

Enric Nin [[Buscar autor en Medline](#)]



Sistema de retribución variable por cumplimiento de objetivos en la Atención Primaria de Salud: Aprendiendo de las experiencias.

[Ver resumen y puntos clave](#)

[Ver texto completo](#)

[Volver al sumario](#)

Texto completo

« La soledad necesita ser compartida, por más que compartirla no la elimina. El compartir permite un encuentro entre personas y genera, de esa manera, identidad. Es un círculo vicioso –soledad, compartir, encuentro e identidad- que podría revelar el misterio de la existencia humana »¹

Introducción

Cuando aparezca este artículo unos 3.200 facultativos de 270 Equipos de Atención Primaria (EAP) que forman parte de la División de Atención Primaria (DAP) del Institut Català de la Salut (ICS) habrán acordado con sus responsables inmediatos, por tercer año consecutivo, los objetivos, indicadores y metas cuya consecución les permitirá acceder a una retribución variable de hasta 5.330€ (6.355€ para los Directores). Fruto del Acuerdo de la Mesa Sectorial de Negociación de Sanidad² suscrito el 29 de octubre de 2002 se puso en marcha la carrera profesional³ para facultativos y personal de enfermería y un sistema de retribución variable por el cumplimiento de objetivos sólo para facultativos. La puesta en marcha de dicho sistema de retribución variable ha hecho posible, aquí y ahora, aproximarnos a una valoración del primer ciclo (2003) evaluado y pagado, del segundo ciclo (2004) en la fase final de evaluación, y del inicio del tercer ciclo (2005). Esta aproximación a los criterios, hechos y resultados que se han desarrollado en el marco de una organización muy grande y compleja nos permitirá dar un paso más para reflexionar e interpretar distintos aspectos que forman parte de esa realidad. Podremos explorar y ver el bosque. Y también la gran diversidad de árboles y vida que hay en él.

Algunas características generales del sistema de retribución variable por el cumplimiento de objetivos

El desarrollo del sistema de retribución variable por el cumplimiento de objetivos se basa en el modelo de la Dirección Participativa por Objetivos (DPO). En la **Tabla 1** se describen algunas de sus características generales más relevantes. Cada año, una vez conocidos los Objetivos Estratégicos establecidos por la DAP del

bibliografía

1. Gutmann D, Iarussi O. La transformación. Deseo y liderazgo en la vida de las instituciones. Barcelona: Icaria editorial; 2005.
2. Acord de la Mesa Sectorial de Negociació de Sanitat sobre les condicions de treball del personal de les institucions sanitàries de l'Institut Català de la salut (ICS). Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. 22 setembre 2003; p. 18188-209.
3. Pla C. Esquema de la carrera profesional en el Institut Català de la Salut. Cuadernos de Gestión 2003;9:211-6.
4. Catalán A, Nin E, Dehesa R, Morera R. Incentivos económicos y feed-back informativo: sinergia para mejorar la calidad de la prescripción farmacéutica. Libro de Ponencias del IX Congreso Nacional Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria; 20-22 octubre 2004; Pamplona, España. p.121-2.
5. Amado E, Madrudejos R, Pérez M, Puig X. Relación entre calidad y coste de la prescripción farmacológica en la atención primaria. Aten Primaria 2000;25:464-8.

[Ver más](#)

enlaces

No hay enlaces de interés



ICS, en los diferentes ámbitos de gestión territorial, cada una de las unidades de servicios de atención primaria establece sus prioridades e inicia la propuesta de objetivos para sus facultativos. Los objetivos anuales, orientados a la mejora continua de procesos y de resultados, se han de fijar con la participación de los facultativos y siempre han de integrar objetivos individuales y de grupo con el fin de favorecer el trabajo de equipo. Algunos de los objetivos se establecen y ponderan centralizadamente desde la DAP, dejando la fijación del resto de los objetivos y la mayoría de las metas a nivel descentralizado. La consecución de los objetivos ha de representar un reto alcanzable por parte del facultativo, quien conoce en el momento de su fijación cual es la conducta esperada por parte de la organización y qué indicadores objetivables servirán para medir los resultados y los niveles de consecución alcanzados. Cada ciclo anual debería iniciarse con la fijación de objetivos durante el primer trimestre del año; realizarse el análisis de coherencia de los objetivos después; establecer mecanismos de seguimiento e información del cumplimiento de los mismos y acciones de mejora durante todo el año; evaluar los resultados de los objetivos durante el primer trimestre del año siguiente; y retribuir en el mes de abril, en un solo pago anual, la consecución de objetivos alcanzada.



