjo una 'voladura controlada' del Insalud hasta transferir las competencias a siete CC.AA, y



MANUEL FRANCO

“Una de las ventajas que plantea la integración de la Primaria con la Especializada es que se puede mover buena parte del presupuesto”

en 2002 a las restantes, quizá de una manera algo apresurada, en su opinión. De tal forma que, a su juicio, el sistema “no hubiera podido organizarse vía decreto de una manera homogénea, dado que no respondería a la realidad del momento”. No en vano, la configuración del Estado en CCAA trae como consecuencia la autonomía en la toma de decisiones en materia de gestión a nivel autonómico.

Así lo recordó también el presidente del Colegio de Médicos de Álava, el doctor **Kepa Urigoitia** para quien “hay que tener presente en esta cuestión de las autonomías que uno se encontró con situaciones muy específicas y con muchas diferencias a nivel autonómico. Aparte de esas diferencias, quienes tomaron las riendas tenían unas sensibilidades políticas concretas, que no eran las mismas en todas las CC AA”.

Hablar de una uniformidad de modelos a nivel de autonomías requiere un buen sistema de información que mida los resultados reales de los distintos modelos de gestión, algo en lo que el presidente del Colegio de Médicos de Álava coincidió con el doctor Enrique Castellón, vicepresidente del Colegio de Médicos de La Coruña, a cuyo juicio, “lo que realmente ha fallado ha sido un buen sistema de información que recogiera los resultados de todas las experiencias y que, realmente, hubiera permitido la gestación de fórmulas realmente eficaces y eficientes, de mayor calidad y con mejores resultados”.

Jaume Sellarés, tesorero del Colegio de Médicos de Barcelona, recomendó “aprovechar lo que se

‘hereda’ y no empezar ‘prácticamente de cero’ a la hora de los cambios”. Entiende que lo que ha ocurrido en estas últimas décadas es que “se ha administrado y no gestionado”. **Rodrigo Gutiérrez**, a quien le pareció muy acertada la distinción entre administrar y gestionar, “sobre todo en función de la situación económica que reine”, incidió, precisamente, en la falta de tradición que se ha dado en España, a diferencia de los países anglosajones, en relación a la gestión. “Aquí ha costado mucho aceptar e introducir muchos conceptos relacionados con la misma y ser conscientes de ese poder y capacidad en la toma de decisiones a la hora de asignar los recursos. Desde su punto de vista, es aquí donde podría estar el punto de partida de las distintas fórmulas de gestión.

Para **Enrique Castellón**, las formas de gestión conocidas en nuestro país “están inspiradas, en cierto modo, en la idea del gerencialismo, en el sentido de que todas buscan la autonomía de gestión para resolver problemas administrativos que el propio modelo administrativo público impedía, tales como la gestión de recursos humanos, las compras, suministros, etc.”

Ahondando en lo expuesto por **Castellón, Rodrigo Gutiérrez** recuerda como, entre finales de los 80 y principios de los 90 comenzaron a surgir en España otras fórmulas de gestión tanto a nivel macro como en el meso, (instituciones y centros), y microgestión, es decir, en las unidades de gestión clínica para darlas mayor autonomía, capacidad de decisión y toma de decisiones más descentralizadas a nivel de donde se produce el acto asistencial. Desde su punto de vista, habría que distinguir lo que son las fórmulas de gestión a nivel macro a partir de la idea de que



KEPA URIGOITIA

“De lo que no disponemos en ningún caso es de datos objetivables para poder sacar unas conclusiones de cada modelo”

han venido a intentar resolver fundamentalmente el problema económico o de financiación, de otros problemas que ya están relacionados con la prestación de la calidad del servicio, de la mejora en la toma de decisiones de los propios profesionales, otorgándoles mayor autonomía, mayor capacidad de decisión, mejorando su implicación y su corresponsabilidad, y el mayor compromiso con la organización para hacerles sentir partícipes de ella, etc.

