

Gestión de la Sanidad Pública: unas reflexiones

Cesáreo Amezcua Viedma, Ph.D.

Director de Counseling & Communications, S.L.

E-mail: couseling@couselcom.com

Recibido: 28 enero 2013

Aceptado: 6 febrero 2013

RESUMEN: La externalización (*outsourcing*) es un fenómeno que comenzó en la empresa privada y ya ha llegado a la pública. Existe un malentendido al confundir externalización con privatización. En este trabajo abordamos el debate sobre gestión pública o privada bajo el prisma del fenómeno del cambio. Los cambios cuestionan y retan al sistema tradicional de organización de los Servicios. De aquí la irrupción de nuevas formas de gestión.

PALABRAS CLAVE: privatizar, externalizar, gestión, cambios.

Public Health management: some reflections

ABSTRACT: Outsourcing is a phenomenon which began in the private business and has now arrived to the Public Services. There is a misunderstanding regarding the terms of outsourcing and privatization. In this article we will deal with the public-private management issue from the perspective of social change which challenges the traditional system of the Public Service Organization. Hence the irruption of new ways of management.

KEYWORDS: privatization, outsourcing, management, change.

«Si quieres nuevos resultados no hagas siempre lo mismo»
«Cuando las circunstancias cambian, yo cambio de opinión»

(JOHN MAYNARD KEYNES)

A lo largo de muchos años trabajando en la docencia con personal sanitario y no sanitario, he oído con frecuencia a mis alumnos decir: «Eso que usted dice vale

para la empresa privada, pero aquí es diferente: esto es un Servicio Público». En realidad yo me dedico a enseñar la gestión de las organizaciones y de las personas.

Y resulta que la gestión, como campo de conocimiento, está en constante cambio sobre todo desde que Alvin Toffler habló del «shock del futuro»¹. La gestión es como el inglés, que se necesita tanto en la empresa privada como en la pública. Para ambos mundos es necesaria por tanto. Y la gestión hay que practicarla teniendo en cuenta el fenómeno del cambio. Hoy se ensayan nuevas formas de gestión en la Sanidad Pública que hay que mirarlas bajo el prisma del cambio. Una de ellas es la externalización de la gestión.

Cambios que retan a los Servicios Públicos

En este caso me refiero a la Sanidad Pública, y los retos que le vienen presentando una serie de cambios que paso a reseñar.

CAMBIO 1: De la orientación al Servicio a la orientación al Cliente/Consumidor de Servicios Públicos

Para aclararnos, desde el principio, diré que uso los términos «usuario», «cliente», «paciente» y «ciudadano» indistintamente. A

¹ A. TOFFLER, *El shock del futuro*, Plaza & Janés, Barcelona 1977.

propósito de «cliente», otra muletila que sigo oyendo entre el personal sanitario es: «Qué diablos cliente; nosotros tratamos a pacientes». Bueno, clínicamente, puede que sí pero, en calidad de «usuarios» de Servicios Públicos, «votantes», «pagadores de impuestos» y «ciudadanos» tenemos que hablar más bien de «clientes» o de «consumidores de Servicios Públicos». La Biomedicina, que sólo es una rama de la medicina, es un campo de conocimiento avanzadísimo y gran benefactor de la Humanidad, que tiene un defecto denunciado por Sir William Osler: «A veces sólo vemos enfermedades, pero no enfermos»². La jerga médica ha desarrollado un lenguaje deshumanizador que da la razón a Osler: «Hoy tenemos tres hernias, dos estómagos y una cadera», se suele oír en los controles de planta de cualquier hospital, cuando se anuncian las cirugías de ese día. Ivan Illich también denuncia el «imperialismo del diagnóstico» y la «medicalización de la vida»³. Pero el paciente ya no es lo que era. El paciente de hoy pre-

² W. OSLER, «La relación médico-paciente», en TWADDLE & HESSLER, *A Sociology of Health*, The Cosby Co., St. Louis 1977.