Algunos criterios específicos sobre la fijación de objetivos en los EAP

La DAP fija anualmente sus Objetivos Estratégicos que sirven de referencia para unos 3.200 facultativos de los 270 EAP y unos 400 facultativos de las restantes unidades de servicios de atención primaria. En la **Tabla 2** se muestran los Objetivos Estratégicos de la DAP y su ponderación para los ejercicios de 2003-05. Todos los objetivos específicos que fijarán posteriormente los facultativos, sean individuales o grupales, han de referirse a alguno de ellos. Como puede observarse en su evolución, en la actualidad tienen mayor peso los objetivos de mejora de la calidad de la asistencia y los niveles de resolución (25%); le siguen los de mejora de la atención a los usuarios, la accesibilidad y la continuidad asistencial (20%); los de mejora de la eficiencia y calidad de la prescripción farmacéutica (20%); los de participación en la mejora de procesos y de actividades de formación, investigación y atención comunitaria (20%); y los de mejora de la eficiencia y contribución al equilibrio presupuestario (15%).

En la **Tabla 3** se detallan los objetivos de los 270 directores de EAP junto a la ponderación recomendada desde la DAP para su fijación específica. Como puede observarse en su evolución, en el año 2005 los que tienen mayor peso son los objetivos de mejora de la eficiencia y contribución al equilibrio presupuestario (30%); le siguen los de mejora de la calidad de la asistencia y los niveles de resolución (entre el 20% y el 30%); los de mejora de la eficiencia y la calidad de la prescripción farmacéutica (20%); los de mejora de la atención a los usuarios, la accesibilidad y la continuidad de la asistencia (entre el 10% y el 20%); los de mejora del clima laboral (10%); y los de participación en la mejora de procesos y de actividades de formación, investigación y atención comunitaria (10%, si se fijan).

En la **Tabla 4** se muestran los objetivos de los 2.200 Médicos de

Familia de EAP junto a su ponderación recomendada desde la DAP para su fijación específica. Para el 2005 los objetivos que tienen mayor peso son los de mejora de la eficiencia y la calidad de la prescripción farmacéutica (35%); a continuación los de mejora de la calidad y los niveles de resolución (entre el 20% y el 45%); los de mejora de la atención a los usuarios, la accesibilidad y la continuidad de la asistencia (entre el 10% y el 20%); los de mejora de la eficiencia y contribución al equilibrio presupuestario (10%); y los de participación en la mejora de procesos y de actividades de formación, investigación y atención comunitaria (hasta el 20%, si se fijan).

Algunos elementos clave de los procesos de fijación de objetivos

En la **Tabla 5** se detallan algunos de los elementos clave que han caracterizado los procesos de fijación de objetivos de las unidades de servicio de la DAP durante los años 2003–05. Tal como puede observarse el modelo, basado en la DPO, se ha ido consolidando progresivamente en cuestiones muy diversas que sintetizaríamos a través de algunas de las siguientes palabras clave, todas ellas contenidas en el " Documento marco para facilitar la fijación de los objetivos de 2005 ": confianza; motivación; continuidad; descentralización; flexibilidad; rigor en la evaluación; resultados; mejora continua; evidencia científica; gestión clínica; compromiso; contrato psicológico; tensión creativa; innovación; participación; integración; criterios básicos; recomendaciones; sistemas de información; calidad; resolución; equipos; personas; diversidad y diálogo.

