

EL PROCESO DE CURAR/ EL UNIVERSO HOSPITALARIO

Con la colaboración de  NOVARTIS

EL MALESTAR DEL MÉDICO DIFICULTA A LOS GESTORES LA CONCILIACIÓN DE TODOS LOS ACTORES IMPLICADOS EN LA ASISTENCIA SANITARIA

La crisis médica lastra la gestión hospitalaria

→ Como organizador del día a día de un hospital, el gestor asume la delicada tarea de conciliar las necesidades y las peticiones de todos los actores que forman parte de la asistencia sanitaria. El reto es ahora, si cabe, más com-

plificado debido a la desmotivación y al malestar por el que atraviesa el colectivo médico y al uso indiscriminado que los ciudadanos han acostumbrado a hacer de los recursos sanitarios.



■ Redacción

España ha vivido un aumento vertiginoso de su población en los últimos años, en gran medida favorecido por el imparable fenómeno de la inmigración. El sistema sanitario español ofrece asistencia pública a todos los ciudadanos, lo que está provocando en el entorno hospitalario una gran preocupación. Por eso, gran parte del debate al que se enfrentan los gestores hospitalarios y los máximos responsables gira en torno a cuál debe ser la organización, coordinación y planificación de los centros hospitalarios ahora y en el futuro.

Boi Ruiz, director general de la Unión Catalana de Hospitales (UCH); José Soto, gerente del Hospital Clínico de Madrid, y José Ramón Ara, jefe del Servicio de Neurología del Hospital Miguel Servet, de Zaragoza, y presidente del Comité de Ética Asistencial del mismo centro, han debatido estos cambios durante el encuentro *El Universo Hospitalario*, dentro del foro *El proceso de curar* que organiza DIARIO MÉDICO con la colaboración de Novartis.

La actual situación revela "un malestar latente y crónico que fundamentalmente es profesional. En gran medida se explica por el problema de realización profesional que vive el colectivo médico", apunta Ara, para quien esta realidad va más allá de los salarios. "En estos momentos hay desmotivación".

Soto también lo relaciona con la etapa de reflexión por la que están pasando los hospitales. "Por una parte, como organización, institución y empresa hay una gran expectativa por los cambios que se están sucediendo y a los que no somos capaces de adaptarnos con rapidez. Por otra parte, tenemos que prepararnos internamente para

ser capaces de responder a la eterna exigencia de más eficiencia".

Prueba de ello, según Soto, es que "los enfermos ya no son tan pacientes, sino usuarios y ciudadanos con más información de la que pueden gestionar, lo que nos otorga un papel de agentes de otro tipo de enfermos".

Boi Ruiz manifiesta su convicción de que no se puede avanzar ni mejorar sin antes resolver los problemas profesionales: "Ha llegado el momento de recuperar el prestigio, culminar el desarrollo profesional y permitir una mayor participación del médico en la toma de decisiones". Mientras tanto, persistirá "el malestar crónico que se percibe en los hospitales", añade Ara.

■ Soluciones paso a paso

Los tres ponentes coinciden en que los hospitales no podrán afrontar nuevos retos si la realidad profesional de sus actores no mejora. Ruiz afirma que "hay unanimidad al señalar como elemento imprescindible para regenerar la profesión médica el reconocimiento social. Pero, ¿de dónde viene? Del prestigio profesional,



Boi Ruiz, José Soto y José Ramón Ara han expuesto sus percepciones sobre el entorno hospitalario, en un debate moderado por Silvia Churruga.

que o lo adquiere la empresa en la que trabajas o cada uno individualmente. Creo que cada médico es el que debe labrar su carrera profesional". Y así explica: "Un mecanismo de prestigio profesional es ser jefe de servicio y poderlo poner en la tarjeta personal. Pero el día que uno se va del hospital y

El reconocimiento social del médico vive su peor momento, lo que está provocando una evidente desmotivación entre los profesionales

deja el cargo, ¿cómo etiqueta su prestigio? ¿Con un puesto como ex? Ante este dilema, el director general de la UCH propone "definir

los instrumentos necesarios para que el médico desarrolle una carrera profesional personal, como recoge la Ley de Ordenación de las

Profesiones Sanitarias (LOPS). Da la impresión de que no se entiende bien y se confunde la carrera del sistema sanitario con la carrera individual dentro de las organizaciones. Sin embargo, es esta última la que debería recoger los valores del sistema".