³ I. ILLICH, *Medical Nemesi*, Bantam Books, New York 1976.

senta tres características: es más exigente, está más formado e informado, y está más segmentado o diversificado. Es más exigente porque paga y por eso tiene derecho a exigir y a reclamar. Hace gracia cuando se habla de las compañías aseguradoras de salud porque cobran una cuota. Pero, ¿acaso la Sanidad Pública no cobra también su cuota? Por eso lo de la gratuidad, cuando se habla de la Sanidad Pública, es una falacia, ya que todos pagamos la Sanidad Pública. No la paga el Gobierno. Por eso el cliente tiene derecho a exigir y a reclamar un servicio de calidad (ambulancias, seguridad, admisión, hostelería, limpieza, celadores, técnicos, médicos y enfermeros). Tres cosas exige el cliente: un trato personalizado y respetuoso, no tener que esperar tanto para una consulta o una cirugía y una información veraz/ética. La Ley General de Sanidad (1986) defiende para el paciente el «derecho a la verdad», incluso cuando se trata de dar la mala noticia de un diagnóstico grave. En segundo lugar, hoy el paciente, al estar más formado, exige una información más precisa y contrastada. De ahí surge, y va en aumento, la búsqueda de una segunda y tercera opinión, o la libre elección de médico, o cuestionar la firma del «consenti-

miento informado». Y, en el caso más extremo, el recurso al Derecho Civil y Penal.

Por cierto, en Estados Unidos a los abogados se les denomina «ambulance chasers» (cazadores de ambulancias), y se han convertido en el terror de médicos y hospitales. A raíz de la mayor formación de los pacientes/clientes, a veces se cuestiona la autoridad clínica del médico, y se le exige el seguimiento riguroso de los protocolos. Así nació la Medicina defensiva. En tercer lugar, el paciente hoy está diversificado o segmentado. El término «segmento» o «nicho» de mercado se toma del marketing⁴ que las compañías privadas usan sagazmente. Saben muy bien que no es lo mismo una población geriátrica que una población obstetro-ginecológica (*target groups*). ¿De quién estamos hablando?: consumidor, cliente, usuario, ciudadano. Todos estos términos son utilizados casi indistintamente y existe un debate interminable en torno al significado de cada uno de ellos en la hasta ahora breve historia de la protección al consumidor en el sector público.

⁴ R. K. MANOF, *Social Marketing. New Imperative for Public Health*, Praeger, New York 1985.

¿De quién estamos hablando?:

Súbdito	Estado absolutista
Administrado	Ilustración
Ciudadano	Revolución Francesa
Cliente	Estado de Bienestar
Consumidor de Servicios Públicos	Supranacionalismo de la Unión Europea

CAMBIO 2: La revolución de las Nuevas Tecnologías y las TIC

Baste, como botón de muestra, una cita médica por ordenador, o el fenómeno de la Telemedicina, en virtud de la cual se puede realizar, en tiempo real, una prueba diagnóstica o un procedimiento quirúrgico. Se trata de otro cambio que trastoca y reta a la postura del «siempre se ha hecho así», propia del inmovilismo y de la resistencia al cambio⁵. La automatización que conllevan las nuevas tecnologías es una de las grandes causas del paro cada día mayor. Sobre este particular, en este momento, hay una gran confusión con el eslogan «la Sanidad Pública no se vende». En realidad, lo que duele es el problema del paro de tantos trabajadores de la Sanidad Pública que van a la calle cada día.

⁵ G. Y. ZALTMAN y R. DUNCAN, *Strategies for Planned Change*, Wiley-Interscience, New York 1977.

Los trabajadores de la Sanidad Pública están tocados particularmente a causa de la revolución tecnológica, los recortes presupuestarios y las nuevas formas de gestión.

CAMBIO 3: De una visión de trabajo como tarea (A. Smith⁶ y F. W. Taylor) a una visión del trabajo como proceso (M. Hammer y J. Champy)⁷

Este cambio de visión lo ofrece la «reingeniería organizacional» que, en definición de estos últimos autores, es «un replanteamiento de las formas de pensar y un rediseño radical de los procesos de trabajo para lograr mejoras significativas en costes, calidad, servicio y rapidez».