Algunas consideraciones relacionadas con la evaluación de los resultados

El nivel de cumplimiento medio de los objetivos de 2003 del conjunto de los Médicos de Familia fue del 78% y el correspondiente a los directores de EAP del 83%. En la **Tabla 6** se muestran algunos de los niveles de consecución de resultados de 2003 relacionados con los objetivos específicos de los facultativos de los EAP. Respecto a los objetivos asistenciales, los Médicos de Familia escogieron 2 de ellos como objetivos de grupo (podían escoger entre los 5 que se muestran en la **Tabla 7** y, opcionalmente, uno distinto propuesto territorialmente –esto sucedió solo con el 5% de los objetivos-). Los motivos de elección fueron variados (reto, mejora de la situación previa, facilidad de consecución, objetivos con menor relación con actividades del personal de enfermería, etc.). Todos los objetivos tenían metas superiores a los estándares establecidos por la DAP y a los datos de situación previa cuando era conocida, y fueron objeto de un sistemático análisis de coherencia, realizado por una comisión de expertos de la institución y externos, antes de su fijación definitiva. La evaluación se efectuó a través de una auditoria mixta (personal del EAP y de fuera de él) sobre las historias clínicas, de manera manual o informática según fuera el caso.

El objetivo de mejora de la calidad de la prescripción farmacéutica de 2003 se midió a través de la mejora de un estándar de calidad de acuerdo a la situación precedente para cada facultativo ⁴. Dicho estándar procede de diversos indicadores trabajados y

consensuados durante años de manera multidisciplinaria por clínicos y expertos del medicamento ⁵. Permitió lograr unos resultados muy buenos por parte de los profesionales implicados (0,84 puntos menos de crecimiento del gasto farmacéutico respecto al conjunto de Catalunya y 0,75 puntos menos respecto a todo el Estado) y excelente para los que consiguieron la meta del 100% de consecución (3,14 puntos menos que el conjunto de Catalunya y 3,05 puntos menos que todo el Estado).

En cuanto a los restantes objetivos de 2003, el objetivo relacionado con el incremento de la satisfacción de los usuarios se evaluó a través de una encuesta contestada por unas 200 personas usuarias de cada EAP. La encuesta estaba validada con anterioridad y se tenían datos del año 2002. Se establecieron metas comunes para todos los EAP. Los resultados perjudicaron en general a EAP de territorios con mayor presión asistencial. En cuanto al objetivo de mejora del clima laboral que tenían solamente los directores de EAP ocurrió algo similar. El cuestionario estaba validado en múltiples ocasiones y se disponía de datos previos ⁶. Las metas comunes también perjudicaron los resultados en algunos EAP cuya situación y contexto los hacía difícilmente comparables con los de algunos otros. Los objetivos de cumplimiento presupuestario estaban relacionados con el presupuesto y cierre de la parte variable del capítulo de personal y de la parte variable correspondiente a tiras reactivas y productos intermedios. Algunas de las dificultades para su cumplimiento tuvieron relación con los presupuestos asignados muchas veces insuficientes y otras con la imposibilidad de compatibilizar en la práctica objetivos contrapuestos (mejorar los niveles asistenciales y de resolución y, al mismo tiempo, disminuir la solicitud de pruebas que lo pueden hacer posible). El objetivo de disminuir las listas de espera se midió durante un período determinado a través de las agendas de cita previa de 20 días de los facultativos. El alto nivel de consecución del objetivo indica que contribuyó a la reorganización de las agendas de las consultas de los facultativos, pero es dudoso que en los casos en que la presión asistencial desborda sobradamente a los EAP con insuficiencia objetiva de recursos fuera un objetivo bien planteado o con buenos resultados posibles. Por último el objetivo de mejora de la gestión de la Incapacidad Temporal (IT) era un objetivo de mejora del proceso y se midió a través del registro y correcta codificación diagnóstica de las personas con IT. Era el menos difícil de conseguir de todos los propuestos y así lo reflejan los resultados.