Ara también cree prioritario "el reconocimiento del médico para su crecimiento profesional". "¿Por qué no ponemos en marcha una carrera profesional con tramos comunes para todas las comunidades autónomas, en la que los méritos no los acredite simplemente la empresa? Habría que ir más allá de una carrera meramente basada en puntos y baremos, y optar por una carrera profesional cuasiuniversitaria", añade Ruiz.

■ Repaso histórico

En este punto, Soto cree que es necesario echar mano de la memoria histórica para comprender buena parte de la situación actual. "Los primeros gerentes hospitalarios aparecieron en España en 1979. En 30 años se ha realizado una labor en la organización empresarial de los hospitales que en el resto del mundo empresarial ha costado más de 200 años. Al principio, el gerente hospitalario interpretó

JOSÉ RAMÓN ARA RECUERDA LAS DIFICULTADES QUE A VECES ENCUENTRAN DESDE GERENCIA

"Una mayor implicación del médico en la toma de decisiones es clave para su desarrollo profesional"

■ Redacción

La mayor implicación del médico en la toma de decisiones, con el correspondiente aumento de responsabilidad, es importante para asentar las bases de su desarrollo profesional. Al margen de las consideraciones sobre la retribución y la carrera profesional, José Ramón Ara, que preside el Comité de Ética Asistencial del Hospital Miguel Servet de Zaragoza, cree que "el colectivo médico está muy entregado a su profesión. Por eso, todo lo que sea introducir nuevos elementos que mejoren su trabajo es bien acogido". Esta podría considerarse una situación idílica, de no ser porque el día a día deno-



Ara ha destacado la entrega del colectivo médico.

tra otra realidad: "Creo que el problema también viene por la gerencia de los hospitales, que en muchas ocasiones

no quiere que utilicemos parte de nuestro tiempo (que podríamos dedicar a ver pacientes) en cuestio-

nes relacionadas con la calidad, la eficiencia, etc". Pese a ello, Ara ve importantísimo "que el facultativo participe en las actividades de gestión clínica. Las pequeñas experiencias concretas nos demuestran que se puede hacer".

En este punto, Ruiz introduce una lanza a favor de los gestores, sobre los que "hay una gran presión", que difiere si se trata de un centro privado o de asistencia pública. "A los primeros se les exige rendimiento y resultados al final del ejercicio anual. A los segundos se les reclama excelencia, tecnología y resultados de calidad, porque la salud no tiene precio".

EL PROCESO DE CURAR/ EL UNIVERSO HOSPITALARIO

que gestionaba un negocio. Ahora consideramos que lo que gestionamos es una empresa. Si mantuviésemos la visión inicial, el gerente seguiría participando en la asignación general de los recursos del hospital, pero nos hemos dado cuenta de que los médicos lo hacen mejor, además de que es su responsabilidad como profesionales sanitarios. Evidentemente ellos podrán decidir con más criterio si es conveniente o no repetir una TC o una resonancia a un paciente, cómo asignar los quirófanos o pasar las consultas. Los gerentes nos hemos reconvertido en gestores del binomio empresa-hospital, no del negocio-hospital".