PROFESIONALES ANTE LA GESTIÓN

La participación de los profesionales en la gestión, tradicionalmente, ha sido escasa, en opinión de la mayoría de los participantes en este debate. “Los profesionales sanitarios, ni nos implicábamos en





la gestión, ni teníamos mucho interés en ello, siendo nuestro papel en esta parcela ciertamente pasivo”, como indicó **Manuel Franco**, coordinador de la Unidad de Gestión Clínica Salud Mental de Zamora, “y ahora, se nos está invitando al estar la economía tan mal y hacer falta. Un problema que se suma, como apuntó **Kepa Urigoitia**, es que los profesionales “tampoco cuentan con una sólida formación en gestión”.

Jaume Sellarés se refirió al distanciamiento histórico que ha existido entre gestores y profesionales. En este sentido, aludió a la “época del gerencialismo” en la que el gerente parecía tener capacidad para resolver todos los problemas fuera cual fuera su procedencia. Sin embargo, como indicó, “el único ámbito en el que no se ha podido actuar por no tener capacidad es en “donde está el bolígrafo”, lo cual ha representado, a su juicio, una cierta frustración para muchos gestores, al darse cuenta que “en el núcleo de esa gestión no podían intervenir, porque esa ‘actuación fina’ sólo la pueden hacer los profesionales. Para **Manuel Franco**, el hecho de que los gerentes “no hayan estado dispuestos a sentarse con el resto de integrantes de centros sanitarios y negociar, sino que su pretensión era que se hiciera su voluntad”, ha tenido su influencia.

En este tipo de organizaciones del conocimiento, uno de los problemas más comunes, según **Enrique Castellón**, es, precisamente, que “los que están por encima no llegan a conocer suficientemente lo que hay que hacer. No hay, a su

modo de ver, gerente que sepa y se pueda poner realmente en el papel de los que están gestionando los recursos”.

De tal forma que el reto que tenemos - desde su punto de vista- es buscar fórmulas de organización que pivoten alrededor de esa “actividad fina” que sólo pueden hacer los médicos, de manera que tienen que ser organizaciones centradas en el papel efectivo de los profesionales. “Se dice que los profesionales son una pieza fundamental pero luego no se hace, no tanto por mala fe sino porque no se sabe cómo hay que hacerlo, siendo uno de los retos actuales”, según expresó. Incidiendo sobre la “actividad fina” a cargo de los profesionales, **Jaume Sellarés** cree que “no llegamos a ser conscientes de nuestra fuerza real, presente en el conocimiento, en la proximidad con el paciente y en la confianza que generamos”. En definitiva, como dijo **Urigoitia**, “ya no basta con decir que se cuenta con los profesionales, sino que, realmente, hay que contar con ellos aun sabiendo que tampoco somos nosotros la panacea”.

La profesionalización de los gestores fue otro de los aspectos a debatir, en el sentido de que hay que cambiar la cultura de gestión en los gestores, dado que los hospitales han estado dirigidos única y exclusivamente hacia el tratamiento de agudos.

Desde su punto de vista, hablar de gestores profesionales aplicable tanto a la Sanidad pública como la privada requiere un cambio de cultura. En su opinión, “el hecho de ser gestor no implica

la capacitación, cuando han primado, sobre todo tiempo atrás, unas siglas políticas más que la profesionalización en el cargo del gestor”.

CONVIVENCIA DE VARIOS MODELOS DE GESTIÓN

Sobre la convivencia de varios modelos de gestión, los participantes coincidieron en señalar que no hay un modelo único ni universal, como tampoco, tal como apuntó **Rodrigo Gutiérrez**, “un modelo definitivo acabado”, sino que, bajo su criterio, “en cada momento estos modelos tienen que evolucionar. Se trata de administrar los recursos disponibles en cada momento para darles el mejor uso posible”.

Kepa Urigoitia y **Gutiérrez** fueron de la misma opinión en el sentido de que no existe un modelo único, y que lo que hay que favorecer es la convivencia de diferentes modelos, aunque con la salvedad de que tampoco se trata de “implantar un modelo cada cuarto de hora”, sobre todo sin una previa evaluación de los existentes, según **Urigoitia**. No obstante, se mostró pesimista, al considerar que “ninguno de los modelos va a conseguir resolver el agujero financiero existente”, y se mostró tajante al afirmar que en cualquier caso “no se disponen de datos objetivables para poder sacar conclusiones sobre cada uno de ellos”.