Los mismos autores definen el término proceso como «una serie de actividades que, tomadas en su conjunto, producen un resultado de valor para el cliente». Hay que rediseñar de forma radical los procesos de trabajo de manera que se eviten duplicidades y costes innecesarios. Dicho rediseño deberá llevarse a cabo por todos los implicados en el mismo. Esto supone la

⁶ A. SMITH, *La riqueza de las naciones*, 1776.

⁷ M. HAMMER y CHAMPY, *Reingeniería de la Organización* Parramón, Barcelona 1976.

participación creativa a todos los niveles de la organización frente al clásico «orden y mando» del tradicional autoritarismo. Según la «Reingeniería», las personas pueden justificadamente ausentarse de su puesto de trabajo; no así los procesos. Para que esto ocurra hacen falta nuevas formas de gestión, de manera que si la consulta es a las 9 horas, con un razonable tiempo de espera, no se atiende al paciente dos horas más tarde. ¿Qué habrá que hacer? Gestionar mejor, es decir, gestión por procesos. Durante el horario establecido en un determinado Servicio, no se le puede decir al paciente que espere porque el médico o el administrativo estén desayunando o en una reunión. Si esto ocurre hay mala gestión, que da origen a ofertas privadas de nuevas formas.

CAMBIO 4: Revolución de la Calidad Total y Excelencia (TQM/EFQM)

Al acabar la II Guerra Mundial, Japón quedó aniquilado económica, militar y políticamente, mientras los Estados Unidos quedaban como los amos del mundo. En ese tiempo surgieron unas cabezas visionarias de las que mencionaré sólo una: el Dr. W. E. Deming⁸

⁸ M. WALTON, *The Deming Management Method*. A Perigree Book, New York 1986.

quien invitó a sus paisanos a pensar en la Calidad; instalados en el monopolio y en sus tres vicios capitales –la prepotencia, autosuficiencia y autocomplacencia–, no le hicieron caso. Entre tanto nace en Japón el Modelo de Gestión Deming para la mejora de la competitividad a través de la calidad. Deming cedió los derechos de su Modelo a la JUSE (Unión de Científicos e Ingenieros Japoneses), cuyo Presidente, y en señal de agradecimiento, creó en 1951 el Premio Deming a la Calidad para empresas japonesas. Con la Calidad los japoneses ganaron la batalla comercial a los Estados Unidos, sobre todo en la industria automotriz. Apenas en los años ochenta se empezó a hablar de calidad en los Estados Unidos con el Modelo «Malcolm Baldrige» durante la Administración Reagan. En Japón nace la filosofía del «just-in-time» que según Tiichi Ohno consiste en eliminar en el trabajo todas las tareas que no aporten valor.

Otro japonés, Takeo Miura, Director de Gestión Ejecutiva de Hitachi, se dirigía a una audiencia de Ejecutivos Seniors norteamericanos en los siguientes términos:

«Vamos a ganar, y el Occidente Industrial va a perder. No tienen ustedes nada que hacer, porque la razón de su fracaso está dentro de ustedes mismos. Su modelo

de gestión se basa en Taylor (padre del Management científico), y no solo su modelo, sus cabezas piensan como Taylor. Con jefes pensando mientras los operarios se limitan a usar el destornillador, ustedes muestran su convencimiento de que esa es la forma de gestionar. Para ustedes, la esencia de la gestión es extraer las ideas de las cabezas de los jefes y ponerlas en manos de los operarios. Nosotros vamos más allá del modelo tayloriano. Los negocios hoy son más complejos y dificultosos; la supervivencia de las empresas depende de la movilización diaria de cada gramo de conocimiento»⁹.

Hasta 1999 no habla Europa de Calidad. En este año nace la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM). Empieza entonces el boom de las Certificaciones de Calidad. Para el ámbito internacional, las Normas ISO; para el ámbito europeo, la Norma EFQM.

Muy al final del siglo XX se empezó a hablar de calidad en los Servicios Públicos. Algo se está haciendo ya, pero el esfuerzo viene obstaculizado cuando se carece de una visión compartida y un apoyo explícito de las cúpulas directivas a los programas e iniciativas de

Calidad. Es sobre todo la interferencia de la Política –cáncer de los Servicios Públicos en la Gestión– lo que obstaculiza en vez de potenciar. Basta como ejemplo la duración media de los gerentes de hospitales que oscila entre los dos y los dos años y medio.

