

## Las nuevas tendencias en la gestión de los Servicios Hospitalarios

Ramiro Rivera

**H**ace unos meses, la Sociedad Española de Cirugía Cardiovascular, que prepara un libro sobre el futuro de la especialidad, me encargó que escribiera el capítulo correspondiente a la aplicación en el sector privado de las nuevas tendencias organizativas de los hospitales: la «gestión clínica», «la gestión autónoma» y la integración funcional de los servicios. Esto me obligó a estudiar estas ideas (tan de moda hoy en España), a analizar sus antecedentes y a meditar sobre su ensayo y aplicación, sus posibilidades y sus consecuencias. Lo que voy a exponer en esta conferencia es el producto de estas reflexiones.

Comenzaré por señalar que el objetivo de todas estas ideas es la reducción de los costos de la asistencia sanitaria en los hospitales. Esto es algo que no debemos perder de vista a lo largo de nuestro análisis (y probablemente lo repetiré varias veces), porque con facilidad, como podrán comprobar, al analizar la aplicación de estas ideas, se olvida cuál es el objetivo que se pretende alcanzar.

Ya en la década de los 80, cuando el gobierno socialista se enfrentó al problema sanitario, se planteó como objetivo reducir los costes de la asistencia. Lo hizo inicialmente reduciendo el presupuesto y las consecuencias fueron una dramática pérdida de calidad sin lograr la reducción de los costes.

En la década de los 90 las ideas habían cambiado. Se asumía por todos la necesidad de

una reforma, pero su objetivo no era ya reducir, sino sólo contener los costes, cuya elevación se admitía como inevitable. Pero asumiendo el objetivo de que había que contener los costos, dos soluciones se planteaban: la intervencionista y la liberal.

El PSOE consideraba que bastaría con racionalizar la gestión de los hospitales para que aumentara su eficiencia, es decir, para que dieran más y mejor asistencia con el mismo coste. Y esta racionalización de la gestión consideraban que se conseguiría con la contratación de gerentes profesionales, incluso procedentes de la empresa privada (no sanitaria en general), lo que no deja de ser una ironía tratándose de un partido socialista.

Me adelanto a señalar que no se consiguió el objetivo buscado, y no porque los gerentes no estuvieran capacitados, sino porque su capacidad de gestión estaba muy limitada: los hospitales públicos tenían la clientela asegurada, estaban llenos, sus plantillas de personal estaban completas (hipertrofiadas incluso) y eran inamovibles. ¿Qué podían hacer los gerentes? Suprimir la calefacción, y poco más; quizás dejar de pagar a los proveedores.

Quizás la única aportación o logro importante de esta fase de control socialista de los hospitales, haya sido la obtención de información, el establecimiento de sistemas para que esta información se produzca, y la creación de un convencimiento casi general a todos los niveles de que la información es necesaria para la gestión de los hospitales.

Palabras clave: Gestión hospitalaria. Nuevas tendencias.

Fecha de recepción: Septiembre 1999.

Hasta aquí la fracasada solución socialista al problema de la necesidad de contener los costes.

¿Qué decía el Partido Popular en esa época en la oposición? Por supuesto, estaba de acuerdo en la necesidad de contener los costes, pero entendía que debería conseguirse a través de una solución liberal de libre competencia en el mercado sanitario. Los hospitales públicos, propiedad del Estado, deberían tener autonomía de gestión, con presupuestos que habían de crearse en forma autónoma atrayendo a los pacientes. Los pacientes debían tener la posibilidad de elegir hospital, y su asistencia (para ellos gratuita) sería pagada por las Áreas de Salud a que estuvieran voluntariamente adscritos. Las áreas serían, pues, compradoras de cuidados hospitalarios y los hospitales vendedores de los mismos. La competencia entre los precios de los distintos hospitales, incluidos los del sector privado que estuvieran interesados, provocaría la reducción de los costos asistenciales, que en cualquier caso se asumía (frente a la utópica posibilidad socialista de reducirlos) que seguirían aumentando como consecuencia de los avances tecnológicos y de la creciente demanda asistencial.

Sin embargo, cuando el PP llega al poder, tanto a nivel estatal, como en las comunidades autónomas en que gobierna, cambia de idea y —se supone que por justificadas razones políticas— decide dejar la organización sanitaria como la tenía el PSOE y abordar el problema de la necesidad de contener los costos, por lo que podríamos llamar una «vía intermedia» o una «tercera vía».