Dirigir a los actores

Evidentemente, el papel del gestor, como apunta Soto, no es sencillo en estos momentos. "Además intentamos dar respuesta a las demandas del resto de actores implicados en este binomio". Uno de los principales en este universo hospitalario es el paciente, que, como apuntan los tres especialistas, ahora tiene mucha más información. ¿Hasta qué punto favorece eso al médico y a su trabajo diario? "El ciudadano más informado demanda algo más que atención: quiere que le curen. Así que ahora, como empresa-hospital nos vemos obligados a que nuestra gestión tenga efectos sobre la salud, cuando hasta ahora lo que nos preocupaban eran los efectos sobre la asistencia sanitaria", certifica Soto.

Quizá por eso no hay que perder de vista que la sanidad "se comporte como un bien de lujo", declara Ruiz, un extremo que comparte el gerente del Hospital Clínico de Madrid, que añade: "La demanda de servicios sanitarios se está comportando como lo hace la de bienes de lujo y, por tanto, cuanto más capacidad adquisitiva tengan los ciudadanos, mayor será la tasa de demanda. Creo que todos los agentes implicados en el entorno hospitalario sabemos que cuanto más información y más proximidad tengan los ciudadanos a los servicios sanitarios, más los van a utilizar". Pero como buen gestor, ante esta realidad, Soto explica que "lo primero que debemos hacer es atender la demanda cumpliendo las exigencias de calidad, rapidez y profesionalidad. Esto es un reto de eficiencia".

A continuación, "nuestra obligación es informar bien

La demanda de servicios sanitarios se está comportando como la de un bien de lujo; cuanto mayor es el poder adquisitivo del ciudadano, más crece

a los ciudadanos para que no consigan la información por medios propios. De este modo, tendrán conocimiento y conciencia como consumidores de servicios sanitarios".

Pese a que buena parte de esos datos llegan al paciente vía internet, Soto cree que los hospitales también desempeñan un papel importante en la educación del ciudadano: "Podemos explicar cuál es la oferta sanitaria especializada, las técnicas disponibles, las opciones terapéuticas, etc. Podemos incidir en la demanda, pero es evidente que cuanto más riqueza haya mayor será la demanda".

Flexibilidad laboral

La falta de recursos humanos, las nuevas normativas europeas sobre horarios o la



José Soto ha advertido de los inconvenientes de que los ciudadanos estén muy informados.

feminización de la sanidad están modificando el escenario en los hospitales, que deberán realizar cambios en su trabajo diario y mostrar una menor rigidez, sin disminuir la calidad de la atención sanitaria.

Ruiz y Soto coinciden en que esta situación ya está provocando cambios. "Existen jornadas partidas y diferentes horarios según las necesidades de los profesiona-

les. Pero preveo otro cambio más importante en los valores que soportan a la organización actual, que entrarán en conflicto con los que vienen, como es el caso de las prioridades, que ya no se centran en la competitividad sino en la conciliación de la vida familiar y social. Feminizar nuestras plantillas supone incorporar valores que el hombre no considera prioritarios, como ajustar

trabajo y obligaciones familiares. También la importancia de la emoción en las actividades del centro: la mujer es más emotiva que el hombre, por lo que nuestra relación con los pacientes o la del propio equipo va a cambiar para basarse más en las emociones y en la sensibilidad. Además surgirá la necesidad de realizar pactos distintos según cada trabajador", señala Soto.

Los hospitales deben educar al ciudadano para que tenga conciencia como consumidor de servicios sanitarios

La feminización sanitaria no es el único aspecto en el que la mayor presencia de la mujer ha traído cambios en la gestión hospitalaria. Para Ruiz, los hospitales son el reflejo de la sociedad en la que vivimos, y como tal tienen que prestar atención al hecho de que "la renta media de los hogares haya subido, no porque hayan aumentado los salarios, sino porque ahora en cada casa se suman dos, con lo que aumenta la capacidad de gasto y se comienza a priorizar el ocio, el no trabajar los fines de semana y hacerlo menos horas, frente a la mayor importancia que existía antes sobre el sueldo. Esto sucede en todos los sectores de la sociedad y se maximiza en los hospitales, donde se dan cita todas las (Pasa a la pág. 26)