CAMBIO 5: Del autoritarismo a la participación

El autoritarismo, como forma de gestionar, ya no «vende» y además es corrosivo. Hoy se busca la participación de todos en aras de una mejor gestión de procesos y de calidad. El *coaching*, la más reciente técnica de gestión y dirección, ayuda a tutorizar, entrenar, dar pistas y centrarse en los hechos. Ayuda a desenmascarar y destruir al propio «contrincante interior» que se presenta en forma de miedo, inseguridad, culpa, resentimiento e impotencia. La idea del «empowerment» –«no les des un pez; enséñales a pescar»– es una sana consecuencia del *coaching* que arranca de deportes de élite (tenis, golf, ski). Timothy Galwey, citado por John Whitmore¹⁰, dice en su libro *The Inner Game of Tennis* que «inner» (interno) lo usa en su libro para indicar el estado interno

⁹ T. MIURA, en U. DAVID y D. LAKE, *Organizational Capability*, Wiley, New York 1990.

¹⁰ J. WHITMORE, *Coaching for Performance*, Nicholas Bradley Publishing, London, 1992.

del jugador o contrincante dentro de la propia cabeza de sí mismo, ya que este contrincante es más terrible que el que se encuentra al otro lado de la red. Para destronar a este contrincante hace falta la filosofía y práctica del *coaching*. Actualmente se está pasando la práctica del *coaching* al mundo de los negocios. El Libro del Tao describe magistralmente lo que se entiende por un buen *coach*:

«Los mejores soberanos, el pueblo apenas sabe que existen; después vienen aquellos a quienes ama y ensalza; después vienen aquellos a quienes teme; finalmente, aquellos a quienes desprecia. Con los mejores ocurre que, una vez que han terminado su obra, el pueblo dice: "Lo hemos hecho nosotros mismos"».

La Sanidad Pública necesita este tipo de gestión y liderazgo. Pero no se piense que la gestión privada aprueba la asignatura.

CAMBIO 6: De la autosuficiencia interna a la externalización («outsourcing»)

Quizá sea éste el cambio más espinoso en las actuales reivindicaciones sociosanitarias: las subcontratas, la externalización. El fenómeno apareció en el ámbito privado de la Industria y los Servicios. Hace cuarenta años las obras las ha-

cía la Constructora X. Ahora las hacen subcontratas. Lo mismo ocurría con la fabricación de un automóvil: lo hacía el fabricante titular, pero en realidad hoy lo hacen las subcontratas, aunque la titularidad sea de la constructora o del fabricante de automóviles. Algo así ocurre con la externalización de la gestión de la Sanidad Pública. Unas empresas privadas venden a la Sanidad Pública sus conocimientos de gestión (su *know how*). Naturalmente que las empresas privadas no son ONG's; buscan beneficios. Aquí surge un punto candente que es el debate de cada día y para el que hay opiniones de todo tipo. El debate se monta sobre si es posible y ético hacer negocio trabajando para la Administración. Por cierto, no se entiende bien la poca resistencia que encontraron las externalizaciones de la seguridad, limpieza, hostelería y lavandería hospitalarias. Sí la hubo, pero no tan virulenta. ¿Por qué? y ¿qué decir del nacimiento de las Empresas de Trabajo Temporal (ETT's)? También encontraron resistencia sobre todo sindical. Posteriormente se ha visto que algunos sindicatos han recurrido a las ETT's. La virulencia actual contra la externalización de la gestión de la Sanidad Pública tiene su justificación profunda en la crisis económica y en los forzosos recortes presupuesta-