¿En qué consiste dicha vía? Se trata de una reorganización que partiendo de la existencia de autonomía hospitalaria «en todos los sentidos» incluye tres aspectos distintos pero estrechamente relacionados. Permítanme sin embargo que haga antes de entrar en el análisis de esos tres aspectos, una pequeña digresión acerca de lo que puede significar la «autonomía hospitalaria en todos los sentidos» que los autores de estas propuestas reorganizativas consideran «punto de partida "sine qua non"» para el establecimiento de las mismas.

En el léxico español actual hay palabras que han cambiado de significado y otras que han perdido precisión y no se sabe bien lo que significan, pero se aplican con gran frecuencia (probablemente porque dan una imagen positiva) a sabiendas de su imprecisión o precisamente por su imprecisión. Autonomía es una de ellas, en la España del Estado de las Autonomías, existen la autonomía laboral, la autonomía universitaria, la autonomía de gestión, etc., etc. Tienen significados muy distintos. Por ejemplo, en el libro «La Sanidad Española 1982-1986. Crónica de Cambio: 1.ª Etapa», escrito por el Secretario General Técnico (Mansilla) y dirigido por el Ministro Lluch, se dice que la reforma del hospital público que están realizando tiene como una de sus cuatro líneas fundamentales la autonomía de gestión hospitalaria, pudiendo leerse el párrafo siguiente que no tiene desperdicio: «La implantación de un sistema integrado de gestión hospitalaria encuentra su justificación en la limitación de recursos económicos de que dispone el Sistema de Seguridad Social, unida a la ineludible necesidad de introducir el factor empresarial en la gestión sanitaria pública como base para el establecimiento de medidas de racionalización del gasto». No se puede negar que el PSOE con esta afirmación trataba ya en 1986 de ocupar posiciones de centro político, al menos en teoría. Lo que sí se puede afirmar es que hoy por hoy los hospitales españoles no tienen autonomía prácticamente en ningún sentido. Me atrevo a afirmar que tienen menos autonomía que durante la dictadura franquista: Están sectorizados (no pueden competir por captar pacientes), es decir sólo reciben los enfermos que les tienen asignados (y eso en ciudades donde hay múltiples áreas de salud y múltiples hospitales, como Madrid); para aceptar un paciente de un área que no les corresponde tienen que recibir permiso de las autoridades extrahospitalarias. Su presupuesto se les asigna. En el funcionamiento interno sólo cuenta el gerente, para cuyo nombramiento no se consulta al hospital; y el personal del centro no cuenta a la hora de regular su funcionamiento interno.

Con todo esto, quiero decir que si la condición *sine qua non* para que las nuevas ideas se apliquen es que exista autonomía hospitalaria «en todos los sentidos», hay que concluir que hoy por hoy no son aplicables. Pero volvamos al análisis de los tres aspectos que definen a la vía intermedia o actual solución al problema de la reducción de los costes hospitalarios, que se plantea el PP.

1.º Una integración funcional de los actuales servicios hospitalarios, en unidades de rango superior que se ocupen de una determinada patología o grupo de enfermedades con problemática similar. Así, se crean unidades del corazón por ejemplo que incluyen los antiguos servicios de Cardiología, Cirugía Cardíaca, Unidad Coronaria, Cateterismo, etc., etc.

2.º. La «gestión clínica», es decir, la implicación de todos los profesionales en la gestión del servicio, no solo en su aspecto médico, sino también en el organizativo, en el de evaluación de resultados y en el económico. Un grado mayor de esta gestión clínica es la creación de unidades autogestionadas, dentro del propio hospital, en las que tras acordar un contrato-programa, la unidad gestiona el presupuesto que se le ha asignado, o bien crea su propio presupuesto en función de la remuneración acordada por el trabajo que realice.

El grado máximo lo constituye la creación de hospitales, institutos o gabinetes de diagnóstico con el carácter de sociedades públicas de derecho privado.

