

La participación de los médicos en la gestión

J. Villar

«**L**a participación de los profesionales en la gestión de los servicios sanitarios no es una estrategia coyuntural o una moda, es una *necesidad* para la eficacia y pervivencia del Sistema Nacional de Salud».

El Sistema Sanitario no es un sistema impermeable, se encuentra influenciado por múltiples factores externos, por un *entorno* cambiante que presiona sobre él y que cada vez es más fuerte. Ante esta presión se puede actuar en 2 grandes líneas:

- No hacer nada: Los factores externos seguirán presionando y provocarán un cambio brusco y desorganizado.
- Gestionar el cambio: Adaptando las estructuras, organización y funcionamiento a los nuevos requerimientos del «entorno».

Evolución del Sistema Sanitario

Década de 1960: Período de desarrollo del S. Sanitario. Infraestructuras e Inversiones.

Década de 1970: Período de regulación del S. Sanitario. Control, normas (burocracia administrativa).

Década de 1980: Período de Gestión. Eficiencia, rendimiento, productividad, costes.

Década de 1990: Período de «Cuasi-Mercado» o «Mercado Simulado». Aumentan las exigencias los usuarios. Satisfacción de usuario. Información y libre elección. Competitividad. Calidad.

¿Por qué es necesaria la participación?

- El crecimiento y desarrollo del S. Sanitario.
 - Los cambios culturales y sociales (de ciudadanos y profesionales).
 - El incremento del gasto sanitario.
 - Para mejorar los resultados como empresa.
- Los recursos financieros asignados al S. Sani-

tario son *limitados*, y están destinados a atender el conjunto de necesidades de salud y demandas de asistencia de la población. Ello exige rentabilizar su utilización para seguir manteniendo un sistema «*equitativo*», «*solidario*» y «*universal*».

Los *médicos* son los ordenadores reales de una importante proporción de los gastos del SNS y los asignadores finales de los recursos, por lo que su participación es imprescindible.

¿Qué participación se precisa?

La organización y gestión del SNS se caracteriza por:

- Ser una burocracia de tipo administrativo.
- Notable centralización en la toma de decisiones.
- Poca descentralización de responsabilidades, riesgo e incentivos.

Ello genera:

- Una contradicción entre las competencias de control y decisión (situadas formalmente en políticos y gestores) y el ejercicio real de estas competencias (principalmente los médicos).
- Dificulta la adaptación flexible a las condiciones y demandas locales y a las preferencias individuales de los usuarios del sistema.

«*La participación supone la descentralización real de responsabilidades, riesgos e incentivos*». La estrategia de la participación debe vincularse a la descentralización de la gestión en las Unidades de Responsabilidad (por ejemplo, un servicio clínico o un equipo de atención primaria):

- Con un responsable que asume la gestión de los recursos asignados, el compromiso con los resultados y la participación en los objetivos del Centro;
- con una actividad propia y diferenciable, susceptible de ser cuantificada;

— con relevancia organizativa suficiente, que permita el cálculo de los costes en que incurre; y el establecimiento de incentivos vinculados a la eficiencia en la utilización de los recursos asignados.

Para ello es preciso:

— Desarrollar sistemas de información que posibilitem:

- la evaluación del producto (case-mix, GDRs, etc.);
- los costes por servicio, proceso;
- fijar unas normas de calidad.

— Que los contratos entre el Centro y la Unidad contemplen:

- un presupuesto prospectivo;
- vinculando la actividad a criterios de efectividad en términos de salud;
- evitando la selección adversa;
- manteniendo subvenciones a la explotación cuando sea necesario por criterios de equidad.

El papel de los profesionales en la gestión

El papel que los profesionales deberán desarrollar en una nueva política de gestión participativa y descentralizada exige:

- Cambios estructurales.
- Cambios culturales.

Los profesionales sanitarios representan la oferta de servicios y por delegación de los pacientes, la demanda, siendo por tanto los principales agentes en el consumo y asignación de los recursos sanitarios.