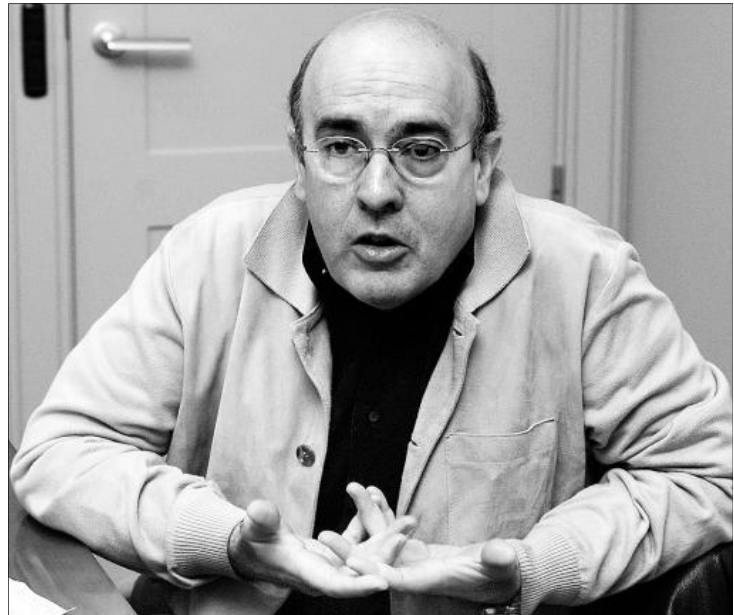
UN CONSEJO DE LA PROFESIÓN PARA LOGRAR LA UNANIMIDAD

La falta de unanimidad de todos los actores de la sanidad es una de las grandes dificultades para lograr una óptima gestión hospitalaria. Boi Ruiz explica que en Cataluña, tras la huelga de médicos del año pasado, "tuvimos claro que no era un tema de negociación colectiva ni de colegios". La solución llegó con la creación del Consejo de la Profesión Médica: "Nos pusimos de acuerdo sindicatos médicos y patronales con Administración, academia de ciencias médicas y los colegios profesionales, a los que les invitamos a participar. Todos los integrantes del consejo debían ser médicos, vinieran en nombre de quien vinieran".

La organización interna del consejo, que ahora quieren imitar otras autonomías, incluye dos subcomisiones: una en la que se habla del desarrollo profesional, y otra que trata del ejercicio profesional, pero no desde el punto de vista laboral.

El resultado es que "por primera vez hay un documento en Cataluña hecho por los médicos y los agentes que representan a todo este colectivo". Dicho texto ya ha analizado y definido las causas de la falta de médicos en Cataluña, "que además pensamos que son universales para el resto de España. Y para solventarlo hemos acordado un paquete de medidas a medio, corto y largo plazo. Por primera vez los médicos hemos dicho lo que se debe hacer y la Administración lo ha asumido, no sin riesgo, porque ha aceptado que los médicos participen y elaboren el documento".

Desde el consejo también se ha redactado un segundo texto que examina y compara las retribuciones salariales de los facultativos en todas las autonomías. "No sólo se habla de salarios en cantidad, sino que se habla de qué es lo que se retribuye. Hemos observado que el médico catalán no es de los peor situados. Sin embargo, sí que abre un debate muy



Boi Ruiz ha explicado el funcionamiento del Consejo de la Profesión Médica a los contertulios.

Con el Consejo de la Profesión catalán hemos dicho por primera vez a la Administración lo que hay que hacer

interesante al comprobar que los facultativos catalanes tienen el salario fijo más bajo de todas las comunidades y el variable más alto".

La cuestión es: ¿Qué se entiende por fijo-variable? En opinión de Ruiz, "el fijo-variable es una retribución a la que todos los profesionales tienen derecho, pero se cobra de manera diferente. El paradigma de esta retribución es la antigüedad, y todo el mundo que la tiene, la cobra. ¿Qué quiere decir esto? ¿Que lo realmente importante es, por ejemplo la antigüedad o la calidad del trabajo que realiza el médico?".