Algunas consideraciones sobre las reglas de gestión y el análisis cuantitativo y cualitativo del modelo de fijación y evaluación de objetivos

El ICS realizó a finales de 2004 y principios de 2005 una auditoria externa cuyo análisis objetivo se efectuó sobre la totalidad del proceso de fijación y evaluación de objetivos de 2003 y cuyo análisis de reglas de gestión y de información cualitativa también abarcó el 2004. En el informe final del mismo (presentado en pleno proceso de fijación de objetivos de 2005) se ha puesto de manifiesto el elevado nivel de cumplimiento de objetivos, aceptable en el primer año de aplicación del modelo. Se observa una mejora de los resultados asistenciales que se evidencia en los casos con existencia de información de la situación previa y en la superación de los

estándares mínimos fijados. Se observa una contención del gasto presupuestario (en tiras reactivas y en productos intermedios) del conjunto de la DAP en el período 2002-03. Se han mantenido altos, a nivel del conjunto de la DAP, los niveles de satisfacción de los usuarios. Se ha producido una mejora significativa en la gestión de la Incapacidad Temporal. Se observa una mejora del clima laboral percibido. No se pueden acreditar mejoras efectivas en la evolución de los tiempos medios de espera. Mejoró significativamente la calidad de la prescripción farmacéutica. En este último caso se constata de 2004 el espectacular resultado de Catalunya con un incremento anual del gasto farmacéutico menor, en 1,8 puntos, que el incremento del conjunto del Estado, probablemente relacionado con los objetivos del ICS de mejora de la calidad de la prescripción farmacéutica y de la eficiencia (impacto de la prescripción de fármacos incluidos en el Nuevo Sistema de Precios de Referencia de 2004).

La congruencia de las evaluaciones realizadas con los registros base de la información sobre cumplimiento real muestra una ausencia de incongruencias en todos los objetivos exceptuando el caso de algunos objetivos asistenciales (1% de no concordancia no explicable y con repercusión en la liquidación) y la posible influencia de la " reorganización " de algunas agendas en los resultados de disminución de los tiempos de espera. Se recomienda reflexionar sobre la ponderación y las metas de algunos objetivos; avanzar en la informatización de las historias clínicas; dar continuidad a los objetivos; reformular los objetivos económicos para introducir elementos de calidad; y mantener la coherencia en las reglas de gestión.

Del análisis de percepción por colectivos efectuado a través de 118 entrevistas y 3 focus group (en total participaron 41 directivos y 77 facultativos) se destaca la percepción general del sistema como una herramienta de gestión extraordinariamente útil por su capacidad de motivación y discriminación entre los profesionales; su utilidad para establecer un diálogo entre la Institución y los profesionales; el impacto en los resultados; y lo relevante del incentivo económico asociado. Se destacan mejoras en la descentralización del modelo; el relativo avance en la informatización; la mejora técnica y metodológica de la mayor parte de los indicadores; y el soporte técnico y directivo recibido. Se señalan algunas deficiencias como la demora en la fijación de objetivos de 2003-04 que dificultó el seguimiento de los mismos; el insuficiente despliegue y desarrollo de sistemas de información que hizo inevitables las auditorías manuales; la falta de continuidad en algunos objetivos específicos; la ausencia de objetivos conjuntos o compartidos con los hospitales; y la necesidad de diferenciar los objetivos del sistema de retribución variable de los propios de la carrera profesional. La conclusión general del análisis realizado es muy positiva: el modelo goza de credibilidad; tiene efecto positivo en los resultados; se percibe una progresiva involucración del conjunto de los profesionales; y se afirma " que el proceso ha sido un éxito, dados los escasos precedentes en la Administración Pública Española".