Manuel Franco, que entiende que lo que ha cambiado sustancialmente la situación ha sido el problema económico subyacente, abogó por flexibilizar modelos para que convivan. Asimismo, aludió al papel que han de desempeñar los pro-



ENRIQUE CASTELLÓN

“El ‘secreto’ es intentar sacar lo positivo de esta situación, y el tráfico de información es importante, ya que, en teoría, permite implementar lo que funciona mejor”

fesionales en este terreno. “Tenemos que retomar cierto liderazgo, partiendo de que no basta sólo con una práctica asistencial óptima, sino que somos verdaderos consumidores de recursos y los responsables de ver y adaptar el modelo a cada situación”. En este sentido, -prosiguió- “los médicos, en las últimas décadas, hemos estado ausentes en este tipo de debates, considerando, quizás, que con cumplir y dedicándonos a nuestra práctica clínica habitual era suficiente”.

En cualquier caso, como indicó **Sellarés**, “debemos ser conscientes de la compleja organización de nuestro sistema sanitario que, sobre todo, gestiona conocimiento y tenemos que aplicar los instrumentos que hoy conocemos de cara a la gestión de empresas del conocimiento”.

HOSPITALARIA Y PRIMARIA, DOS ÁMBITOS DIFERENCIADOS EN LA GESTIÓN

Seguidamente, el coordinador del debate, el doctor **Juan Manuel Garrote**, invitó a debatir sobre las grandes diferencias que se observan entre Atención Primaria y Hospitalaria en el terreno de la gestión, desde la organización a otros aspectos técnicos que complican la misma. Se analizó, detenidamente, la situación por parte de los intervinientes en cuanto a la gestión en cada uno de estos niveles asistenciales, partiendo de sus peculiaridades dentro del sistema sanitario.

En el contexto hospitalario donde, como se dijo, “los resultados en gestión son, realmente, difíci-

les de traducir”, se hizo mención a las unidades de gestión clínica, entendidas como el conjunto de procesos implicados en la relación entre profesionales y pacientes pero ¿gestión clínica hasta donde?, planteó **Kepa Urigoitia**, “¿traspasando parte del presupuesto correspondiente?, y si se traspasa ¿habrá confianza en una buena gestión de dicho presupuesto?”. A su juicio, estos aspectos forman parte de los problemas que afectan a la gestión a nivel hospitalario.

Un elemento que también dificulta el éxito de las unidades de gestión clínica en el ámbito hospitalario es el organigrama, en opinión de **Manuel Franco**. “Una unidad clínica de gestión con el organigrama actual hospitalario se mueve en un terreno de nadie, partiendo que el nivel de dependencia que hay entre profesionales es pésimo”. Es por ello que, a su juicio, la implantación de las unidades clínicas en el ámbito de la especializada exige un cambio casi radical, sobre todo, en el organigrama de funcionamiento hospitalario”.

Rodrigo Gutiérrez se mostró de acuerdo con el “cambio cultural” que precisa el hospital a la hora de introducir nuevas fórmulas de trabajo conjuntas, donde la complejidad que rodea a los equipos multidisciplinares, áreas de trabajo, la aplicación de la gestión por procesos con una metodología concreta y obligada es una realidad”. A lo que **Urigoitia** añadió que “la forma de gestionar un equipo varía en función de la composición del mismo”.

Enrique Castellón entiende que los equipos en los hospitales tienen que generarse alrededor de las enfermedades y no de las especialidades, “ya que alrededor de las enfermedades se pueden originar equipos que gestionen recursos”. “La solución al puzzle de cómo generar equipos en el ámbito de la especializada –continuó- pasa por la agrupación de personas alrededor de problemas médicos que vayan a generar mayor presión sobre el sistema, que sean más comunes porque afectan a mayor número de elementos y que, por tanto, van a requerir un equipo que aporte lo que mejor sabe”.

Desde el punto de vista político, la situación parece más sencilla en Atención Primaria, en cierto modo, por su concreción física y por su organigrama, más simple que el del hospital, y donde no parece tan difícil que los profesionales “sucumban al encanto de la autogestión”, sustentada sobre dos cuestiones fundamentales:

“el hecho de poder formar un equipo y el poder asumir riesgos derivados de la propia gestión”.

