

ENTREVISTA: “En este momento la obligación principal de los directivos sanitarios es aumentar la productividad y para conseguirlo hay que avanzar hacia estructuras más horizontales”, según César Pascual

EL MEDICO INTERACTIVO. *Silvia C. Carpallo*

Lo ha señalado el vocal de la Sociedad Española de Directivos de la Salud en una entrevista concedida a la Revista EL MÉDICO



Madrid (29/31-1-11).- La Sanidad está en un momento de crisis, y los hospitales se encuentran en una época de cambios. Nuevas tecnologías, nuevos perfiles de paciente y sobre todo, una apuesta por nuevos modelos de gestión han creado la necesidad de poner nuevas estrategias sobre la mesa de debate los directivos sanitarios. Con este fin, se celebra el 17 Congreso Nacional de Hospitales el próximo abril en la ciudad de Madrid, que va a tratar de huir del discurso teórico, para centrarse en las prácticas profesionales. César Pascual, vocal de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) y director gerente del Hospital Infanta Leonor de Madrid, es el presidente de este Congreso, en el que el lema de este año no podía ser otro que “innovar en gestión sanitaria”.

¿Podría resumir en qué va a consistir el 17 Congreso Nacional de Hospitales que se celebrará en abril en Madrid?

El Congreso Nacional de Hospitales es bianual, y lleva ya 34 años celebrándose. Se trata del gran foro de los directivos de la Sanidad, en el que reunimos a casi todos los equipos directivos de los casi más de 800 hospitales que hay en España. Generalmente en estos encuentros hay mucho debate de gestión económica, pero ahora se centra más en modelos organizativos, en saber hacia dónde tiene que avanzar la organización hospitalaria, porque uno de los grandes problemas es que los hospitales no han evolucionado al ritmo de la sociedad. Son estructuras muy reguladas, y hay una necesidad sentida de que tenemos que dar pasos, sobre todo, dirigidos a dar más flexibilidad en las administraciones para afrontar los retos que tenemos. Así, este encuentro nos da la posibilidad de reunirnos y de compartir experiencias e innovaciones que puedan trascender, y que en el congreso podemos debatir y cuestionar.

Como presidente de dicho Congreso, ¿qué temas cree que van a ser los principales en un momento como este de crisis en la Sanidad?

Aunque vamos a intentar centrarnos en la innovación, lo que está claro es que va a subyacer la crisis económica y cómo está cambiando debido a esto la forma de gestionar los hospitales, además de cómo debemos cambiar los directivos para adaptarnos a esta situación. Aunque obviamente el tema que también saldrá es la necesidad de la profesionalización de los directivos, de que la función directiva tenga margen de maniobra.

El lema de esta reunión, como menciona, es el de “innovar en gestión sanitaria”, ¿qué nuevos modelos de gestión cree que deberían ponerse en práctica?

Precisamente en este encuentro la intención es debatir todos los modelos que hay ahora en este momento en España, que son muchos. Parece que nos estemos centrando en nuevos modelos como son los PFI o similares, pero no, hay mucha diversidad, desde los modelos de gestión concertada, de conciertos singulares como tiene Cataluña, pasando por otros clásicos de colaboración público-privada, como han sido otras fórmulas de gestión de los hospitales de crónicos; también están las fundaciones sanitarias. En nuestro país hay muchísimos modelos, y que el debate no debe centrarse en uno exclusivamente, aunque ahora los nuevos de colaboración público-privada, como los PPP, que lo que aportan al sistema es una transferencia de euros al sector privado, y permiten en un momento de crisis, obtener financiación, alternativa sobre todo para la construcción de hospitales, están siendo muy debatidos.

Pero al final, transferir el problema de la financiación al sector privado, ¿no supone sólo cambiar de sitio el mismo conflicto?

No, en realidad, lo que se transfiere es el riesgo de una parte de la gestión. En la contratación de servicios de los hospitales clásicos no se transfieren riesgos, sino que se contrata un servicio determinado, como puede ser la limpieza. Puede ocurrir que se produzcan situaciones como a una huelga en este sector. En este ejemplo, y con las herramientas que se tienen con los contratos de externalización clásicos, realmente las empresas de limpieza asumían muy poco riesgo. Con estos nuevos modelos de colaboración público-privada no ocurre lo mismo, porque lo que se contrata es un servicio, no un personal, y por lo tanto, se nos tiene que prestar ese servicio, por lo que así sí que existe una transferencia real del riesgo. Lo que caracteriza a estos modelos concesionales es el sistema de control, de penalizaciones con indicadores, muchísimo más que en una gestión clásica. Este sistema de control del servicio, y no del personal, permite incluso sancionar económicamente cuando no se presta lo contratado.