3.º. Incluye, finalmente, un aspecto sorprendente porque está en la línea del hospitalo-centralismo (toda la asistencia sanitaria basada en el hospital) al que generalmente se ha culpado de la sobrecarga asistencial que padecen la mayoría de los hospitales españoles. Las nuevas tendencias contemplan la extensión de la medicina hospitalaria al sector extrahospitalario, no sólo el especializado, sino incluso el primario. Esto incluye lógicamente una «redefinición» de las relaciones entre médicos de atención primaria y especialistas, por supuesto partiendo de la idea de que todos los médicos especialistas

dependen ya de la correspondiente «superunidad» del hospital.

No creo necesario señalar que estas propuestas parten de un grupo bastante reducido, pero muy influyente, de médicos de hospital.

Los proponentes son conscientes de la dificultad de esta implicación de la atención primaria, en la asistencia «orientada» desde el hospital, pero están convencidos de que puede lograrse con la necesaria protocolización de las actuaciones de los profesionales. La protocolización es en realidad la nueva panacea o el «truco» que va a conseguir cambiar —positivamente se entiende— la asistencia sanitaria. A este respecto, no se puede olvidar que los proponentes de estas reorganizaciones consideran que *«estamos en una época en la que hacer lo mejor para el paciente individual (el que tenemos delante) no garantiza que estemos haciendo lo mejor para la población o conjunto de pacientes que dependen de nosotros. El entender y aplicar esto mejorará no solo la eficacia sino la equidad del sistema»*.

Debo confesar que he meditado mucho sobre esta afirmación, y aunque creo entenderla, considero que va en contra del buen hacer médico, y que la afirmación contraria es la verdadera: que hacer lo mejor para el paciente individual, el que tiene delante, es lo único que garantiza al médico estar haciendo lo mejor para todos sus enfermos. Yo al menos es lo que trato de hacer, y cuando estoy enfermo busco un compañero que se preocupe de «mi» caso y no de la eficiencia y de la equidad del sistema.

Pero dejando a un lado la opinión que a título personal me merece este tipo de afirmaciones, vamos a analizar la viabilidad y las posibilidades de las propuestas concretas de reorganización que se hacen y que serían: Autonomía completa de los hospitales. Integración funcional de los servicios. Gestión clínica de las unidades, y extensión de la misma a la medicina extrahospitalaria. Yo creo que con la excepción de la última, todas las demás medidas son posibles. Respecto a la extensión a la medicina extrahospitalaria, ya los proponentes son conscientes de que si bien

es posible gracias a los avances tecnológicos y a la protocolización, exige procesos de formación, información y negociación que lógicamente serán lentos, y tendrán también que adaptarse a las características regionales, y en cualquier caso serán el último paso de estas medidas reorganizativas. Es de esperar, por supuesto, que para que se alcance el objetivo de esta reorganización hospitalaria (que una vez más les recuerdo que es la contención de los costos) no haya que esperar a esta última fase de las reformas. Entre otras cosas porque esta extensión a la medicina primaria de las «orientaciones» o protocolos dictados por los hospitales, es difícil pensar que no lleve consigo un encarecimiento de la asistencia, aunque no me cabe duda de que va a conseguir una mejora de su calidad. Nos concentraremos, por ello, en las otras tres medidas:

1.º. La autonomía hospitalaria «en todos los sentidos» es una medida absolutamente viable, que depende en exclusiva de las autoridades sanitarias. Si a los hospitales se les asigna un presupuesto tendrán autonomía de gestión o simplemente de administración, dependiendo de que se les retire o no la asignación de pacientes, y de que sean responsables o no, en lo legal y en lo económico, de la contratación y despido de su personal a todos los niveles.

Si la autonomía hospitalaria «en todos los sentidos» es condición *sine qua non* para que funcionen los otros aspectos de la reorganización propuesta, no cabe duda de que a la implantación puntual de éstos, previa a la existencia de esa autonomía, hay que darle carácter de ensayo. Esto, por su enorme trascendencia, justifica que dichos ensayos sean cuidadosísimamente analizados y criticados antes de que se intente dar validez a sus resultados.