Aprendiendo de las experiencias: reflexiones e hipótesis de trabajo más allá de los resultados⁷

- Durante meses los líderes del ICS y de los sindicatos elaboraron pacientemente un " Acuerdo ", una visión compartida ⁸. Este se presentó públicamente " como un nuevo sistema retributivo más justo e incentivador que servirá para gestionar recursos humanos y para retener a los profesionales de valía " ⁹. Una semana más tarde la nueva consejería de salud autonómica manifestaba su contrariedad con el " Acuerdo " firmado y " la intención de poner la mitad de los EAP del ICS en manos ajenas " ¹⁰. Dos meses más tarde cambiaba la gerencia del ICS y trece meses más tarde, tras las elecciones autonómicas, cambió el gobierno, la consejería y la nueva gerencia. La coincidencia en el tiempo de estos cambios con el momento de aplicación del nuevo sistema retributivo contenido en el " Acuerdo " y la consiguiente ralentización en la dinámica de trabajo de las organizaciones (propia de todo cambio en estructuras directivas) produjo incertidumbre sobre si finalmente sería aplicado o no y cómo lo sería.

- Durante años se había aplazado un auténtico debate sobre el futuro del sistema sanitario público catalán. El acuerdo sobre el nuevo sistema retributivo aparecía como una solución sintomática para hacer frente a una situación crónica de bajos salarios fijos de muchos profesionales sanitarios con relación a otras comunidades autónomas y a Europa ¹¹, a una progresiva subinversión en todo tipo de recursos materiales y humanos ¹², y a una ausencia de reflexión profunda y compartida sobre los cambios fundamentales que hacía años que se estaban produciendo en la demanda ¹³ y sobre la necesaria reorganización de la oferta de servicios sanitarios ¹⁴. Como la mayoría de soluciones sintomáticas ⁸ creó problemas en otros puntos del sistema (competencia por recursos limitados, elevación de los techos salariales, dificultades para el desplazamiento de profesionales) y retardó soluciones más fundamentales o duraderas.

- En una organización, la misión, la visión, y los valores ejemplarizados por sus líderes, son muy importantes. Tienen especial relevancia las conductas visibles de los directivos cuando manifiestan sus visiones personales ¹⁵ y sus compromisos con la transparencia y con la verdad de la realidad. Y también cómo combinan sus planteamientos estratégicos (satisfacer eficazmente las necesidades de los ciudadanos, asegurar ventajas sobre la competencia sostenibles en el tiempo y capitalizar los puntos fuertes de la empresa) con la atención a las necesidades de la organización y de las personas (inspirar afanes colectivos dirigidos a un propósito común, desarrollar y recompensar la competencia en temas importantes y establecer un marco de referencia y continuidad que permita atraer, formar, conservar y promocionar a las personas adecuadas) ¹⁶.

- El conjunto del " Acuerdo " que dio lugar al sistema de retribución variable por cumplimiento de objetivos es un hecho cumplido y desarrollado. Esto ha creado nuevos procedimientos (fijación, evaluación, sistemas de información), nuevas tareas (objetivos específicos ^{17,18}), nuevas expectativas (en otros colectivos

profesionales, en el desarrollo de sistemas de información ¹⁸), nuevas interacciones (entre los profesionales de los equipos) y nuevas realidades (modificación de roles, cambios de prioridades). Las instantáneas y las consideraciones expuestas en el cuerpo de este artículo representan una aproximación respetuosa con el modelo mental ⁸, la manera de ver y de hacer de la DAP, formalizado en el " Documento marco para facilitar la fijación de objetivos de los facultativos de la DAP " que al inicio de los ciclos de 2004-05 ha sido empleado por los cargos directivos intermedios y responsables de las unidades de servicio para acompañar el deseado diálogo y negociación con cada uno de los profesionales sobre sus objetivos y las tareas para conseguir su realización.

- Los equipos, y las unidades productivas, son el lugar clave de la organización donde los profesionales, no sólo los facultativos ¹⁹, realizan la tarea (20) . La tarea da sentido y justificación a los profesionales que gestionan los recursos disponibles. Facilitar que estos sean los adecuados a la realidad y a los objetivos planteados es una de las tareas principales de los líderes de los equipos. Junto a ella dichos líderes han de hacerse cargo constante de tareas de contención de ansiedades y de decisiones; de construir puentes para, una vez reconocidos, resolver los inevitables conflictos ²¹ ; de facilitar la reflexión, el diálogo y la discusión para que puedan aparecer nuevas formas de pensar y de hacer; de centrar el grupo de trabajo en los objetivos y en su seguimiento cuando la ilusión de grupo se deslice hacia la supervivencia ²² ; y hacer de la escucha ²³ y del tiempo el principal recurso para aprender ²⁰ . Cuando un profesional es parte de una realidad también lo es de los problemas que en ella se dan y de modificar aquello que le sea posible. La innovación suele salir del conflicto y no del consenso ⁸ . El conjunto del nuevo sistema retributivo, la retribución variable por cumplimiento de objetivos y la carrera profesional han modificado profundamente la situación interna y las interrelaciones en la práctica totalidad de los equipos.