Hablando de asumir riesgos y responsabilidades, en todos los debates políticos se habla de la necesidad de cambios estructurales, pero nadie parece asumir la responsabilidad de ejecutarlos, ¿qué papel tienen aquí los directivos sanitarios, qué cambios pueden ejecutar?

Algún tipo de cambio se puede aplicar con la legislación actual, aunque es muy restrictiva, y ofrece pocas posibilidades, pero sí que se están haciendo cambios. Estamos avanzando con las creaciones de institutos, unidades de gestión clínica y en intentar gestionar de otra manera el personal. El problema es que las herramientas son muy limitadas, pero cuando uno observa la cantidad de cosas que los directivos están haciendo aún así, otros sectores se quedan realmente sorprendidos. Es cierto que jugamos a nuestro favor con que trabajamos con profesionales muy cualificados, básicamente universitarios, y de alta motivación. Pero en este momento la obligación principal de los directivos es aumentar la productividad. Para conseguir este objetivo, básicamente lo que hay que hacer es avanzar hacia estructuras más horizontales, dar más responsabilidad a los profesionales, y en la motivación. Se consigue que los profesionales trabajen bien, y que suba por tanto la productividad, si están muy motivados.

Ciertamente, por eso, en el Congreso también se va tratar de la gestión de personal, pero ¿cómo se motiva a los profesionales en un tiempo de escasez de personal y con una alta carga de presión asistencial?

Es un ejercicio de liderazgo de los directivos, no tienes más herramientas que conseguir tener líderes dentro del hospital. Que crean en el proyecto interno del hospital, y que estos líderes lo movilicen. Para ello también es necesario cambiar un poco las fórmulas de liderazgo clásicas,

ya no se llevan líderes mesiánicos, sino más bien líderes motivadores, que lo busquen es tener debajo otros líderes, no seguidores. Deben intentar que la satisfacción del profesional, sea por el ejercicio de su profesión, porque respecto a la retribución económica se puede hacer muy poco, el margen de maniobra es muy pequeño. El consejero Cervera de la Comunidad Valenciana proponía recientemente, que la parte variable fuera de un 30 ó 35 por ciento, pero es algo que depende más del Consejo Interterritorial que de los gestores. Está claro, esto contribuiría positivamente, pero básicamente el cambio no está pasando por los temas económicos, sino que el verdadero reto que están asumiendo los directivos es gestionar el cambio de la forma de hacer Medicina gracias a las nuevas tecnologías. Pero para ello es necesario que la organización se adapte a estas innovaciones rápidamente, y si somos capaces de hacerlo, el profesional estará satisfecho, y por tanto motivado. La obligación, por tanto, como gestor, es dinamizar, y engrasar la organización, para que esos cambios sean rápidos.

¿La innovación, aparte de pasar por las nuevas tecnologías, ha de pasar también por la búsqueda de fuentes de financiación innovadoras?

Creo que no, puesto que la financiación de la asistencia sanitaria en nuestro país es por impuestos. Sí es cierto que los proveedores de asistencia pueden tratar de maximizar otras vías de financiación, como son las mutuas de accidentes de trabajo o las aseguradoras de vehículos, y también, como es lógico, la facturación de la asistencia sanitaria prestada a extranjeros, que en algunos puntos de la geografía constituye un importante capítulo, al igual que la financiación de la investigación. Pero en ningún caso podemos olvidar que la sanidad pública se financia a través de los impuestos. Y ya, la decisión de pagar o no más impuestos es una decisión política, e incluso social, ¿estamos los españoles dispuestos a pagar más dinero para la Sanidad? Eso es otro debate que a nosotros no nos corresponde, nosotros con el dinero que nos dan, tenemos que encargarnos de sacar más rendimiento, y todavía hay flexibilidad para mejorarlo.

Volviendo a la preparación del Congreso, oímos constantemente hablar de cambio, de sostenibilidad, de equidad, de eficiencia, hasta el punto de que estas palabras han perdido su significado, ¿cree que vamos a oír algo diferente en las mesas de debate que se han planteado?