Sin que exista un verdadero cambio cultural, las modificaciones normativas carecerán de viabilidad.

Contar con equipos humanos cualificados, integrados y motivados es importante para cualquier empresa, pero para una Organización de Servicios Humanos es un elemento esencial. Lo que impulsa a una persona a realizar una acción de una determinada manera y no de otra, es la *motivación*.

Motivar a profesionales cualificados es complejo y nada fácil, y además de la incentivación económica exige dotarles de responsabilidad, autoridad y recursos para poderles pedir resultados. Todo ello comporta también la exigencia de

unos directivos con aptitudes y actitudes acordes a esta nueva forma de gestión y sin miedo a la iniciativa y participación de los profesionales.

El papel del directivo será menos controlador y más colaborador con las distintas Unidades que gestionan.

En resumen, la participación real supone:

— Determinar Unidades de producción de servicios (Unidades Asistenciales).

— Determinar las actividades a realizar por estas Unidades (Cartera de servicios, case-mix, procesos...).

— Asignarles un presupuesto que incluya todos los capítulos.

— Gestionar el presupuesto de la Unidad de acuerdo con sus instrucciones.

— Negociar los objetivos para cada Unidad (que incluya objetivos de actividad, formación, investigación y satisfacción de usuarios).

— Establecer mecanismos de información suficientes que permitan evaluar los resultados de la Unidad y la calidad de la atención prestada.

— Pactar por escrito incentivos.

— Dotarlas de la autoridad necesaria y de responsabilidad.

— Aceptación de las limitaciones externas del Sistema:

- Planes de Salud.
- Normas presupuestarias.
- Legislación vigente.
- Acuerdos sindicales.

¿Qué opinan los médicos de la participación?

En un reciente Taller celebrado por la Consejería de Salud en Sevilla, donde participaron 106 médicos (en su mayor parte asistenciales) de Atenc. Primaria y Hospitales del Servicio Andaluz de Salud, se adoptaron conclusiones como las siguientes:

— Los objetivos de salud deben contemplar no sólo aspectos cuantitativos, sino también cualitativos y económicos. Asimismo, se ha considerado la importancia de profundizar en la política de incentivos al personal de acuerdo con criterios objetivos y de transparencia. En todo caso no debe perderse de vista que se tra-

baja y se participa por la propia viabilidad del sistema sanitario público.

— La plena autonomía financiera de las Unidades Asistenciales es un objetivo deseable y, tal vez, inevitable.

— Recuperar y potenciar el papel del Jefe de Servicio, con mayores niveles de autoridad y responsabilidad en los aspectos clínico-asistenciales y de gestión y organización de las unidades.

— Avanzar en la gestión por presupuestos clínicos.

— Extender los contratos-programas, descendiendo al nivel del Servicio de forma que, con total transparencia, se formalice anualmente un contrato-programa entre las Gerencias y los Jefes de Servicio.

— Para una autogestión eficaz, se necesita información y formación para la gestión del EBAP.

— Los beneficios de la buena gestión deben revertir en la Zona Básica de Salud.

— Las dimensiones que deben considerarse para la parte viable de las retribuciones serían:

- Eficiencia.
- Calidad científico-técnica.
- Satisfacción de los usuarios.
- Uso de los recursos.
- Iniciativa premiada. ◀

J. Villar Doncel, *Director-Gerente. Hospital «S. Agustín». Linares*



Bibliografía

1. ELOLA SOMOZA, J.: *La participación de los profesionales en la gestión del S.N.S. Jóvenes Gestores de la Salud*, 3:6-7, 1995.
2. RAMÍREZ, J.: *El papel de los profesionales en las nuevas políticas de gestión. Gestión Hospitalaria*, 1/95:98-100,1995.
3. *Los profesionales protagonistas de la salud: La participación un proceso en marcha*. Junta de Andalucía, Consejería de Salud. 1995.