- Existen muchas y diversas maneras de abordar en una organización los temas relacionados con la motivación y los incentivos ²² . Las teorías de la incentivación afirman que la persona ha de percibir que el incentivo (dinero, seguridad, estatus, posición, etc) vale la pena, que es proporcionado a su esfuerzo, que es algo deseado y que se corresponde con algo diferenciado del esfuerzo general de esa persona. Algunas de las teorías intrínsecas de la motivación se fundamentan en la sucesiva satisfacción de necesidades básicas (comida, seguridad, afecto) y otras más desarrolladas (autoestima, autorrealización). Dichas necesidades pueden ser conscientes o inconscientes. Entre ellas está también la necesidad del anticrecimiento que en los grupos puede tener mucha relación con la envidia y la agresión. La ecuación de motivación de cada persona sería la relación entre sus necesidades, los resultados que pueda obtener y la aportación personal de energía, tiempo o interés. Prácticamente todas las comunidades autónomas tienen algún tipo de sistema de incentivos pero sigue siendo una incógnita conocer si aportan o no cambios relevantes y cuales son sus logros con el tiempo ²⁴ . Paradójicamente en muchos equipos los aspectos

de reconocimiento personal valorados como más importantes por los profesionales ²⁵ a menudo pueden sorprender (facilidades para escoger los períodos vacacionales y días de libranza) o se puede observar una gran diferencia, entre las respuestas de los directivos y las de los profesionales no directivos, frente a un mismo e importante hecho (ser escuchados y participar en las decisiones que les afectan).

- En el " Documento marco para facilitar la fijación de objetivos de 2004 " aparecieron nuevos conceptos respecto de 2003: contrato psicológico, compromiso y confianza directiva. El contrato psicológico ²² es el contrato de expectativas y fantasías que hace que las personas se identifiquen o no con la tarea de la organización. No es el contrato legal, pero es el que realmente funciona. Es tácito e inefable. Precisa de un seguimiento constante de las tareas del equipo y de la definición de límites. Si alguna persona espera que la organización proporcione satisfacción a necesidades que no tienen que ver con ésta y no la encuentra puede comenzar a utilizar una motivación negativa. Los acuerdos entre el líder del equipo y cada profesional han de ser percibidos de la misma manera por ambas partes para no ser fuente de conflictos. Esta complicada y consciente tarea del líder en la realidad acarrea insatisfacción de manera constante. Por ello precisa soporte y recursos para no agotarse o paralizarse. Ha de procurar que la mayoría de los contratos psicológicos sean de cooperación, por encima de los de cálculo o de coerción. Cuando cambian los métodos de control y las formas de establecer relaciones de poder y autoridad en la organización, como ha ocurrido con el conjunto del nuevo modelo retributivo, es necesario involucrar a todos los profesionales en ello.