Sí, estamos intentando que se escuchen muchas cosas nuevas. Pensamos enfocarlo desde el punto de vista de la práctica, huyendo un poco del habitual discurso teórico. Queremos evitar el modelo de conferencias magistrales, para poder escuchar un poco más a los diferentes directivos sobre las diversas experiencias de sus hospitales y qué resultados están teniendo, para debatirlas, y también para cuestionarlas. Creemos que hay mucha innovación en toda España que no conocemos suficientemente, que no tiene visibilidad, que no ha sido expuesta y que ahí podemos encontrar herramientas en la microgestión, porque todo esto de la sostenibilidad son conceptos más relacionados con la meso o la macro gestión.

El Congreso gira en torno a siete áreas temáticas, ¿cuál cree que es la que va a suscitar mayores polémicas?

En el sentido negativo de la palabra polémica, no lo va ser ninguna, pero en el sentido clásico, lo van a ser todas. Se van a debatir muy en profundidad temas como los cambios organizativos, gestión de personal, cómo los nuevos valores del personal se conjugan con la organización, la seguridad del paciente y del profesional que hoy en día está plenamente cuestionada a todos los niveles, como estamos pudiendo ver, tanto en accidentes con pacientes como en agresiones a profesionales. Son temas que van a despertar la polémica, al igual que por ejemplo el futuro de los hospitales.

Precisamente hablando de seguridad del paciente, ¿cómo deben ayudar los gestores a garantizar la seguridad del paciente y de los propios profesionales a su cargo?

Los gestores tienen la responsabilidad no sólo ética, sino legal, de implementar todas las medidas que garanticen el ejercicio efectivo de ese derecho de los ciudadanos y de los propios profesionales. Pero la cuestión va más allá porque se coordina con conjugar el óptimo funcionamiento del hospital con una prestación de servicios de alta calidad y segura. Lo que queremos hacer es implantar medidas que eviten los accidentes, y en eso estamos. No es tarea fácil y en muchas ocasiones genera procesos de toma de decisiones difíciles.

Ha mencionado que en este Congreso se quiere hablar del futuro de los hospitales, y la pregunta es, ¿cómo define el hospital del futuro?

Realmente mucho de lo que se ha dicho del hospital del futuro es ya una realidad, es el hospital del presente. El hospital del futuro será un e-hospital donde las tecnologías de la información hayan adquirido una relevancia fundamental, tanto como soporte a la gestión de la clínica, como de relación con los pacientes, aunque en este caso con cierto retraso y debilidades. La web 2.0 marcará en el futuro próximo cambios radicales en el ejercicio de la práctica asistencial, hablamos de un hospital en red que no sólo cambiará la relación entre los profesionales, sino con los pacientes. En este momento los pacientes están obteniendo en Internet gran cantidad de información ajena a los hospitales, y tenemos que estar presentes, no podemos huir de esto, ni ser ajenos a lo que pasa en nuestro entorno en la red. Los pacientes llegan informados por el Dr. Google, y muchas veces vienen con alguna barbaridad, pero esto también es culpa nuestra porque no estamos presentes, y no ofrecemos una buena y verdadera información objetiva. Y el siguiente paso son las nuevas tecnologías, que están revolucionando las formas de hacer Medicina. No hablo ya sólo de las tecnologías de la información, que ya están cambiando las formas de trabajar y de relacionarse de los profesionales dentro del hospital, de una forma radical en este hospital de Infanta Leonor, por ejemplo. El cambio está en la genética, las células madre, la nanotecnología, es decir, las innovaciones que están utilizando los profesionales están cambiando hasta el propio concepto del ejercicio profesional, y por lo tanto, también el concepto de hospital.

Pero en la actualidad lo que tenemos son hospitales de agudos con una población de enfermos crónicos, ¿qué recetaría al sistema ante esta 'enfermedad' organizativa?