2.º. La integración funcional de los servicios tienen un indiscutible sentido clínico y en principio debe redundar en una mejor atención del paciente, en una mayor calidad de las prestaciones y en una reducción de los costos de las mismas, aunque simplemente sea por la mejor coordinación y más rápida realización de los estudios y tratamientos. Sin

embargo no es una medida simple que se pueda adoptar «por decreto». Por fortuna, hay experiencia de ella en el extranjero y en España, en hospitales de características diversas, y personalmente he tenido experiencia de tres:

En 1957, don Carlos Jiménez Díaz intentó la creación de unidades médico-quirúrgicas en la clínica de la Concepción, con la consecuencia inmediata de que al no aceptar la integración con Cardiología, hubo de sustituir al equipo de Cirugía Cardiovascular. A medio plazo se volvió a los servicios convencionales.

En 1961, en el Centro de Cardiología de la Diputación Provincial de Sevilla, se logró la integración funcional de la Cardiología y la Cirugía Cardíaca, que funcionó a lo largo de 11 años, a pesar de involucrar cuatro servicios dependientes de instituciones tan distintas como la Diputación Provincial y la Universidad. Pero dejó de existir cuando cambiaron simultáneamente las personas y la ubicación de los servicios.

Y entre 1972 y 1982, en el Hospital Provincial de Madrid, funcionó en la práctica una unidad de asistencia cardiológica integrada, bien que dentro del Servicio de Cirugía Cardiovascular, que además de con dos quirófanos, contaba con salas propias de cuidados intensivos e intermedios, laboratorio de hemodinámica y cardiólogos clínicos y hemodinamistas.

Sin embargo, los objetivos y la razón de estas integraciones eran diferentes de los que ahora se proponen. Entonces había falta de medios y de experiencia, y se trataba de reunirlos para conseguir la máxima calidad asistencial, con las limitadas disponibilidades existentes. Ahora, en el sector público, se trata de contener el aumento de los costes generados por la enorme disponibilidad de conocimientos, de medios y de personas, y el objetivo estriba en mejorar la eficiencia, en hacer rentable toda esta infraestructura; en otras palabras, en conseguir una asistencia de buena calidad al menor coste posible.

La gestión clínica, en lo que significa de pre-ocupación de los profesionales por el coste de las prescripciones que hacen, de los pro-

cedimientos que realizan, del material que emplean, de los retrasos asistenciales que puedan evitar, etc., etc., no cabe duda de que debería llegar a constituir una actitud moral, hasta religiosa si Vdes., quieren, inherente a la condición de médico o de enfermera, que los jóvenes de ambos sexos tendrían que adoptar en la Universidad dentro del proceso de confirmación, conformación y definición de su vocación.

Por motivos prácticos, de carácter económico, la gestión clínica es —como actitud de todos los implicados— consustancial al ejercicio privado de la Medicina: Las clínicas, las entidades aseguradoras o colaboradoras, y los profesionales independientes se preocupan de reducir los costes de la asistencia, sin que ello lleve consigo una reducción de su calidad, que redundaría automáticamente en contracción del mercado y consiguientemente en pérdidas económicas para unos y otros. En realidad, bajo la denominación genérica de «gestión clínica» engloban los proponentes de la reorganización hospitalaria que comentamos, no sólo esta actitud sino una serie de medidas para conseguir que los profesionales se preocupen y participen en la gestión de la empresa en que trabajan, que constituyen *«un nutrido conjunto de nuevas experiencias en gestión hospitalaria»*, entre las que analizaremos las áreas autogestionadas dentro del hospital (por ejemplo, la Unidad de Cirugía Cardíaca del Hospital de Meixoeiro en Vigo), las unidades médico-quirúrgicas integradas (por ejemplo, el Instituto Clínico de Enfermedades Cardiovasculares del Hospital Clínico de Barcelona), y los hospitales, fundaciones o institutos, de propiedad pública, que se crean como sociedades públicas de derecho privado, y que por ejemplo se contemplan en el anteproyecto de «Lei de Sanidade de Galicia» de julio de este año en sus capítulos quinto y sexto, aunque de hecho ya existen y funcionan en diversas CC. AA.

#### Áreas autogestionadas

En ellas la «gestión clínica» se basa en dar un papel protagonista al director técnico,

que es un profesional especializado nombrado por la autoridad sanitaria correspondiente, al que se le concede un importante grado de autonomía a la hora de la gestión de los recursos (personales y materiales) que se le adscriben; gestión en la que está apoyado por un departamento administrativo especializado. El presupuesto económico se le asigna directamente, bien en función de un contrato-programa, o lo elabora la propia unidad en función de la actividad que desarrolla, si bien los precios por proceso o por paciente se determinan en función de los costes reales científicamente analizados.