- En el " Documento marco para facilitar la fijación de objetivos de 2005" los nuevos conceptos aparecidos fueron: tensión creativa, resolución y descentralización. La tensión creativa ⁸ es la fuerza que intenta unir la visión (que expresa lo que deseamos) y una clara imagen de la realidad actual (dónde estamos en relación con dónde deseamos estar). La contribución de la atención primaria en la mejora del poder de resolución del sistema sanitario es absolutamente necesaria ²⁶ y debería ser una guía para la administración sanitaria ²⁷. Por último, a partir del criterio de que las decisiones las debería tomar quien tenga recursos y esté más cerca de la tarea, abordamos la necesidad de la descentralización ²⁸, reconociendo lo que ocurre en la mayoría de grandes organizaciones, con problemas de una alta complejidad dinámica ⁸, donde lo que se dice (localismo, autogestión, empowerment, delegación, autonomía, libertad para crear los resultados deseados, elección de objetivos y de personas, etc.) se contradice con lo que, demasiado a menudo, se hace (centralización de decisiones, tipo de directivos escogidos, tipo de liderazgo ejercido, asignación de recursos cerrada, procedimientos, burocracia, barreras, distancias, divisiones, acatamiento, no elección de objetivos ni personas, directivos y personal técnico de soporte cesantes y sin tarea, etc.). Esto tiene una especial repercusión en los equipos y en sus líderes, que ven constantemente los límites impuestos en la realidad, privados de la palabra clave para ellos: elegir. La experiencia demuestra que el localismo y la descentralización sólo sobreviven si

forman parte de la visión compartida de la organización y si se quiere de verdad ⁸ .

- Los equipos son la unidad fundamental de las organizaciones modernas. La puesta en marcha del sistema de retribución variable por cumplimiento de objetivos y la carrera profesional, nos ha permitido observar en nuestra organización muchos equipos inteligentes, que sirven o han servido de referencia para otros, que siendo conscientes de las limitaciones de recursos han creado las condiciones para estar en una situación de aprender a aprender ⁷ , en conjunto y permanentemente, como su más importante ventaja competitiva; que construyen de manera constante e incesante visiones compartidas y no reducen sus aspiraciones; que ven hechos, estructuras adyacentes e interacciones; que fortalecen las soluciones fundamentales y disminuyen las respuestas sintomáticas; que tienen el deseo de crear cosas nuevas que tengan valor y significado para las personas; que se comprometen, dan libertad para actuar, ponen a prueba sus ideas y son responsables de los resultados; que creen que pueden cambiar muchas interacciones y entornos, su propio crecimiento y sus propios resultados; que conversan y utilizan el diálogo y la discusión, la reflexión, la indagación y la persuasión ²³ ; que reconocen y encaran sus rutinas defensivas que impiden exponer el pensamiento que subyace a las opiniones; que afrontan los conflictos y que dicen la verdad de lo que realmente pasa fuera y dentro del equipo; que buscan las mejores respuestas frente a la complejidad, aunque no sean las más "correctas"; que trabajan en ciclos continuos, con pausas para planificar, actuar, evaluar y reflexionar sobre los resultados; que saben administrar el tiempo como el recurso más preciado; y en la que el líder hace de diseñador ^{1,7} , facilitador ²⁸ y maestro ¹ ayudando fundamentalmente a la gente a ver la realidad de un modo más preciso, penetrante y potenciador.

- Frente a tres actitudes erróneas que observamos en nuestra realidad (orientación al corto plazo, mentalidad superficial y planteamientos simplistas) los equipos excelentes contraponen seis aptitudes a considerar: profundidad creativa (preguntas oportunas), tacto (sensibilidad para tratar a los demás), perspectiva (crear futuro), flexibilidad (preocupación no sólo por lo inmediato y urgente), concentración (poner en marcha cambios) y perseverancia (saber vivir a largo plazo y con sentido del tiempo) ¹⁶ . Los sistemas saludables luchan por la vida, por la intensidad de lo que está aquí y ahora. El único management ¹ que puede tener éxito es el que procura y crea con las condiciones y los recursos necesarios de tal manera que las personas puedan actuar conscientemente, mientras usan tanto su intelecto como su afecto. Las personas no se gestionan. No son objetos, son sujetos. La verdadera gestión tiene que ver con ofrecer, establecer y hacer posibles las condiciones y los recursos necesarios para que los individuos sean gestores de sí mismos, que se gobiernen a sí mismos.

Agradecimientos

A Carmen Cabezas por su lectura crítica, aportación de ideas y soporte técnico. A Raquel Bartolomé por sus valiosos comentarios. A todos los directivos y profesionales de la DAP del ICS.



© Revista Clínica Electronica en Atención Primaria, 2003