Los hospitales van a tener que ser los de agudos para muy agudos, donde la Urgencia va a ser muy grande, no porque se necesite, sino porque el ciudadano la seguirá usando hasta que se produzca un cambio cultural a más largo plazo. Van a ingresar en los hospitales aquellos que estén muy enfermos, como son los pacientes de cuidados intensivos. De esta manera deberá haber un nuevo concepto de cirugía ambulatoria, y también reforzar la idea de los hospitales de día. Si estuviéramos en bolsa, la cama sería un valor que cotizaría a la baja. Lo que se necesita son más camas en hospitales de día, y más hospitales de día, más atención ambulatoria, diagnósticos más basados en nuevas tecnologías a distancia, y la realización de pruebas dentro del propio centro de salud, no es lógico que haya que desplazarse a un hospital para hacer una resonancia, cuando hoy en día es cuestión de informática y de tener un técnico allí. Precisamente, esa es la otra cuestión, los profesionales, que también necesitan asumir este cambio, porque están demasiado acostumbrados a hospitales clásicos, y a veces es un choque cuando entran en hospitales, como este de Infanta Leonor, donde todo está más informatizado.

Los problemas de los hospitales, por tanto, también están condicionados por la Atención Primaria, ¿entonces si ésta fuera más resolutiva y estuviera mejor gestionada se arreglarían

muchos de los problemas de la atención hospitalaria?

Permítame que le devuelva la pregunta, ¿y si funcionaran mejor los hospitales no funcionaría mejor la Primaria? Los hospitales muchas veces no damos la respuesta ni en tiempo ni en forma a Primaria. No soltamos los pacientes, una vez en el hospital parece que ya no hay forma de que vuelvan al primer nivel asistencial. Es un problema de concepto, que exista Primaria y Especializada, no es un concepto de asistencia sanitaria, sino de organización, y por tanto, es la organización la que condiciona tu forma de prestar servicio.

¿Debería entonces apostarse por una gestión más integrada?

La gestión integrada de la asistencia sanitaria supone para mí una de las alternativas más firmes para lograr la eficiencia que perseguimos. Por supuesto, es una opinión personal y por tanto discutible pero considero que, con la forma organizativa que queramos y aquí hay diferentes posibilidades, es la fórmula que está demostrando mejores resultados. Primaria y Especializada se han visto como si fueran mundos ajenos, y no es así, sino que hay una asistencia sanitaria pública, y eso hay que trabajarlo por procesos, no por áreas. Podemos llamarla gestión integrada, o podemos llamarla de otra manera. Me da lo mismo el área única de Madrid, que el área por departamentos de Valencia o la gerencia única andaluza, me es igual el modelo de organización, pero tiene que haber una asistencia sanitaria única, y que Primaria y Especializada converjan por procesos, y converjan en el paciente que es lo importante.

¿Pueden los gestores hacer más por comenzar a hacer un uso eficiente de las nuevas tecnologías en los hospitales?

Los directivos en este país están demostrando que están sacando un rendimiento espectacular a las nuevas tecnologías, el problema está en la evaluación de estas tecnologías, que tienen que hacerla los profesionales, y no los directivos. Este trabajo corresponde a una agencia de evaluación de tecnología, que marque a los profesionales la pauta, yo como gerente no voy a prohibirle a un médico realizar una prueba a un paciente. Pero una vez dentro del hospital, desde la gestión, amortizamos rápidamente todos los equipamientos tecnológicos.

Volviendo a temas propios de la sociedad, ¿cómo se plantean desde SEDISA el sistema de acreditación que permita hacer efectivo el objetivo de profesionalización?

La profesionalización de la función directiva en las organizaciones sanitarias representa la razón de ser de SEDISA. Nos estamos planteando la acreditación de los directivos, igual que han hecho otras sociedades científicas en otras áreas de conocimiento, y lo hacemos desde la necesidad de definir los nuevos perfiles directivos, competencias y habilidades que han de tener los directivos de los hospitales del futuro. Entre los objetivos de la sociedad para este año se encuentra avanzar definitivamente en este tema y ofrecer a las administraciones y a la sociedad en general una definición del perfil del directivo sanitario. El objetivo de SEDISA no es acreditar directivos, sino profesionalizar la función directiva de la salud, y en ese marco la acreditación es una herramienta interesante.

Para alcanzar el objetivo de profesionalización de los gestores sanitarios, ¿habría que implantar un modelo acordado de formación que diera cierta acreditación a los mismos?

Mucho se ha hablado de ello pero lo cierto es que existen actualmente amplias posibilidades de formación para directivos donde se han formado los excelentes profesionales que tiene el sistema. Desde el punto de vista de SEDISA lo que se pretende es una mirada al futuro, mirar

qué nuevos retos vamos a tener, y sobre eso, ver qué competencias son necesarias que tenga este perfil de directivo sanitario.