La posibilidad de realizar una más directa selección del personal, la contratación laboral del mismo y la retribución con su componente de incentivación, se estima que deben dar lugar no sólo a una mejor calidad asistencial, sino sobre todo a una mayor eficiencia (optimización de la relación coste/calidad) que la que consiguen actualmente los servicios convencionales.

El ejemplo, que señalábamos de la Unidad de Cirugía Cardíaca del Hospital de Meixoeiro, es absolutamente típico: Se crea en una región donde por la población existente (2.7 millones de habitantes) se calculan unas necesidades de Cirugía Cardíaca en torno a las 1.350 grandes operaciones por año. Se encarga de su organización a un joven, pero ya experto profesional, de gran empuje. Se instala en un moderno hospital recién inaugurado. Se le da libertad para elegir material y plantilla. Se le permite que funcione dentro del marco del derecho privado y mercantil. Se eliminan todas las trabas administrativas que coartan la funcionalidad de los servicios convencionales (destinos, horarios, dependencia del personal, etc.). Y se incentiva económicamente al personal por la actividad realizada.

El resultado tiene que ser necesariamente bueno. Es la forma en que deberían funcionar todos los servicios hospitalarios. De hecho es, en gran medida, la forma en que funcionaban tradicionalmente, hasta que la legislación socialista de los años 80 llevó a la situación actual. Personalmente estoy convencido de que este tipo de organización au-

mentaría extraordinariamente la eficacia del sistema hospitalario español. Ahora bien, ¿es esto viable?; ¿pueden organizarse áreas autogestionadas en todos los hospitales públicos coexistiendo con servicios convencionales?; y en cualquier caso, ¿estos ensayos (el de la Unidad de Cirugía Cardíaca del Hospital de Meixoeiro, por ejemplo) son válidos?; ¿son significativos para aplicar al resto de los hospitales? Creo que la respuesta a todas estas preguntas es negativa.

No creo que sea viable, a largo plazo, la organización de unidades autogestionadas en todos los hospitales públicos. Su coexistencia y, en diverso grado, su dependencia de los restantes servicios del hospital, tienen que traducirse en el mejor de los casos en disfunciones que den al traste con la mayor eficacia buscada; y en el peor de los casos pueden dar lugar a serios problemas laborales. Por otra parte, la objetividad obliga a reconocer que los resultados de estos ensayos no van a tener apenas validez, porque en lugar de referirse a situaciones habituales en hospitales largo tiempo funcionantes, se realizan en unidades de nueva creación, en hospitales de poco tiempo de funcionamiento, en áreas sectorizadas de gran demanda, en las que se eliminan por decreto los competidores, y en cualquier caso la gestión no se puede calificar de empresarial desde el momento que no incluye la captación de clientela y las ventas están aseguradas al precio que resulte, sea el que sea.

#### Unidades médico-quirúrgicas integradas

En este caso se trata de alcanzar el objetivo de la contención de costos a través no sólo de la autogestión de la unidad en el mismo sentido que veíamos anteriormente, sino también a través de la participación del personal asistencial en la creación de un centro de excelencia, vanguardia y alta tecnología, dedicado a un grupo de enfermedades que comportan características comunes y por tanto similares problemas de diagnóstico y tratamiento, y en el que se supriman los límites y barreras tradicionales entre Medicina, Cirugía, Anestesia, técnicas de diagnóstico, etc.;

entre asistencia de urgencia y electiva, y entre atención hospitalaria y extrahospitalaria. Las características citadas harían de la unidad un centro de referencia para este tipo de enfermedades y de docencia e investigación sobre las mismas.

Son, sin embargo, características que se compaginan mal con el objetivo de contener los costes.

Un típico ejemplo de esta reorganización lo constituye el Instituto Clínico de Enfermedades Cardiovasculares del Hospital Clínico de Barcelona creado en enero de 1997 como inicio del Proyecto Prisma, que pretende transformar el Hospital Clínico de Barcelona en un grupo de institutos integrados por patologías para atención terciaria y un hospital general con otras especialidades abierto al área de salud.

