

Gestión hospitalaria en tiempos de crisis y crisis de la gestión hospitalaria

- AUTOR: **Salvador Peiró**
- MEDIO: **Redacción Médica**
- FECHA DE PUBLICACIÓN: **26/06/2013**

Políticos compulsivos a la búsqueda de soluciones desesperadas. Gestores sanitarios a la deriva, intentando pasar desapercibidos a la espera de que escampe. Médicos y enfermeras huraños y, a veces justificadamente, un tanto asilvestrados. Pacientes desconfiados que, en medio de tanto ruido, no saben muy bien si no los operan porque no deben ser operados, han jubilado al cirujano, el anestesista no está de humor, han cortado la luz del quirófano por falta de pago o la consejería de turno se lo ha vendido a una empresa privada. Y ciudadanos indignados reclamando una distribución equitativa del despilfarro (si en Villa Arriba se construyó un innecesario hospital de 30 camas, la cercana Villa Abajo también tiene derecho a su ahora todavía más innecesario hospital).

Estas caricaturas no son sólo personajes de una tragedia griega (con perdón por el juego de palabras, que no están los tiempos para este tipo de bromas). También deambulan por un sistema sanitario (el Sistema Nacional de Salud) que en unos pocos años ha pasado de intocable a insostenible. De escuchar repetir a todos nuestros electos el mantra “universal, gratuito, público, equitativo y de calidad”, al desconcierto, el recelo y la desmoralización.

En este contexto hosco, sometida a una intransigente disciplina financiera, abrumada por la tensión de implantar recortes (no siempre razonables) y hostigada por profesionales y pacientes (a veces justificadamente, a veces hiperestésicos), la gestión hospitalaria, que por lo demás siempre anduvo un tanto descaminada, se ha acabado de extraviar. Es una mala noticia porque si alguna vez hemos necesitado que la gestión hospitalaria no estuviera en crisis es, justamente, en estos tiempos de crisis.

Aunque no es un marco de análisis muy formal, la gestión sanitaria puede verse como una serie de círculos concéntricos. El primer círculo, el central, incluiría las experiencias de los pacientes y vendría configurado esencialmente por los resultados clínicos y funcionales de la atención que reciben. Es, sin duda, el núcleo del trabajo de los hospitales, su razón de ser y el principal objeto de la gestión.

Un segundo círculo, envolviendo al primero y no menos central, viene configurado por el funcionamiento de las unidades de profesionales que prestan los servicios clínicos. Lo que en teoría de organizaciones se conoce como microsistemas. Un microsistema no es un servicio o una sección. No se define por un organigrama formal (como parecen creer algunos de nuestros gestores), sino que incluye a los profesionales (usualmente varios y variados), sus pacientes, el conocimiento científico existente (la evidencia) pero también el que realmente conocen y aplican, un conjunto definido de procesos asistenciales, y las interacciones y flujos de información, formales e informales, dentro del microsistema, con otros microsistemas (sean o no propio hospital) y con los círculos externos.

Los microsistemas son la unidad cardinal de la gestión sanitaria. En ellos se presta la atención médica y de enfermería, se produce el contacto del paciente con el sistema asistencial, se realizan los procesos clínicos y se logran (o malogran) los resultados de salud para los pacientes. El sistema sanitario no puede ser mejor que lo que den de sí estos microsistemas (aunque puede ayudar, y mucho, a que estas unidades funcionen mejor).

El tercer y cuarto círculo vienen conformados, precisamente, por el funcionamiento de las organizaciones que acogen y dan soporte a los microsistemas: el propio hospital o la organización en la que se integra el hospital (la gestión hospitalaria), y el entorno de políticas generales, regulaciones legales (titularidad del derecho a la asistencia, definición de la cartera de servicios, ...) y sistemas de incentivos y desincentivos que enmarcan y modulan los comportamientos, intereses y oportunidades de pacientes, microsistemas y hospitales.



La gestión clínica trata de los microsistemas, de su capacidad para desarrollar una asistencia efectiva, segura, adecuada, técnicamente excelente, centrada en los pacientes, eficiente y acorde a las reglas sociales de respeto a las personas, justicia y equidad. También de la generación de nuevas evidencias (investigación), de la incorporación de las existentes a la práctica diaria (innovación) o de la capacitación de nuevos profesionales para garantizar la calidad de la organización sanitaria futura (formación).

La gestión hospitalaria y la política sanitaria, los círculos más excéntricos, tratan, en su mejor expresión, de ayudar a los microsistemas a cumplir estas funciones. Pero hace tiempo confundieron su objeto. Centrada en la gestión de lo complementario (la estancia media, el gasto farmacéutico, la gestión de excepciones, la interacción política, etc.) y mediatizada por su extremada dependencia política, la gestión hospitalaria parece haber olvidado lo esencial: su función de ayudar a mejorar la asistencia sanitaria, los procesos clínicos y los resultados para los pacientes. Esto no quiere decir que la gestión de lo complementario no sea importante o que no deba ser virtuosa, sino, simplemente, que no es un fin en si misma, sino un medio para que la atención sanitaria pueda cumplir la misión primaria de los centros sanitarios: prestar atención clínica a personas enfermas. Un ejemplo de este (des)enfoco ha sido transformar el concepto de gestión clínica (la gestión de los microsistemas, un aspecto que afecta especialmente a la calidad y eficiencia de los procesos asistenciales), en un problema organizativo (formalizar organigramas que incluyan palabras como instituto clínico o áreas clínicas, con los correspondientes nombramientos de confianza e incremento del control político del hospital).

La gestión sanitaria no es fácil. Y menos en estos tiempos. Pero su complejidad requiere habilidad, conocimiento y prudencia, no resignación. Las diferencias entre el sector sanitario público (especialmente la excesiva interdependencia política) y los sectores empresariales implican desventajas, pero no anulan la capacidad directiva de los gestores, ni suponen la imposibilidad de gestionar. Quizás simplemente, y sensu contrario, la necesidad de gestionar en los márgenes requiere una gestión mas específica, creativa y eficaz que en otros ámbitos.

Va siendo tiempo de recuperar valores. De entender que la calidad y eficiencia de la gestión y la política sanitaria sólo puede ser definida en función sus efectos sobre los pacientes. Y estos efectos dependen, fundamentalmente, de su capacidad para gestionar los microsistemas asistenciales: conseguir que las unidades clínicas se basen en el mejor conocimiento científico existente, que centren la atención en el paciente y que asuman la responsabilidad por la atención que prestan y por la coordinación de los cuidados a través del sistema sanitario.