Sin embargo, como lamentó el moderador, el doctor **Garrote**, se han encontrado siempre muchas trabas, desde laborales hasta éticas, para llevar a cabo este tipo de acción. Los profesionales, además, se han planteado si la autogestión en Atención Primaria sería capaz no sólo de dar eficiencia sino una calidad mejor con ética. En Primaria, como recordó, la calidad y la eficiencia están mucho más a mano de la persona que está gestionando. De ahí que planteara si “¿Es más factible la microgestión y la “ahorrogestión”?, y, en definitiva, ¿es más sencilla y eficiente la gestión de lo que es actualmente?, en este nivel asistencial”.

Jaume Sellarés habló de la experiencia de las Entidades de Base Asociativa (EBA) en Cataluña. “Tenemos equipos autogestionados desde hace más de 16 años, y además la propia Administración dispone de evidencias razonadas de que, en los equipos autogestionados, los resultados clínicos son iguales que en el resto, hay una mejora en cuanto a la satisfacción de pacientes y profesionales, y la asignación presupuestaria de estos centros es menor que en el conjunto de la media, lo que significa que con menos recursos también se pueden obtener los mismos resultados y mayor satisfacción”.

Kepa Urigoitia recordó al respecto que las EBA catalanas partían de unas estructuras previas a diferencia de otras CC AA y consideró que sería compleja su implantación en otras comunidades, incluso, difícil, la generalización de este modelo en la propia Cataluña.

PROS Y CONTRAS DE LOS MODELOS DE INTEGRACIÓN ENTRE PRIMARIA Y ESPECIALIZADA

En este punto del debate, se cuestionó la necesidad o no de avanzar hacia un modelo de integración entre Primaria y Especializada, sobre todo a partir del extraordinario hospitalocentrismo que ha dominado, en los últimos años el sistema sanitario. El coordinador de los debates, el doctor **Garrote**, recordó, al respecto, que “la A.P. soporta la mayor parte de la burocracia, mientras que el hospital se ha ido quedando con parte de lo que debería haber sido el primer nivel asistencial. Lo que planteó el doctor **Garrote**, en concreto, es si a través de nuevas fórmulas que se están ensayando como las Organizaciones integradas de Servicios (OSI) o la gerencia única ¿se podría dar un giro a la actual situación?



JUAN MANUEL GARROTE

“El gestor o responsable político tendría que vincular la actividad al presupuesto y parece más difícil poder hacerlo dentro de un EAP”.

El presidente del Colegio de Médicos de Álava propuso dar un margen de confianza a este tipo de organizaciones, que en su Comunidad Autónoma se han empezado a implantar en hospitales comarcales de Guipúzcoa. Este tipo de organizaciones, enfocadas a la gestión de enfermos crónicos, se sustenta en “la historia clínica unificada, en el mayor peso a la atención domiciliaria, impulsa la telemedicina, etc.” “Aparte de dar un mejor servicio al paciente crónico, y hacer una mejor clasificación del mismo, contribuye a cambiar la cultura sustentada en que el paciente donde mejor está es en el hospital”, tal como expuso Urigoitia.

Rodrigo Gutiérrez entiende que fórmulas como las OSI arrastran una filosofía por detrás que es la de garantizar la continuidad asistencial y facilitar ésta entre ambos niveles asistenciales. Sin embargo, para **Jaume Sellarés**, las OSI no acaban de ser atractivas para el profesional “porque es el hospital el termina dirigiéndolo todo y el médico no encuentra su papel”.

Manuel Franco, por su parte, las comparó con la “Gerencia Única”, que implica, desde su punto de vista, “que no haya diferencia entre la Primaria y la Especializada, que se acabe con la estructura de director médico, de enfermería, y de gestión, y se pase a director por procesos. También se pretende dejar de hablar de los servicios tradicionales ligados a especialidades y pasar a qué se quiere hacer y para qué se quiere hacer”. Desde su punto de vista, una de las virtudes de la integración entre la Primaria y la Especializada es que se puede mover buena parte del presupuesto, “dado que lo lógico es que si Primaria resuelve la mayor parte de la patología menor tiene que disponer del presupuesto que le corresponde. Eso lleva a un dinamismo en relación con la Especializada hasta ahora poco conocido en nuestro país”.

Para **Enrique Castellón**, en cambio, el problema de la gerencia única “es que realmente debe llevar algo detrás, y no sólo un esquema administrativo sin ninguna filosofía integradora, generadora de calidad”.