En él se han integrado los servicios de Cardiología, Cirugía Cardiovascular, Unidad coronaria y Hemodinámica y Electrofisiología y se han realizado grandes e imaginativos esfuerzos de coordinación para mejorar la gestión de la lista de espera, asignar camas y equipos de profesionales, dar soporte administrativo a las sala de hospitalización, unificar la documentación clínica, etc. y se ha elaborado un ambicioso plan para desarrollar nuevos servicios asistenciales.

El Comité de Dirección del Instituto, constituido por los seis jefes de servicio y de sección que se han integrado, más los responsables de Administración y Enfermería y dos representantes, libremente elegidos, del personal médico y de enfermería, proponen el candidato a Director, que es nombrado (si lo aprueba) por el Gerente para un mandato de cuatro años. El Director propone y el Comité de Dirección nombra a los responsables de Enfermería, Administración, Docencia e Investigación.

Es evidente que esta reorganización funcional integradora puede mejorar la calidad asistencial, lograr un centro de excelencia e incluso lograr una cierta reducción de los costes, pero hay que hacerse varias preguntas a algunas de las cuales podrá dar respuesta dentro de poco el ensayo de Barcelona: ¿Es posible copiar esta integración

funcional en todos los hospitales? ¿Es esta integración el único medio de lograr una reducción de costes en los hospitales de larga trayectoria de ejercicio? ¿Es la «participación» de todo el personal en la gestión de la unidad una motivación duradera? Creo que la contestación a estas preguntas es negativa.

La integración de servicios y unidades largo tiempo funcionantes, conlleva siempre una redistribución de poder, que no aceptan o aceptan mal aquellos a quienes se les reduce. Entre los profesionales médicos existen recelos como mínimo, habitualmente desconfianza y en ocasiones franca animadversión que dificulta la aceptación de criterios distintos a los propios. La integración puede ser impuesta, pero es evidente que así no dará los frutos que de ella se esperan. Tiene, pues, que lograrse por convencimiento, y hay que admitir que en un gran porcentaje de hospitales no se va a lograr.

Por otra parte, no cabe duda de que muchos de los objetivos que se pretenden con la integración pueden lograrse con la adecuada coordinación de los servicios ya existentes, sin que se produzca redistribución del poder con todas sus negativas consecuencias. Siempre es más fácil poner de acuerdo a dos o más servicios para que coordinen su actividad, que lograr que se integren en uno solo.

Así mismo, creo que la «teórica» participación de todo el personal en la gestión de los recursos y en la consecución de los resultados asistenciales, no es motivación suficiente para aumentar su rendimiento de una forma duradera. Lo será de entrada en un alto porcentaje de los profesionales médicos involucrados, en un porcentaje menor de los técnicos y enfermeras, y en un porcentaje mucho más reducido entre el personal auxiliar. Pienso que con el paso del tiempo estos porcentajes se irán reduciendo, hasta alcanzarse un cierto «nivel de rutina», bien porque ya no se puede rendir más, bien por cansancio o hastío de las motivaciones iniciales. Dependiendo de la altura de ese nivel, podrá calificarse la experiencia de éxito o de fracaso, con carácter definitivo.

Un problema interno, pero importante al que en la práctica se dan sólo dos soluciones es el de la dirección de la Unidad: Al Director o lo nombran las autoridades del hospital o se elige democráticamente. La franca aceptación del designado por el resto de los profesionales nunca está garantizada en mi opinión, pues es lógico que haya otros que se consideren con más méritos o aptitudes para desempeñar el puesto. Y, por otro lado, en la elección democrática, la limitación del tiempo de mandato, con nueva elección al término del mismo, introduce un factor de inestabilidad absolutamente pernicioso: los aspirantes a la sucesión pueden dedicarse a provocar el fracaso del Director al tiempo que se captan las voluntades de los futuros votantes.

En cualquier caso, y cara al enfermo —centro teórico de todo el proceso asistencial— existe un problema, quizás en la práctica secundario en la actualidad (con la sanidad sectorizada y los pacientes obligados a ir al hospital que se les asigna), pero que en un futuro de libertad de elección puede tener difícil solución. Es el de la decisión terapéutica. En los servicios convencionales la toma en última instancia el Jefe de Servicio, pero en la Unidad Integrada, ¿quién la toma?