EL PROCESO DE CURAR/ EL UNIVERSO HOSPITALARIO

(Viene de la pág. 25)
capas sociales.

Ara ha redundado en el cambio de valores que la mayor presencia de la mujer en los hospitales ya está trayendo: "La feminización puede cambiar la tendencia hospitalaria, ya que las mujeres tienden más hacia las personas y los hombres hacia los objetos. Se puede llegar a una medicina más humana en la que se disminuya la competitividad".

Más recursos humanos

"Tenemos que ser conscientes de que esta demanda de tiempo libre es inevitable y de que no sólo puede tener soluciones laborales. Las grandes preocupaciones de nuestros padres han desaparecido. Éste es el primer impacto que hace necesario aumentar los recursos", explica Ruiz.

Al final acaba apareciendo la que parece que va a ser causa de todos los males de la sanidad futura: la falta de profesionales. Ruiz señala que "hay que conciliar las necesidades del centro con las del profesional", pero ¿cómo se miden éstas últimas? "Lo mejor es basarse en las horas de estancia en el hospital y de atención. Aunque la disponibilidad voluntaria del médico ya existía, antes se podían imponer el número de guardias, que se hacían por dinero. Ahora esta necesidad



José Soto señala que la situación de los hospitales ya ha cambiado con los nuevos horarios.

Preveo un cambio importante en los valores que soportan a la organización de los centros, como es el caso de las prioridades

no es tan importante". Por tanto, surge una menor disponibilidad de horas del profesional, y con ello aparecen también los huecos libres: se necesitan más profesionales. "Los gestores tienen menos derecho a exigir horas de trabajo".

Ruiz apuntaba que los

nuevos cambios no sólo se pueden abordar desde una perspectiva laboral, pero ¿cuáles pueden ser las nuevas soluciones? "El problema es que la demanda no es estable".

"Todo espacio vacío hay que llenarlo. Por ejemplo, se puede buscar la integración

de las enfermeras, pero es difícil aumentar el nivel de integración que ya se ha adquirido en los hospitales; no se puede llegar a los extremos de situar a las enfermeras en primera línea, y en segunda línea al médico", afirma Ruiz.

Aunque se aceptara este intercambio de los roles en el hospital, se seguiría contando con el mismo número de profesionales para el mismo número de horas, y la ecuación no se podría resolver porque todavía sería

desfavorable en el lado del número de profesionales.

Ruiz señala que "la necesidad de profesionales no se soluciona de la noche a la mañana ni con una reorganización de los recursos" y apunta un elemento para que el problema no sea mayor: "Es necesario gestionar sobre una misma necesidad los recursos de un territorio: no tendría sentido que en atención primaria sobran pediatras y faltaran en especializada, ni al revés".

La inmigración

Otro factor que hay que tener en cuenta es la inmigración. "En Cataluña ahora hay 7.200.000 tarjetas sanitarias, cuando hace tres o cuatro años teníamos 6 millones. Es imposible que en este periodo de tiempo se haya incrementado el número de profesionales como para cubrir el aumento de la demanda sanitaria", destaca Ruiz.

Aumentan los inmigrantes y con ello la demanda de asistencia sanitaria. Pero en este incremento demográfico también puede encontrarse una solución: más médicos inmigrantes.

"El problema es que un profesional extranjero tarda mucho en poder realizar su actividad aquí. Para convalidar un título de médico general se tarda un año, y mientras está inmerso en este proceso administrativo

el profesional no puede realizar su actividad y el colegio de médicos tampoco puede habilitarles", lamenta Ruiz.

Ara añade: "Tampoco hay muchas experiencias de inmigrantes que hayan venido a España, por lo que es difícil ver si vienen formados".