rios. Asimismo, la protesta se origina porque las Nuevas Tecnologías y TIC logran que se pueda hacer más y mejor con menos personal. Resultados: más gente al paro, nuevas formas de contratación laboral y más externalización. Esta forma de gestión de lo público tiene puntos negros que urge subsanar. El primero es la falta de transparencia; le sigue la falta de un agente importantísimo como es la representación y control de los usuarios con voz y voto en las deliberaciones y decisiones que atañen a la externalización. El tercero es un instrumento de evaluación científicamente válido y fiable. Y, finalmente, una Agencia de Control y seguimiento. Estaría compuesta, con el mismo reparto de poder, por la Administración, los Usuarios y los Profesionales. Cometidos de esta Agencia serían velar por la transparente formulación de las cláusulas de la subcontrata. Asimismo debería controlar el sistema de adjudicación y subcontratación. En tercer lugar velar por el cumplimiento de las cláusulas de la subcontratación, concierto o acuerdo. Finalmente presentar resultados de la evaluación cuali-cuantitativa principalmente a los ciudadanos, propietarios únicos de la Sanidad Pública.

Otro punto negro de la externalización lo ha manifestado la SESPAS (Sociedad Española de Salud Pú-

blica y Administración Sanitaria). Consiste en el riesgo de captura del regulador, es decir, la excesiva influencia que pueden llegar a tener las empresas adjudicatarias de los servicios sobre la Administración encargada de supervisar su funcionamiento. Esto puede ocurrir porque, dado el reducido número de empresas que participan en estos costosos proyectos, existe el peligro de una falta de competencia y un excesivo poder de los pocos operadores.

La externalización también puede generar dependencia absoluta de las empresas respecto a los ingresos de la Administración. Es lo que está ocurriendo en la Comunidad Valenciana: los hospitales exigen más dinero. Son los de Manises, La Ribera, Denia, Vinalopó y Torrevieja. Algo falla en los mecanismos de la externalización.

Aún así la externalización avanza en el resto de España: Extremadura y Galicia recurren a empresas para construir hospitales. Es el Modelo PFI (Private Finance Investment). Castilla-La Mancha ha anunciado que, como Madrid, sacará a concurso la gestión de cuatro hospitales ya en marcha. La idea subyacente es el ahorro como en el caso de Andalucía que, con su asfíxia económica, ahora no habla ya de recortes, sino de «planes de eficiencia». Pero el ahorro requiere elimi-

nar las barreras de una organización fragmentada, con Atención Primaria, Hospitales y Servicios Sociales haciendo la guerra cada uno por su lado. Esto es lo contrario de la gestión por procesos.

Para eliminar las barreras y promover el ahorro son recomendables tres líneas de actuación: integración asistencial (Centros de Salud y Hospitales trabajando juntos), formación al paciente para implicarlo en su autocuidado y el paciente digital, quien comunica desde su domicilio con su médico o enfermero. Según estudios internacionales esto último reduce en un 20% la necesidad de ir a Urgencias. A propósito de ahorros, Ignacio Riesgo, Director de Sanidad de PwC y responsable del Informe «Diez temas candentes de la Sanidad Española para 2012», habla de lucha contra el despilfarro, que estudios internacionales de su consultora cifran en 30-35%. Todos somos responsables: el usuario con el abuso del Servicio y del medicamento; los gestores con su dependencia de la política, y la actividad clínica. Como ejemplo de despilfarro en esta última, en España el número de TAC es un 23% superior a la Unión Europea.

Las formas de externalización hoy en uso y en debate son las siguientes: PFI (Private Finance Investment) y gestión mixta. Seis

hospitales se acogen a esta fórmula: Arganda, Vallecas, Coslada, Parla, San Sebastián de los Reyes y Aranjuez. La Privada construye el hospital y cobra un canon durante treinta años. Además gestiona el personal no sanitario más servicios de apoyo (parking, hostelería, limpieza, seguridad). Pero queda abierta la puerta a la gestión sanitaria también. Estos hospitales cobran a la Administración los gastos incurridos por pacientes derivados de otros centros. Y se penalizan con un 120% cápita por los pacientes que se les van.

PPP (Public-Private Partnership) Externalización total. En este régimen se acogen los siguientes hospitales: Torrejón, Móstoles, Valdemoro y Collado Villalba. Este último aún por construirse. Otras formas de gestión sobre la tradicional-directa son las Fundaciones, Consorcios, Conciertos, etc.