En la solución de discutirlo en sesión clínica, pese a la libre y sincera exposición de criterios, persiste —cuando no hay unanimidad— la necesidad de decidir. Personalmente me horroriza la idea de una indicación o contraindicación operatoria por votación democrática. Además, la toma de decisiones en el sector clínico conlleva retrasos, por lo que se han propuesto formas de decisión más expeditivas, como en Barcelona la formación de pequeños grupos de tres médicos y dos cirujanos. Puede ser la solución en la actualidad, pero cuando los enfermos puedan elegir, no es lógico que admitan de buen grado la decisión (unánime o no) de un grupo de médicos que, por bien preparados que estén, pueden resultarles perfectamente desconocidos.

#### **Sociedades públicas de derecho privado**

Se han planteado y puesto marcha como solución al problema de las trabas de carácter

administrativo que supone la reorganización de los hospitales públicos en tanto constituyen entidades de derecho público, con personal funcionario o laboral protegido por estatutos específicos y con capacidad de gestión limitada y controlada por normas administrativas difíciles de soslayar.

En unos casos se trata de hospitales generales, en otros de empresas de servicios, o bien de institutos orientados a reforzar y mejorar puntualmente la sanidad pública, como el MEDTEC (Instituto Gallego de Medicina Técnica) creado por la Xunta para la gestión clínica especializada, la asesoría técnica y la gestión administrativa de programas sanitarios diversos. Por el momento, el MEDTEC cuenta con unidades de Cirugía Cardíaca, Cardiología Intervencionista, Diagnóstico por Imagen, Medicina Nuclear y Oncología Radioterápica, Radiología, Control de Urgencias 061 y Programa de Atención Socio-Sanitaria. Es algo así como un INI sanitario, por lo que no deja de ser curiosa su creación en una etapa política de privatizaciones, y el que aparezcan entidades similares en las C.C. AA. controladas por el Partido Socialista.

Se afirma que por estar presentes en su funcionamiento mecanismos de financiación, compras, facturación, relaciones laborales, incentivos y producción propios de la práctica empresarial, su gestión tiene este carácter, pero no se puede olvidar que lo que define a la gestión empresarial no son estos mecanismos, sino la necesidad de competir en el mercado, aspecto que falta en la gestión de estas sociedades. En efecto, en todas ellas el mercado lo tienen en exclusiva, bien porque se crean en áreas donde no existían competidores, bien porque se eliminan los existentes, no por dar prestaciones mejores o más baratas, sino simplemente por el expeditivo procedimiento de obligar a todos los pacientes del sector público a hacer uso de sus servicios.

Se supone que por estar financiados por fondos públicos y estar su actuación subordinada a los objetivos de la Sanidad pública, se van a optimizar sus resultados, pero esto no es más que la expresión de los buenos deseos de sus creadores.

En la práctica no se podrá valorar su eficacia porque ni la calidad de sus resultados, ni sus costes se podrán comparar con los de otras entidades o unidades funcionando en la misma zona.

En cualquier caso, parece claro que el menor control que supone la gestión de fondos públicos por empresas de derecho privado, constituye un buen caldo de cultivo para que se produzcan fenómenos de corrupción.

¿Quiere esto decir que en el tipo de gestión de carácter verdaderamente empresarial no está la solución para el problema de lograr una mayor eficiencia (no olvidemos, relación de costos/calidad) en el sistema hospitalario español? De ninguna manera.

Las críticas expuestas sólo indican que «a modo de ensayo» estas experiencias tienen escasa validez, porque en ellas no va a funcionar el mecanismo de la competencia, único por el que se puede esperar que disminuyan los costos. Todo lo demás es voluntarismo.

Ahora bien, si el sistema se generaliza a todos los hospitales públicos, si desaparece la sectorización y la imposibilidad de que los enfermos de una Autonomía puedan ser asistidos en otras, si se da entrada (aspecto importante por lo que tiene de referente) a los hospitales del sector privado que puedan estar interesados; en una palabra, si funciona el mecanismo de la libre competencia, éste es sin duda el gran cambio que precisa la organización hospitalaria española. ◀

---

Ramiro Rivera, Departamento Cardiovascular. Clínica «La Luz». Madrid.

---