El hecho de que la ecuación entre el número de profesionales y la demanda no se cumpla no es sólo achacable a la falta de médicos. Además, se puede encontrar la disfunción en el otro lado. "Un problema también es el exceso de uso de los hospitales. Igual que se hacen campañas de concienciación del uso racional del agua debería hacerse más hincapié en reducir la utilización de los centros hospitalarios siempre que no sea necesario".

Este problema, cuyo máximo exponente se encuentra en las urgencias, tiene una causa clara, según Ara: "Por norma general, cuando un ciudadano tiene un problema de salud tiene que esperar dos o tres días para acudir a su médico de atención primaria e incluso se sienta si quiere ir al especialista; por eso acaba acudiendo al hospital".

Lista de espera

Por tanto, como reafirma Ruiz, el problema está en la lista de espera, que no sólo genera un gasto social para quienes están esperando, sino uno económico en la Seguridad Social, que está sustentada por el mismo ciudadano.

"Nadie revisa las bajas. Las autoridades sanitarias deberían pactar con la Seguridad Social qué dinero tendría de media de gasto por baja laboral en un tiempo de espera razonable. ¿Por qué es el médico de cabecera quien certifica las bajas, cuando es un criterio laboral que depende del puesto de trabajo? Además, no se puede depositar sobre el médico de familia la presión de pelearse con las empresas; ha de ser el Instituto Nacional de Salud (INS) el que certifique la baja, previa evaluación del médico de primaria, ya que es este organismo el que la paga". Este descontrol supone un gasto económico que erosiona otro pilar básico del Estado del bienestar: las pensiones.

Ara propone una solución a través de las mutuas. No obstante, a juicio de Ruiz, esto es complicado debido a la falta de valor político.

El abuso de la asistencia

HAY QUE EMPLEAR PARÁMETROS SENCILLOS

La actual comparación entre centros penaliza el éxito

Redacción

La comparación entre hospitales es básica, sobre todo por dos aspectos: ayuda a los centros en la mejora continua y facilita la elección racional del hospital por parte del ciudadano. Un sistema de diferenciación es el que marca la posesión de acreditaciones.

"La acreditación hospitalaria es un reflejo de los buenos resultados, pero esto no debe condicionar a la organización". La diferenciación entre centros es exigible, para así poder asignar recursos a los centros que más eficiencia aporten", explica José Soto.

Boi Ruiz está de acuerdo con Soto: "Si los resultados son públicos el paciente decide dónde va; por ello el dinero debería ir también a esos centros", pero añade un factor fundamental para que la comparativa entre hospitales reporte justicia: "Ahora

mismo se penaliza el éxito, ya que los centros que mejor trabajan tienen más pacientes, pero se les atribuye los mismos recursos".

Resistencia a evaluar

Para saber qué hospital es mejor es preciso comparar resultados; el problema "es que hay resistencia a las evaluaciones que después puedan servir para comparar", como han destacado tanto José Ramón Ara como Ruiz. "Lo prioritario es acordar los indicadores para poder realizar esta comparación", añade Ara. "Hay que empezar por parámetros sencillos, con unos indicadores básicos, que se fundamentarán sobre todo en la riqueza de los recursos humanos de cada centro, y no en otros aspectos como la tecnología", según Ruiz. "No es tan complicado aceptar diez parámetros para patologías prevalentes, como ocurre con



José Ramón Ara afirma que la comparación hospitalaria debe definir unos indicadores.

los GRD (grupos relacionados por el diagnóstico), pero no se puede evaluar todo. Ruiz ha dejado claro que no hay que evaluar los procesos, sino sus resultados.

Como gerente del Clínico San Carlos, Soto aclara que

"en la práctica diaria estamos evaluando constantemente en función de empeño, esfuerzo y resultados. Pero ¿quién evalúa?, ¿el que presta la atención, el que la recibe o los colegios médicos?: la evaluación hospita-

ria es compleja porque es heterogénea. Podemos ser mejores, pero ¿en qué concretamente? No sé hasta qué punto es preferible obtener una acreditación o una respuesta positiva de un paciente".