CAMBIO 7: Del monopolio a la competencia

El monopolio es una forma dictatorial de gestionar porque crea y vive de «mercados cautivos». La cultura monopolística genera los vicios de prepotencia, autosuficiencia y autocomplacencia, con lo cual la figura del cliente-usuario queda bastante indefensa. Con la competencia del mercado el monopolio se

tambalea. La competencia recurre a un arma poderosa: el «marketing sanitario». La Sanidad Pública de gestión directa necesita utilizar inteligentemente este recurso, que tiene tres finalidades básicas: captar clientes, hablarles de las bondades del Servicio que ofrece y fidelizarlos. Quizá aparezca aquí otra muletilla como «eso vale para la empresa privada, pero esto es un Servicio Público». Con estas reacciones ante la innovación y la creatividad, la Sanidad Pública se estanca haciendo más de lo mismo, creando así el caldo de cultivo para que otras formas de gestión irrumpieran con la competencia.

CAMBIO 8: De la figura del médico como profesión liberal a la figura del médico como profesión asalariada

Esto molesta al facultativo, pero es la realidad. Como profesión liberal, el médico ha tenido un sentimiento de ser diferente (superior) a los demás trabajadores. Así lo percibe el resto del personal sanitario y no sanitario. Como profesión liberal, ha sido muy resistente a sindicarse, por lo que esto connota de proletarización. Con este sentimiento ha ejercido la medicina de modo autoritario. Ivan Illich, ya citado, denuncia este autoritarismo. Tan agrandado ha sido el papel del médico que sólo por ser Licenciado en Medicina recibe el trato de «doc-

tor». Pero doctor es quien ha hecho un doctorado, no quien se ha Licenciado en Medicina. Y etimológicamente la palabra «doctor» viene del verbo latino *doceo/doctum*, que significa enseñar. Al médico había que aplicarle más bien el nombre de «curador» o terapeuta.

Pues bien esta figura agrandada no pasa por su mejor momento, porque está pasando al batallón de los asalariados. Hoy la medicina se practica desde una visión interdisciplinar en la que el médico sólo es el médico. Se cuenta esta anécdota en la vida del Papa Juan XXIII: Las primeras noches de su Pontificado no conciliaba el sueño hasta que una mañana confesó a su secretario: «Ya puedo dormir bien». ¿Por qué, Santidad? «Porque me he dado cuenta de que sólo soy el Papa». El médico necesita asumir esta misma actitud. Cabe pensar que muchas de las preguntas y reivindicaciones actuales del colectivo de médicos tienen un trasfondo de tipo laboral, aunque lo que se esgrima sea el tan manoseado eslogan de «la Sanidad Pública no se vende».

Conclusión

La externalización es un fenómeno irreversible y en aumento que ha pasado de la empresa privada a los Servicios Públicos. Ahora

bien, existe el peligro de confundir los términos «externalizar» y «privatizar». Los ciudadanos necesitan conocer esta diferencia para impedir que intereses partidistas les confundan.

Los Servicios Públicos han tenido mucho tiempo para demostrar que saben gestionar eficientemente, pero no lo han hecho. De aquí la externalización, que va más allá de cualquier partido político en el poder. Si se tramita y ejecuta sin trampas ni corruptelas puede dar un gran juego en la gestión de la Sanidad Pública.

Por eso la externalización requiere de sistemas válidos y fiables de control y transparencia. En este cometido la vigilancia ciudadana activa es fundamental. Hoy no existe esta vigilancia. ¡Un reto!

Los Servicios Públicos necesitan percatarse de la nueva figura de pacientes/usuarios. También necesita el colectivo médico darse cuenta de esta nueva figura, así como que el médico ha pasado de ser una profesión liberal a una profesión asalariada. Necesita, pues, trabajar interdisciplinariamente y siguiendo procesos de trabajo como recomienda la Reingeniería Organizacional.

También necesitan los gestores convencerse de que el autoritarismo, como forma de gestión y dirección, es corrosivo, ineficaz e ineficiente. Finalmente la externalización necesita verse en clave de los cambios aquí descritos, ya que la Sanidad Pública no está en venta, sino sometida a nuevas formas de gestión. ■