¿APERTURA A OTRAS FÓRMULAS DE GESTIÓN?

Con respecto a si es preciso que el sistema se abra a nuevas fórmulas de gestión, **Kepa Urigoitia** consideró que hay que cambiar la cultura hacia un modelo más dirigido al crónico, “aunque, sin olvidarnos, obviamente, del agudo”. Es



JAUME SELLARÉS

“Los propios médicos tenemos que entender que es mejor trabajar en equipo en vez de en grupo y si eso no lo entendemos, probablemente, perderemos muchas oportunidades”

un cambio que, desde su punto de vista, “han de liderar, sin duda, los gestores”.

A juicio de **Jaume Sellarés** “el sistema sanitario público tiene, fundamentalmente, dos razones para existir. Uno, que es universal para todos y que está financiado vía impuestos. Posteriormente, se ha añadido una tercera pata como es que el provisor, que tiene que ser público. “Esto- añadió- se trata de una excepcionalidad en Europa, probablemente haya dado resultados positivos pero es hora de que nos abramos a otras fórmulas de gestión que nos permitan mantenernos dentro del sistema público con las máximas garantías de solvencia”.

Rodrigo Gutiérrez considera que “parte de las nuevas fórmulas no están enfocadas, como un cambio radical en la manera de funcionar, sino a la designación de presupuestos porque si no hay un cambio en la manera de trabajar en los profesionales no se adelanta nada, de ahí la necesidad de ir hacia algo más”.

Manuel Franco opinó, al respecto, que hay que ir más allá, “aunque con las nuevas fórmulas ya cambia algo de por sí”, dijo.

Finalmente, **Enrique Castellón** defendió la introducción de una mayor flexibilidad. “Lo que no tiene sentido es mantener recursos humanos o estructuras simplemente porque resulte complicado quitarlas. Hay que introducir flexibilidad para reacomodar gente, estructuras, etc., facili-

tar movimientos que conduzcan a una racionalidad creciente”.

ATRAPADOS EN EL DEBATE PÚBLICO VERSUS PRIVADO

Con respecto al candente debate entre Público y Privado, algunos de los participantes consideran que es un debate que, en realidad, no concierne a los profesionales. En este sentido, **Manuel Franco** opina que “el debate debe enfocarse al análisis de modelos eficientes desde todos los puntos de vista. **Franco** entiende que la Sanidad es algo que admite mucha demagogia con un papel propagandístico muy alto y es evidente que se ha utilizado desde la política en todos los sentidos. “Desde el cambio de prestaciones, al escaparate de las innovaciones, todo lo hemos utilizado y nos ha ido bien hasta que la vaca ha dejado de dar leche y la situación ha cambiado”.

En la misma línea, **Jaume Sellarés** piensa que “estamos asistiendo a un debate sobre privatización que, desde su punto de vista, está “mal situado”. Es por ello que **Sellarés** considera muy importante que la Organización Médica Colegial celebre este tipo de debates que incumben de lleno a los profesionales, “los que estamos en esta profesión deberíamos ‘estrujar’ a nuestras organizaciones para que podamos hablar más abiertamente de esto y aclarar las situaciones oportunas”.

Para **Rodrigo Gutiérrez**, “la suma de complementariedad y congruencia sería la fórmula que vendría a resolver o a definir el tema de la relación entre Sanidad pública o privada. Es evidente que la Administración pública no puede renunciar a ese papel de modulador sometida desde su legitimidad democrática a los controles pertinentes”.

Finalmente, **Castellón** se mostró de acuerdo en el desorden que reina en torno al debate sobre público o privado. Desde su punto de vista, “el debate habría que centrarlo más en los valores: uso adecuado de recursos, derecho a la asistencia, flexibilidad, etc. Los médicos tienen que posicionarse de manera que estos valores se tengan en consideración”. Y es que como remató **Sellarés**: “los médicos seguimos siendo la profesión mejor valorada por la sociedad y no es fruto de la casualidad sino de los valores intrínsecos que han acompañado a la profesión durante toda la vida, y en estos momentos de crisis, hay que volver a esos valores porque son los únicos que pueden dar respuesta a esa situación de hacer sostenible la Sanidad”. •••