EL PROCESO DE CURAR/ EL UNIVERSO HOSPITALARIO

sanitaria que lleva consigo el problema de las listas de espera eleva el tono del debate. Según Ruiz, "somos conscientes de esta realidad. Por eso, la consejera de Sanidad de Cataluña, Marina Geli, ha dejado claro en más de una ocasión su deseo de introducir el copago. Todos sabemos que el 80 por ciento de los ciudadanos que acuden a urgencias no tienen una necesidad de atención inmediata. Pero ¿qué vas a hacer?. El copago racionalizaría mucho la demanda sanitaria, pero en estricta ética de equidad siempre habría alguien que por ahorrar no utilizaría un determinado servicio que realmente fuera necesario".

Ara aclara: "Esto es la realidad. En las listas de espera los que se benefician son los ricos, es decir los ciudadanos que tienen más recursos y se marchan a la privada, y en segundo lugar los que tienen conocidos. Estamos hablando de situaciones reales de inequidad, pero en realidad es el propio sistema el que crea este desequilibrio. Al final, los más perjudicados son los que menos recursos tienen, porque son los que esperan 70 días".

Entonces, replica Ruiz, "¿qué sucedería si la actividad que se hace en la privada pasase al sistema público? Evidentemente se produciría un colapso absoluto de la sanidad pública. Y pese a esto, todos entendemos que el sistema se planifica según la población, no según la cobertura pública o privada".

Un argumento que no convence a Ara: "Si cerca del 22 por ciento de la población catalana acude a la sanidad privada es porque la pública no funciona bien, ¿no? Si la asistencia pública ofreciera una buena cobertura (comodidad, inmedia-

tez, tecnología y profesionalidad), ¿se mantendría ese porcentaje?". Para Ruiz, "el hecho de que parte de la población opte por la sanidad privada no es un indicio de que la pública no funcione bien. Nosotros lo percibimos como un elemento descompensador. El que tiene dinero y abandona la lista de espera está dejando paso a otra persona".

Elección del centro

Otro de los aspectos que están cambiando la gestión hospitalaria es el aumento de las posibilidades de los pacientes, que ahora cuentan con más información. Además, la sanidad camina hacia una mayor posibilidad de elección del centro por parte del ciudadano.

Para que la capacidad de elección tenga sentido tienen que darse dos factores: que haya distinción entre los hospitales, aunque Ruiz cree que en la actualidad "no existen grandes diferencias", y que los ciudadanos conozcan los puntos fuertes y débiles de cada centro.

Ruiz y Ara han coincidido en que no tiene lógica que todas las comunidades autónomas cuenten con áreas de referencia de todas las especialidades sin tener en cuenta su masa clínica.

"Tener un área básica en cada comunidad de ciudadanos no garantiza calidad asistencial. Un hospital, un banco y una panadería en cada esquina no siempre nos hace la vida más fácil", asegura Ruiz. "Hay que tener cuidado con los discursos de proximidad; no se puede tener una resonancia magnética en todas partes, y hay que tener valentía política para explicarlo. La equidad de acceso geográfico limita con la equidad de acceso a los resultados y con la de recursos humanos, por-



Boi Ruiz se muestra partidario de no contar con centros de referencia en cada comunidad.

que no todos los médicos son igual de buenos".

No obstante, Ara reclama que en todas las regiones se desarrolle la docencia y la investigación, ya que "así se dinamizan los centros. En realidad, todo se resume en hacer las cosas bien hechas, aprovechando los recursos disponibles".

En este sentido, Soto afirma que se podrían plantear distintos perfiles de hospitales para la docencia pregrado y la docencia postgrado, ya que la primera forma al profesional en conocimiento médico y no en habilidades de atención sanitaria. "Los centros de mayor espe-

Un profesional se siente más importante si forma parte de una especialidad de referencia de un territorio y no de un centro

cialización son los más adecuados para formar postgrado. Además, la investigación clínica asociada al desarrollo de nuevas aplicaciones para fármacos sería más adecuada para los hospitales de área". Ara se muestra contrario, ya que "es contraproducente formar postgrado sólo en centros de referencia, porque esto desmotiva a los profesionales".

Ruiz se suma al debate pa-

ra señalar que "el MIR se forma en un centro de alta especialización, y cuando se va a un comarcal está tentado a hacerlo todo, pero detrás no tiene un hospital de referencia. Por ejemplo, un excelente cirujano puede realizar unas excelentes cirugías laparoscópicas en cáncer de colon, pero tiene que tener un gran hospital detrás". Además, reclama más atención para la forma-

ción continuada, que es importante a la hora de la retribución. Por eso, "el primer gran reto es aceptar que a todos los médicos que estén al mismo nivel no se les puede pagar por igual; tiene que haber un elemento diferenciador, ya que algunos se vuelcan más en continuar su formación y si no obtienen premio por ello se acaban quemando. Evaluar este elemento diferenciador no es complicado, simplemente hay que pactar los parámetros".

Productividad variable

Ara añade una nota de precaución al tema: "Hay que tener mucho cuidado con la medición de la productividad variable, porque en los hospitales se trabaja en equipo". Por este motivo, Ruiz puntualiza que este elemento debe reflejarse en la carrera, además de que tiene que ser voluntario.

El director general de la UCH compara las consecuencias que se pueden extraer de los diferentes modelos de organización de centros: "El modelo clásico divisional provoca un diferente criterio en cuanto a la eficiencia de la gestión. En cambio, el modelo integral utiliza un único criterio. De esta forma se reduce parte del problema de la demanda. Un profesional se siente más importante si forma parte de una especialidad de referencia de un territorio que si el servicio de referencia se establece en un único hospital y él pertenece a otro centro, aunque el integral es más complicado de realizar en las grandes ciudades, porque aquí no existe esta cultura".

En todo caso, Ruiz concluye que para que la gestión hospitalaria avance hay que solucionar primero los problemas profesionales.

CONCLUSIONES

▶ **Reconocimiento social**

El médico ha perdido el reconocimiento social del que gozaba años atrás. En parte, esta situación se debe a la crisis de realización profesional que vive el colectivo y que provoca cierta desmotivación.

▶ **Los tres pilares**

La mejora de la situación que actualmente vive el médico pasa por solucionar los problemas derivados de los tres pilares en los que se asienta la carrera del facultativo: desarrollo profesional, retribuciones según los logros personales y mayor implicación del médico en la toma de decisiones diarias.

▶ **Exceso de demanda**

La demanda de asistencia sanitaria se está comportando del mismo modo que la de un bien de lujo, y según crezca el poder adquisitivo del ciudadano, irá en aumento.

▶ **Educación**

Para controlar el exceso de demanda es necesario educar al ciudadano y concienciarle como consumidor de un recurso del que no debe abusar.

▶ **Un ejemplo a seguir**

El nuevo Consejo de la Profesión Médica de Cataluña se presenta como un ejemplo a seguir por el resto de las autonomías, al ser un



foro de diálogo que integra a todos los representantes de los médicos y la Administración, y en el que este colectivo sugiere al

Ejecutivo lo que hay que hacer.

▶ **Déficit de médicos**

Los hospitales se están adaptando

a medidas de conciliación como las reducciones de jornada y la necesaria flexibilidad horaria, pero están chocando contra la barrera del generalizado déficit de médicos.

▶ **Centros de referencia**

Todas las comunidades autónomas no pueden contar con centros de referencia sin tener en cuenta su masa poblacional.

▶ **Comparación**

Los hospitales deben comparar sus resultados entre sí para mejorar y ayudar a elegir al ciudadano, pero para ello deben ponerse de acuerdo en los indicadores que los evalúen.